

Des dyspnées nerveuses (nerf vague).

Au point de vue clinique :

Des dyspnées continues.

Des dyspnées sub-continues.

Des dyspnées paroxystiques.

Au point de vue thérapeutique :

Des dyspnées qu'il faut traiter par la digitale.

Des dyspnées qu'il faut traiter par le lait.

Des dyspnées qu'il faut traiter par les iodures et bromures de potassium."

Rien de plus net, ajoute le *Journal*, que cette classification qui permettra au praticien d'appliquer un traitement raisonné aux cardiaques dyspnéiques.

Le drainage de l'abdomen.

Le *British Medical Journal* du 25 mai dernier contient un article fort intéressant du Dr Barker intitulé : " Remarques sur les limites du drainage dans les suppurations de la cavité abdominale." Le savant professeur du *University College* fait voir qu'il y a des cas où le chirurgien doit se demander s'il est bien prudent de laisser un drain dans une plaie. Sans doute il y a des circonstances où il peut être utile d'amener au dehors le sérum ou le sang qui s'exudent et peuvent empêcher la coaptation des parties profondes du tissu sectionné, ou encore permettre à certains germes de pulluler à leur aise. Mais on s'expose quelquefois à ce que le drain devienne précisément une excellente porte d'entrée.

Et il est bon de se rappeler que les liquides physiologiques aseptiques peuvent séjourner dans une cavité fermée sans causer aucun trouble et se résorber ensuite. Tels sont les hématomes sous cutanés. La force vitale est toujours prête à accomplir son œuvre, pourvu qu'on la protège des attaques extérieures. Voilà pourquoi maintenant l'on ferme même les plaies profondes, du moment qu'elles sont bien nettes. Mais l'on hésite encore sur la conduite à tenir lorsque la maladie est causée par un agent pathogène. Cependant l'auteur a vu des articulations tuberculeuses guérir par première intention après le grattage, ainsi que les abcès du psoas après avoir été vidés. Il est d'avis que la meilleure conduite à tenir dans la péritonite tuberculeuse, c'est de fermer la plaie après avoir évacué tout le liquide possible. On évite ainsi le danger d'une infection secondaire, d'une protusion de l'intestin ou d'une cicatrice fragile, et la maladie guérit tout aussi bien. L'exsudat se résorbe complètement ou ne récidive pas. C'est du moins ce qui résulte de l'expérience de l'auteur, qui publie plusieurs observations à l'appui de ses avancées.
