

nous renseigne sur le fonctionnement relatif des deux reins. Le séparateur endovésical de Luys a donné entre nos mains des résultats aussi probants qu'importants en plusieurs occasions.

Mais le malade reprend le dessus, -- les 24 hrs, ou plus de répit lui ont permis de réagir contre le choc, -- l'état pathologique s'est précisé ; -- nous savons maintenant ce que le rein ou les reins donnent d'urine, si elle est hémorragique, si elle contient de l'albumine ou du sucre, ainsi que son dosage d'urée : tout cela très-important, j'insiste, -- d'importance majeure.

Nous aurons vérifié la température et généralement nous en trouverons lorsque le blessé sera sorti de sa torpeur et aura commencé sa réaction. Devons-nous immédiatement conclure à l'infection du foyer hémorragique. Non, gardons-nous en. L'expérience nous apprend qu'après tous les grands épanchements sanguins "même aseptiques" il y a hyperthermie, parfois très-marquée : hémothorax, hémoatocele rétro-utérine, hémoatocele post-opératoire, ... Ces faits pathologiques nous avaient maintes fois frappé, aussi avons-nous eu grande satisfaction à en trouver la corroboration dans une remarque de Lejars. L'expérience est si bon maître.

Si la température au lieu de tomber, persiste et même monte, oh ! alors, craignons l'infection. Nous connaissons tous cette donnée de physiologie pathologique qui veut que les mélanges de sang et d'urine aient grande tendance à supurer. Cela se comprend facilement ici, car nous sommes en voisinage de l'intestin, lui-même plus ou moins lésé dans la majorité des cas. Le colibacille est toujours disposé à faire du pus et il trouve ici les conditions à souhait. C'est donc dire que souvent il faudra intervenir.

De fait, pour peu qu'il y ait rupture rénale de quelque gravité, il faut l'intervention chirurgicale tôt ou tard. Si l'hémorragie est considérable au début, il faut intervenir rapidement dans les premières 24 heures ou 48 heures ; si l'hémorragie n'a pas été abondante et que l'on ait des raisons

d'instituer un traitement plutôt expectatif, il faut craindre que l'infection ne se mette de la partie, nécessitant l'intervention chirurgicale.

Ajoutons les délabrements de l'organe comme chez notre malade et l'intoxication consécutive résultant de la dégénérescence et de la résorption des éléments rénaux, ce sont là considérations qui conduisent aux conclusions que voici :

A. Dans les traumatismes légers du rein où les dégâts sont peu marqués, le traitement médical expectatif pourra suffire.

B. Dans les traumatismes violents avec lésions graves, l'intervention chirurgicale s'impose généralement.

C. Tantôt le simple drainage suffira.

D. Tantôt il faudra en plus la néphrorraphie.

E. Et tantôt enfin la néphrectomie sera nécessaire d'emblée.

#### Conseils pratiques sur le traitement local de la tuberculose laryngée.

Nous avons reçu la lettre suivante d'un de nos confrères :

A. M. le Secrétaire Général du *Journal de Médecine et de Chirurgie*.

Monsieur le Docteur

Auriez-vous l'obligeance dans le prochain Numéro de votre journal de mettre quelques notes au sujet du traitement local le plus récent possible de la laryngite tuberculeuse.

Si toutes fois il y avait dans le traitement général de la tuberculose quelques suggestions quant à cette tuberculose locale, prière s. v. p. de me les donner.

Vous remerciant d'avance etc.

La réponse à cette lettre se trouve dans l'article ci-dessous dû à la plume autorisée de notre confrère le Dr J. N. Roy. Nous saissons cette occasion pour engager une fois de plus nos lecteurs à suivre l'exemple de l'auteur de cette lettre et à se mettre directement en rapport avec nous. Un jour ce sera pour nous demander un article sur un sujet spécial, un autre jour pour nous de-