

un jugement certain. En tous cas, l'opération est dangereuse, car on risque de blesser la carotide, le jugulaire, et le nerf vague.

NATURE DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE

D'un travail publié par le Dr Alb. A. Nicholls (*Montreal medical Journal*), voici les conclusions.

Les différentes formes du mal de Bright doivent être considérées comme les stades divers d'un même processus général. Toutes les formes de néphrite sont dues, dans l'immense majorité des cas, à des agents infectieux : les formes aiguës, à l'agent spécifique de l'affection primordiale ; les formes chroniques, au colibacille en général. L'inflammation interstitielle aiguë de l'hyperplasie consécutive du tissu conjonctif est la note dominante du processus : cependant la dégénérescence parenchymateuse possède ces accidents. Le point de pénétration du colibacille est l'intestin. Les reins et les ganglions mésentériques sont les premiers obstacles qu'il rencontre.

INTOXICATION MORTELLE PAR LA PELLE-TIÉRINE

Le Dr Cielas cite, dans le *Deutsche Medizinische Zeitung* le cas d'un épileptique de 33 ans qui succomba quelques heures après l'absorption de 0 gr. 50 de sulfate de pelletiérine. Les symptômes qui précédèrent le dénouement fatal furent des vertiges, des vomissements, des crampes, le coma. Le Dr Cielas pense qu'il vaut mieux avoir recours au tannate de pelletiérine.

EMPOISONNEMENT PAR LE GELSEMIUM

Le Dr Nankiwell, chirurgien dans la colonie du Cap, transmet à la *Lancet* l'observation suivante, intéressante par la rareté du fait. Ayant pris deux onces de teinture de gelsemium dans un verre de Sherry, l'auteur sentit quelques minutes après ses jambes paralysées. Couché sur un lit, il lui était impossible de s'asseoir sur son séant.

Les vomissements se manifestèrent durant 24 heures. Les pulsations cardiaques étaient violentes avec des intermittences. Les muscles de l'œil furent tous atteints surtout du côté droit. La conversation prolongée déterminait la paralysie de la lèvre supérieure. Les autres symptômes furent la somnolence, l'absence d'excitation cérébrale et la conservation de l'appétit.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Rétrécissements intestinaux multiples d'origine tuberculeuse, par M. Hofmeister.—Les rétrécissements multiples à la suite d'une tuberculose intestinale étant fort rares, nous croyons utile d'en relater un cas observé par M. Hofmeister. Le malade, âgé de trente-deux ans, souffrait depuis quatre années d'accès de coliques accompagnées de vomissements et de constipation, et se répétant à intervalles plus ou moins longs. Les dernières crises ayant été particulièrement violentes, le patient fut conduit à la clinique chirurgicale de M. Burns, à Tubingue, avec tous les symptômes d'un iléus grave. L'opération, pratiquée sans retard, révéla que l'intestin grêle portait, sur une longueur de 2 mètres environ, dix rétrécissements annulaires, pour la plupart très étroits. Le gros intestin était absolument vide. L'état général du malade ne permettant pas de songer à une résection intestinale, on se borna à établir une entéronastomose entre deux ances saines au-dessus et au-dessous de l'intestin malade. Pour prévenir la sortie du contenu intestinal pendant l'intervention, on pratiqua tout d'abord une ponction à l'aide d'un trocart de la grosseur d'un crayon, puis on ferma cette petite plaie au moyen d'une suture de Lembert à deux étages. Le malade après avoir ressenti une amélioration passagère à la suite de l'opération, succomba cependant le lendemain à un collapsus aigu.