

TRAVAUX ORIGINAUX

TEXTES DE CHIRURGIE JOURNALIERE

Dr A. SIMARD

Professeur à l'Université Laval

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

I. — CORPS ÉTRANGERS DE L'ŒSOPHAGE; DÉSOPHAGOTOMIE EXTERNE.

La grande variété des corps solides arrêtés dans l'œsophage est un fait banal clinique.

En effet depuis l'aliment trop volumineux pour effectuer sans encombre la traversée œsophagienne et les corps métalliques, toute la gamme se rencontre. Les aliénés gloutons s'étouffent souvent en mangeant, parce qu'aliénés d'abord et aussi à cause de l'insensibilité de leur région bucco-pharyngienne. Ils n'ont cependant pas seuls le privilège de la glotonnerie; ils le partagent avec bon nombre de gens, un peu trop portés sur la bouche. A

**INFECTIONS ET TOUTES
SEPTICÉMIES**

(Académie des Sciences et Société
des Hôpitaux du 22 décembre
1911.)

LABORATOIRE COUTURIEUX
18 Avenue Hoche - Paris

Traitement LANTOL
— PAR LE —

**Rhodium B. Colloïdal
électrique**

Ampoules de 3 cm'

ce propos, je vois encore ce brave tenancier d'un hôtel de campagne qui vint un jour à l'Hôtel-Dieu se faire opérer pour une fistule anale, comme d'habitude, consécutive à un abcès périano-rectal. Or l'opération permit de constater que le trajet fistuleux contenait un fragment de fémur d'un poulet du printemps, taillé en biseau à l'une de ses extrémités. Ce fragment était de robuste taille et mesurait $4\frac{1}{2}$ centimètres. Il avait silencieusement effectué la traversée du canal alimentaire et était venu échouer au port, en perforant le rectum entre les deux sphincters. Aub. le possesseur du fragment fémoral fut ahuri de la découverte, n'ayant aucun souvenir de l'avoir avalé. C'était évidemment un glouton qui s'ignorait. Mais si en pratique on peut rencontrer des fragments osseux arrêtés dans l'œsophage, ce qui en somme est rare, beaucoup plus fréquents sont d'autres corps étrangers représentés par des pièces de monnaie, des boutons, des soufflets métalliques, ou en celluloïde et des pièces de prothèse dentaire qui par leur dureté, leurs aspérités constituent un danger immédiat. Et encore ici, il importe de bien distinguer ceux à bords mousses et réguliers, comme les pièces de monnaie, de ceux à arrêts vives, irrégulières de forme et parfois coupantes, comme les pièces de dentier. Ce sont ces dernières qui présentent en somme le plus d'intérêt, par les dangers que leur arrêt dans l'œsophage fait immédiatement surgir et à cause des difficultés de leur extraction. Je n'ai certes pas l'intention de discuter présentement toute la question des corps étrangers de l'œsophage, ce qui m'entraînerait trop loin. Je veux me limiter aux considérations qu'évoque l'observation suivante.

P... a dix-neuf ans, et porte un dentier partiel à la partie médiane du maxillaire inférieur. Cette pièce de prothèse a $3\frac{1}{2}$ centimètres de longueur et supporte deux dents (incisives médianes) Elle a la forme d'un croissant. Durant son sommeil, sans doute un peu agité, le dentier a disparu dans son œsophage. Il vient con-

sulter quelques jours après, et une radiographie établit que le croissant est arrêté en arrière de la partie supérieure du sternum. Il se plaint de geine, de dysphagie, mais peut avaler sans difficulté des liquides; n'a pas vomé ni régurgité, sa température est normale, mais son haleine est quelque peu fétide. Il n'a pas été question de discuter la réalité d'un corps étranger œsophagien, ni sa situation exacte, la question ayant été préalablement tranchée par la radiographie. Sans quoi il aurait fallu s'assurer par une exploration, soit avec l'explorateur à boule olivaire, ou autre instrument analogue ou au moyen de l'œsophagoscope, si le dentier était bien dans l'œsophage, ou même constater si réellement il l'avait avalé. Mais l'existence du corps étranger n'est pas toute la question, car tout le monde sait que ce n'est pas tant le corps arrêté dans l'œsophage qui constitue le réel danger, mais bien les complications qui sont les suites obligées de sa permanence et de sa situation dans ce conduit trop étroit pour lui permettre de cheminer sans encombre, e. g.: perforation avec phlegmon du cou, ulcération trachéale ou bronchique, pleurésie purulente, hémorrhagie grave par gangrène due à une compression vasculaire, etc, complications toujours redoutables et trop souvent mortelles.

Notre malade ne présente pas de symptôme signal d'une catastrophe imminente. Il y a bien la fétidité de l'haleine et la douleur localisée, peut-être plus vive depuis deux jours, qui permettent de penser que l'inflammation aidée de la compression œsophagienne va bientôt amener la perforation si elle n'est pas déjà effectuée. Mais rien ne nous permet de sortir de cette hypothèse évidemment plausible. Il y en a assez cependant pour nous obliger à aller vite extraire ce corps nocif avant que les complications soient manifestes. D'ailleurs en fait de corps étrangers œsophagiens on ne peut jamais trop répéter l'avertissement que donnait autrefois le Professeur Terrier. " Il n'est pas permis à un médecin d'abandonner un malade avant de lui avoir extrait son corps

étranger, de même qu'on ne doit jamais abandonner un malade avec une hernie étranglée avant de l'avoir opéré."

Ici se pose la question de la conduite à tenir en présence d'un corps étranger à bords irréguliers, à arrêtes vives, et peut-être coupantes.

Evidemment, il ne peut être question de songer à la propulsion dans l'estomac avec le parapluie de Fergusson ou autre instrument analogue, éponges montées, etc, comme cela peut se pratiquer pour un caillou roulé à bords émoussés, pour un morceau de pomme de terre, de viande, trop volumineux et arrêtés à l'un des rétrécissements normaux de l'œsophage v. g. au dessous du cricoïde, à l'intersection bronchique, à la traversée diaphragmatique. Nous avons affaire, chez notre malade, à un corps dur et c'est à l'extraction qu'il faut demander la solution du problème. Mais si l'extraction est de mise pour les pièces de monnaie soit avec le crochet mousse de Kirrison, soit avec des pinces flexibles guidés ou non par l'œsophagoscope, mais jamais par exemple avec le panier de Graefe (toujours dangereux, qui a d'ailleurs permis d'extraire une partie du cricoïde et plus encore de ne plus pouvoir être retiré, une fois introduit et de nécessiter une désophagotomie d'urgence), elle ne l'est plus lorsqu'il s'agit d'un corps irrégulier à arrêtes aigues et souvent tranchantes comme le sont les pièces de prothèse dentaire. Alors il ne reste plus comme traitement sérieux cliniquement applicable que l'œsophagotomie externe. Non pas que cette intervention soit exempte de tout danger. Bien au contraire, elle est même très mal notée, sans doute parce qu'elle est peu souvent pratiquée et que ceux qui l'ont surtout noircie n'ont habituellement assisté qu'à une première à résultat fatal. Car l'œsophagotomie externe faite dans la région cervicale est une opération bien réglée, à technique précise et ne présentant de réelles difficultés que chez les sujets outrageusement adipeux et à col très court.

Nous avons pratiquée cette intervention chez P... et tout a marché avec une facilité étonnante. Le réel danger est le recurrent. Chez P... il n'a pas été question de s'en préoccuper vu qu'un des crochets pointus du dentier avait déjà perforé l'œsophage, et il n'a suffi que d'agrandir l'ouverture déjà faite avec un instrument mousse pour pouvoir extraire très aisément cette pièce très primitive de dentisterie. Aucune suture n'a été faite; drainage de la plaie. L'alimentation liquide a été reprise après 5 jours et le malade est parti guéri le 12eme jour, sans avoir présenté aucun incident digne de mention.

Certes, la question aurait été toute autre si le corps étranger s'était arrêté plus bas. Il aurait fallu alors faire soit l'œsophagotomie trans-thoracique, ou bien la gastrotomie préalable et l'extraction à travers le cardia dilaté. En somme, les moyens ordinaires d'extraction ne peuvent convenir que pour les corps étrangers sans bords, ni arrêtes vives ou pointues. Pour tous les autres il faut résolument faire l'œsophagotomie qui est le seul moyen de sauver des vies rapidement mises en péril, par les complications résultant du séjour prolongé du corps étranger dur, dans un canal trop étroit qu'il comprime et qu'il va perforer. C'est la seule conduite à tenir.

II. — FIBRO-SARCOMÉ DE LA PAROI ABDOMINALE.

Le diagnostic des affections abdominales et para-abdominales n'est pas toujours aisé; l'observation dont je vais vous donner un résumé succinct en est la preuve. Il s'agit en l'espèce, d'une affection rare et à pathogénie encore discutée, mais qui tout de même a posé une très intéressante question de diagnostic.

Madame X... âgée de 28 ans, présente, dans la région de l'hypocondre droit, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

Elle est directement située en dehors du droit et à trois travers de doigt des fausses côtes, faisant une voussure à tel point insignifiante qu'elle n'est perceptible qu'à jour frisant. Elle est à développement intra péritonéal, mobile dans tous les sens, mais à déplacement limité, disparaît presque complètement par contraction provoquée de la paroi, tout en rendant manifeste son adhérence limitée à sa partie profonde. C'est une tumeur lisse, rénitente, sans bosselures, un peu douloureuse subjectivement, mais l'est sans conteste possible à la pression. Elle date de quelques années et a depuis graduellement augmenté de volume. L'interrogatoire le plus serré ne révèle aucun souvenir chez la malade d'un syndrome hépatique quelconque. Le rein est silencieux, aucun réflexe reno-rénal ou reno-vésical, et paraît-il l'a toujours été ; l'examen urinaire négatif. A part quelques tiraillements intestinaux de temps à autre, sans grande importance, d'ailleurs et parfois un peu de constipation, l'intestin paraît avoir d'ordinaire fonctionné normalement, si on excepte deux petites périodes de crises douloureuses abdominales survenues au cours des deux dernières grossesses et qu'un médecin instruit a étiquetées crises appendiculaires. L'examen ne dénote pas de points douloureux dans la région cœcale. La température est normale ; le pouls un peu rapide mais que le nervosisme de la malade explique très bien. Madame X... est une débilitée, pâle, qui maigrit depuis quelques mois, se nourrit mal, toussotte sans cependant présenter aucun signe d'une lésion pulmonaire ou pleurale. Elle est de souche tuberculeuse. Pour expliquer la genèse de sa tumeur, elle vous raconte une chute lors d'un accident de voiture, qui aurait occasionné une traumatition violente de son flanc droit, et cela quelques années auparavant.

Il s'agit donc d'une tumeur à consistance uniformément rénitente, douloureuse à la pression, développée dans la cavité péritonéale qui s'accroît lentement, indiscutablement adhérente à la

partie profonde de la paroi, située dans l'hypocondre droit, partie latérale, à trois travers de doigts au dessous des fausses côtes, et également distante de la crête iliaque.

L'étude attentive de cette tumeur permet d'éliminer de prime abord plusieurs diagnostics à la rigueur possibles. D'abord, ce n'est pas une vésicule biliaire en état de cholecystite chronique: le foie a toujours été silencieux, aucune crise de colique, aucune douleur réflexe, jamais d'ictère et surtout de sub-ictère; une zone de sonorité sépare cette tumeur mate de la matité hépatique; on ne perçoit aucun prolongement vers le foie, la tumeur ne se déplace pas pendant les mouvements respiratoires. Ce n'est donc pas une vésicule qui aurait après péritonite adhéree à la paroi. Serait-ce une affection du rein? Non plus. Le rein est tout aussi silencieux; les urines sont normales et l'ont, paraît-il, toujours été; pas de réflexe reno-rénal, ni reno-vésical. La tumeur n'a pas de contact lombaire, la perception d'un ballottement manque totalement. Il ne peut pas être non plus question d'un rein ectopié. Les crises de douleurs qui ont fait penser à de l'appendicite ne ressemblent aucunement à celles occasionnées par de l'hydronephrose intermittente. Bref, le rein est hors de cause. La question intestino-péritonéale mérite-t-elle de nous arrêter. La malade a manifesté un passé abdominal. Elle s'est plainte de quelques troubles intestinaux, sous forme de coliques; petites douleurs irradiées, tiraillements ayant la tumeur comme point de départ; en plus de deux crises aiguës dans la région appendiculaire. La malade maigrit depuis quelques mois, est pâle, anémique, avec un appétit qui décline, toussotte, est de souche tuberculeuse. L'idée d'une tuberculose intestino-péritonéale se présente évidemment à l'esprit, malgré qu'il ne paraît pas y avoir de liquide dans l'abdomen ni aucune induration perceptible et que la paroi ne semble pas épaissie. Une tumeur développée dans la paroi méritait certes aussi considération. Mais il y avait à l'encontre d'une tumeur située dans la

paroi, d'abord le siège latéral, alors que l'immense majorité des tumeurs se développent dans la gaine du droit ou dans la région inguinale; puis les tumeurs dans la paroi s'immobilisent et ne disparaissent pas à l'occasion de la contraction musculaire; elles sont presque toujours à point départ externe et quasi jamais sous-péritonéales, ne sont pas douloureuses ni subjectivement ni objectivement, étant des fibromes, n'ont enfin aucun retentissement sur l'état général ni sur les status péritonéo-intestinal.

Nous avons incliné vers le diagnostic de masse tuberculeuse péritonéo-intestinale adhérente à la paroi, comme le plus plausible et le plus conforme à l'ensemble des symptômes.

L'intervention chirurgicale a établi sans conteste possible que nous avons passé à côté du diagnostic exact. Il s'agissait d'une tumeur lisse rénitente, intra-péritonéale, mais à point de départ à la partie profonde de la paroi et ayant fait des adhérences secondaires sur le méso, sur une longueur de trois centimètres. La tumeur enlevée largement avec la paroi où elle adhérait, fut envoyée au laboratoire et M. le Dr A. Vallée nous a subséquemment transmis le diagnostic anatomo-pathologique de fibro-sarcôme. Les fibro-sarcomes de la paroi abdominale sont des tumeurs rares. Ce sont les fibromes purs qu'on y rencontre parfois et presque exclusivement chez les femmes jeunes en période d'activité sexuelle. Leur développement se fait presque exclusivement sur l'aponévrose superficielle, région des droits et inguinales, et il est exceptionnel qu'on y rencontre la plus petite trace d'éléments pouvant faire penser au fibro-sarcôme. Le sarcôme se rencontrerait peut-être parfois chez l'homme. Notre tumeur qui a eu son point de départ à la partie profonde de la partie latérale de la paroi abdominale et à évolution intra-péritonéale est une rareté clinique. Sa situation, son évolution vers la cavité abdominale, ses adhérences sur le méso, qui expliquent peut-être les crises étiquetées à tort appendiculaires, son hyperesthésie expliquent comment

il se fait que nous avons incliné vers le diagnostic d'une tumeur à point de départ péritonéal et vraisemblablement de nature tuberculeuse. La pathogénie de ces fibro-sarcômes est évidemment obscure. On croit cependant voir une certaine relation entre les accouchements et l'apparition de ces tumeurs. Les éraillures, les déchirures musculaires ou aponévrotiques qui se produisent pendant les efforts, seraient peut-être des causes prédisposantes tout comme les traumatismes, dans la genèse des ostéosarcômes. La chute ayant occasionné un traumatisme violent dans le côté droit aurait-il eu quelque chose à faire chez notre malade avec l'apparition du fibro-sarcôme, c'est possible, mais rien de plus. Tant que nous ne serons pas plus instruits sur la nature interne des tumeurs malignes, leur pathogénie réelle, nous devons nous contenter d'hypothèses plus ou moins plausibles.

— :o: —

LES FONCTIONS RÉNALES EN CHIRURGIE

—
Dr CHS VÉZINA

Assistant du service chirurgical à l'Hôtel-Dieu.

Depuis quelques années, l'exploration des fonctions rénales et l'étude des troubles qu'elles peuvent présenter, ont donné lieu à une série de travaux très importants et très intéressants, dont quelques-uns ont eu un retentissement considérable.

C'est à Vidal, à Castaigne, à Legueu et à Ambard, ainsi qu'à leurs élèves que nous devons les plus belles recherches et les plus belles découvertes sur les différentes fonctions rénales.

Jusqu'à il y a quelques années, on avait adopté pour les néphrites une division histologique: il y avait une néphrite épithéliale, ou avec albumine et œdème; une néphrite interstitielle, sans œdème, ni albumine, mais avec polyurie, anorexie et cachexie; enfin une néphrite mixte présentant les troubles des néphrites épithéliale et interstitielle.

Cette classification des néphrites était vicieuse. En effet toutes les néphrites, qu'on les appelle épithéliales ou interstitielles comportent des lésions des éléments sécréteurs du rein. C'est pourquoi on s'est adressé à la physiopathologie pour donner des néphrites une nomenclature beaucoup plus rationnelle, beaucoup plus précise.

Certaines néphrites comportent un trouble de l'élimination hydrochlorurée, d'autres un trouble de l'élimination azotée. Les premières furent dénommées par Vidal, néphrites avec chlorurémie, les secondes néphrites avec azotémie. Castaigne les appelle encore néphrites hydropigènes ou néphrites urémigènes.

" Il faut, disait Vidal, spécifier pour chaque malade en particulier, qu'il s'agit d'une néphrite avec chlorurémie, ou avec azotémie, ou avec hypertension; ou au contraire d'une néphrite avec chlorurémie et hypertension, avec chlorurémie et azotémie, avec hypertension et azotémie. C'est cette nomenclature que j'emploie constamment. Elle est la seule qui convient à l'heure actuelle à l'étude des néphrites; de plus nous voyons qu'on ne saurait enfermer dans un terme unique le diagnostic complet d'une maladie. "

La connaissance de ces néphrites est importante pour le médecin comme pour le chirurgien. Avant une opération le chirurgien devra être renseigné sur l'état rénal de son malade, et c'est par l'exploration des différentes fonctions rénales qu'il sera à même de juger des indications ou surtout des contre-indications à une intervention.

Toute opération est pour l'organisme qui la subit, un choc, et ce choc, le rein aura à en supporter une grande partie. De plus l'anesthésique est un toxique capable de produire un certain degré de néphrite. Aussi est-il important avant d'entreprendre une opération de bien connaître la valeur des fonctions rénales.

Les deux principales fonctions qui doivent intéresser le chirurgien sont les fonctions uréique et aqueuse.

Faisons subir une intervention à un azotémique, c'est-à-dire à un individu présentant un trouble de sa fonction uréique; on verra ce trouble augmenter du fait de l'opération.

Cependant ce sera surtout la fonction aqueuse qui sera troublée; et comme conséquence de ce trouble on verra l'azotémie augmenter après l'opération.

Un exemple que nous empruntons à Legueu, nous fera comprendre cet énoncé. Supposons un sujet à opérer qui urine 1000 cc. d'urine par jour à une concentration fortuite de 20 grammes. Il éliminera donc :

$$1000 \times 20 = 20 \text{ grammes d'urée.}$$

Il est opéré. Si après l'opération sa fonction aqueuse est troublée et qu'il n'urine plus que 500 cc. d'urine, pour pouvoir éliminer 20 grammes d'urée, il devra élever sa concentration de 20 à 40.

$$500 \times 40 = 20 \text{ grammes d'urée.}$$

Mais si 20 grammes représente la concentration maxima, c'est-à-dire le taux le plus élevé auquel le rein peut concentrer l'urée, il en résultera une rétention d'urée ou azotémie qui ira en augmentant de jour en jour.

$$500 \times 20 = 10 \text{ grammes d'urée.}$$

Ce malade retiendra par conséquent 10 grammes d'urée, et, si

cette rétention continue, présentera des troubles graves souvent mortels.

Presque toujours après une opération, la fonction aqueuse, même chez un sujet dont le fonctionnement rénal était normal, est quelque peu troublée par suite de l'anesthésie ou de l'infection. Mais tout d'ordinaire finit par rentrer dans l'ordre. Il n'en est plus de même si avant l'opération le malade avait un rein déficient, un trouble de sa fonction uréique. Ce trouble, très souvent augmentera et deviendra même la cause d'accidents mortels.

Il importe donc à tout chirurgien, avant d'entreprendre une intervention, de bien connaître la valeur des différentes fonctions rénales.

Il existe un certain nombre de procédés d'exploration des fonctions rénales. C'est de quelques uns de ces procédés dont nous avons l'intention de parler.

Autrefois, pour juger de la valeur fonctionnelle du rein, on avait coutume de recueillir l'urine de 24 heures, d'en noter le volume et de rechercher en même temps la concentration de l'urée.

Cette méthode, il faut l'admettre, peut présenter certaines causes d'erreur, et vous faire croire à un mauvais fonctionnement rénal, alors qu'en réalité le rein ne comporte aucune insuffisance.

Normalement, l'urée est secrétée par le rein au taux de 18 à 26 grammes par litre. Supposons que le malade dont nous recueillons ainsi les urines ait bu une assez forte quantité d'eau. Il va en résulter que le volume de ses urines va s'accroître, et que la concentration de l'urée va être abaissée, sans que pour cela le rein soit insuffisant.

Nous avons vu des malades qui avaient une concentration uréique de 10 grammes, et qui cependant possédaient des reins absolument normaux.

On peut donc conclure que la recherche de la concentration

fortuite de l'urée est insuffisante pour vous faire apprécier la valeur fonctionnelle du rein.

Quand on veut juger de cette valeur par la concentration de l'urée dans l'urine, ce qu'il importe de connaître, ce n'est pas tant la concentration fortuite, qui peut être cause d'erreur, comme nous venons de le voir, que la concentration maxima, c'est-à-dire la concentration la plus élevée à laquelle l'urée peut être sécrétée par le rein. L'on sait que l'une des propriétés du rein est de concentrer l'urée dans l'urine, et cette concentration ne peut dépasser une certaine limite qu'on est convenu d'appeler concentration maxima.

La recherche de cette concentration maxima devra par conséquent vous fixer sur la valeur de la fonction uréique.

C'est à Ambard que nous devons le procédé qui nous permet de rechercher et de trouver cette concentration maxima. Pendant trois jours on fait ingérer au sujet le coagulum sucré de trois litres de lait; de plus le sujet ne prend aucun liquide.

Il s'ensuit nécessairement que les urines diminuent et deviennent de plus en plus concentrées en urée. On recueille tous les jours la quantité d'urine sécrétée et on note leur concentration en urée. Le quatrième jour, l'épreuve est terminée, et la concentration obtenue ce jour-là est la concentration maxima.

Nous empruntons à Ambard l'exemple suivant:

Sujet: B. — Le 20 avril 1913. A partir de ce jour, le sujet ingère le coagulum sucré de 4 litres de lait. Il ne boit pas.

21 avril. — Même régime.

Vol. des urines de 24 heures.	570 cc.
-------------------------------	---------

Urée,	34 o/oo
-------	---------

22 avril. — Même régime.

450 cc.

Urée,	48 o/oo
-------	---------

23 avril. — Même régime.

562 cc.

Urée,	56.7 o/oo
-------	-----------

24 avril. — Même régime.		641 cc.
Urée,	55 o/oo	
25 avril. — Même régime.		480 cc.
Urée,	56.3 o/oo	
26 avril. — Même régime.		430 cc.
Urée,	55 o/oo	

Après des expériences nombreuses faites sur des sujets sains, Ambard est toujours arrivé au même résultat; toujours il a obtenu le matin du quatrième jour une concentration oscillant entre 55 et 56 o/oo. Il en a conclu avec raison que ce chiffre représentait la concentration maxima à laquelle l'urée peut être sécrétée par le rein.

Voilà donc un procédé d'exploration qui nous permet de juger la fonction uréique du rein. Et l'abaissement de cette concentration maxima chez un sujet qui a subi l'épreuve d'Ambard nous indiquera un trouble de la fonction uréique, une insuffisance rénale.

Malgré la valeur absolue de ce procédé d'investigation, il faut admettre qu'une épreuve de ce genre est plutôt désagréable pour un malade par la soif vive qu'elle lui occasionne.

Aussi Ambard, après des recherches qui ont une haute portée scientifique et pratique est-il arrivé à trouver qu'il existait un rapport constant entre l'urée du sang et l'urée de l'urine. C'est la constante uréo-secrétoire d'Ambard.

Nous savons que l'une des propriétés du rein est de concentrer l'urée et de l'éliminer. L'urée, produit de désassimilation, substance toxique et de déchet doit être éliminée. C'est le rein qui est chargé de cette excrétion qui durera tant que le sang contiendra de l'urée.

Normalement il existe 0.25 à 0.50 gramme d'urée par litre de sang. De plus il existe un rapport constant entre la quantité d'urée

contenu dans le sang ou azotémie et la quantité d'urée éliminée par le rein.

Ambard après une série de recherches vérifiées par de nombreuses expériences a réussi à trouver que l'excrétion de l'urée obéissait à trois lois :

I. — Lorsque le rein débite l'urée à une concentration, le débit varie proportionnellement au carré de la concentration de l'urée dans le sang.

II. — Lorsqu'avec une concentration d'urée constante dans le sang le sujet débite l'urée à des concentrations variables, le débit de l'urée est inversement proportionnel à la racine carrée de l'urée dans l'urine.

III. — (Conséquences des deux premières.)

Lorsque la concentration de l'urée dans le sang est variable, et que la concentration de l'urée dans l'urine est également variable, le débit uréique varie en proportion directe du carré de la concentration de l'urée dans le sang et en proportion inverse de la racine carrée de la concentration de l'urée dans l'urine.

Afin de pouvoir comparer les résultats entre eux, Ambard a adopté une concentration urinaire étalon de 25 0/00.

On aura donc la formule suivante :

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times \sqrt{\frac{C}{25}}}} = 0.070 = K, \text{ ou constante uréo-sécrétoire normale}$$

Ur = Azotémie ou urée du sang.

D = Débit ou quantité d'urée sécrétée dans 24 heures.

C = Concentration de l'urée dans l'urine.

Pour l'établissement de la constante, il y a certaines règles à observer si l'on veut éviter les causes d'erreur. L'urine et le sang doivent être comparés simultanément ; l'urine doit être recueillie le matin, car c'est le moment où la diurèse est la plus uniforme.

Voici la technique enseignée par Ambard :

Le malade prend un petit déjeuner à 8 heures du matin. A 10 heures on vide complètement sa vessie. Une heure plus tard on recueille les urines et en même temps on fait par ponction veineuse une prise de sang de 40 à 50 cc.

Voici à titre d'exemple, une observation que nous empruntons à Ambard et Moreno. Elle nous fera comprendre la signification des termes de la formule et les opérations à faire pour l'établissement de la constante.

Durée de l'expérience, 30 minutes.

Volume des urines recueillies, 41.9 cc.

Volume des urines rapportées aux 24 heures, 2011 cc.

Concentration de l'urée dans l'urine, 18.9 o/oo.

Débit rapporté aux 24 heures, 38 grammes d'urée.

Débit rapporté aux 24 heures et recalculé à 25 o/oo,
32.9 grammes d'urée.

Urée du sérum ou azotémie, 0.44 grammes d'urée.

Si maintenant nous remplaçons dans la formule les termes par les chiffres qui leur correspondent, nous aurons :

$$\frac{Ur}{\sqrt{D \times V \frac{c}{25}}} = \frac{0.44}{\sqrt{32.9 \times V \frac{18.9}{25}}} = 0.076 \quad \text{le Chiffre de la constante}$$

Voilà un deuxième procédé qui nous permet d'apprécier la fonction uréique du rein. De plus cette recherche de la constante est mieux tolérée et moins désagréable à supporter pour le malade que la recherche de la concentration maxima. Pour cette raison on utilisera plutôt la constance à moins qu'une difficulté quelconque nous en empêche, telle que l'impossibilité de recueillir les urines chez les porteurs de fistulés rénale ou vésicale.

D'ailleurs il ya une corrélation entre la constante et la concentration maxima. (c.m.)

(Leguen)

K 0.070 = c. m. 50 à 54

K 0.100 = c. m. 45

K 0.150 = c. m. 35 à 45

K 0.200 = c. m. 15 à 20

Comme moyen d'exploration de la fonction uréique, il nous reste à dire quelque mots de l'azotémie de Widai ou de la recherche de l'urée dans le sang. Le taux normal de l'urée dans le sang est de 0.25 à 0.50 gramme par litre. Si le rein, dont le rôle est d'excréter l'urée devient insuffisant, il en résultera comme conséquence une augmentation de l'urée dans le sang. Ce sera l'urémie.

Il serait donc intéressant de connaître le taux de cette azotémie chez les néphritiques. Widai et ses élèves sont arrivés par la quantité d'urée trouvée dans le sang, à pronostiquer d'une façon assez précise la durée de la vie chez les azotémiques.

Avec une azotémie de 0.50 à 1 gramme la survie serait assez longue; avec 1 à 2 grammes, elle ne dépasserait pas deux ans; au-delà de 2 grammes, mort en moins d'un an; enfin avec une azotémie de 5 grammes, la mort serait imminente.

Sans vouloir diminuer la valeur scientifique de l'azotémie, il n'en reste pas moins vrai que la constante lui est supérieure dans l'appréciation d'une insuffisance rénale.

Il est vrai que pour des azotémies supérieures à 1 gramme, la recherche de l'azotémie nous donne des renseignements suffisants et aussi précis que ceux que la constante peut nous procurer. Mais pour une azotémie de 0.25 à 0.50 gramme, la recherche de l'urée dans le sang nous renseignera-t-elle sur les pertes de l'activité rénale? Nous ne le croyons pas.

Prenons un sujet chez lequel nous constatons une azotémie de 0.50 gramme. Pouvons-nous dire d'après cette azotémie si le sujet est malade ou sain. Evidemment non. Car avec 0.50 gramme d'urée dans le sang, un individu, suivant le régime suivi et la

quantité d'urée éliminée par le rein, peut être en excellente santé ou très malade.

Si au contraire on recherche le rapport qui existe entre l'urée du sang et l'urée de l'urine, on s'apercevra que très souvent une azotémie de 0.50 gramme ou moins correspond à une perte considérable de l'activité rénale.

Parmi les exemples nombreux cités par Ambard, prenons-en un. Malade de Legueu: M., soumis à un régime très pauvre en azote.

Vol. des urines de 24 heures, 2392 cc.

Concentration de l'urée dans l'urine, 5.5 o/oo

Urée de 24 heures, 13.1 grammes.

Débit de l'urée recalculé à 25 o/oo, 4.2 grammes.

Azotémie ou urée du sang, 0.30 gramme.

K, ou constante, 0.146.

Perte de l'activité rénale, 76 o/oo

En nous basant exclusivement sur l'azotémie, nous pourrions conclure à un fonctionnement normal du rein, alors qu'en réalité l'insuffisance est considérable.

C'est pourquoi, si pour des azotémies au-dessus de 1 gramme, la recherche de l'urée dans le sang nous renseigne suffisamment, il faut cependant lui préférer la constante dans les azotémies au-dessous de 1 gramme.

A part la fonction uréique, nous avons dit que la fonction aqueuse présentait un haut intérêt pour le chirurgien.

Le rein en effet est chargé d'éliminer l'eau. S'il devient insuffisant l'eau sera éliminée en plus petite quantité; et si la concentration maxima est abaissée, il résultera par suite de la diminution de l'eau une rétention d'urée dans le sang. Comme on le voit ces deux fonctions sont intimement liées l'une à l'autre.

Pour explorer la fonction aqueuse nous avons un procédé sim-

ple découvert par Albarran, et qu'on appelle la polyurie expérimentale.

Guyon avait énoncé deux lois :

I. — Le rein malade a un fonctionnement beaucoup plus constant, beaucoup plus uniforme que le rein sain, et sa fonction varie d'autant moins d'un moment à l'autre que son parenchyme est plus détruit.

II. — Lorsque une cause temporaire quelconque vient à stimuler le fonctionnement rénal, la suractivité fonctionnelle qui en résulte pour le parenchyme du rein est toujours plus marquée du côté sain que du côté malade.

La polyurie expérimentale découle de ces deux lois.

Si à un individu sain on fait ingérer une certaine quantité d'eau, et qu'on recueille la quantité des urines toutes les demi-heures pendant deux heures, on verra très rapidement le volume des urines augmenter pour diminuer ensuite.

Si nous avons affaire à un rénal, ses reins ne répondront pas ou presque pas à ce coup de fouet, à ce surcroît de travail qu'on leur impose.

Voici par exemple un malade chez qui on a diagnostiqué une tuberculose rénale droite. La néphrectomie est indiquée. Mais avant de pratiquer cette opération il faut s'assurer si le fonctionnement du rein gauche est suffisant. Car c'est ce rein qui dans la suite sera à lui seul chargé de la sécrétion uréique.

Aussi est-il de la plus haute importance de connaître ses capacités.

Cathétérisons ce rein gauche, faisons ingérer au malade une certaine quantité d'eau, (3 à 4 verres d'eau d'Évian), et recueillons les urines de demi-heure en demi-heure pendant deux hrs.

Supposons maintenant que ce rein gauche nous donne dans les quatre demi-heures successives :

1ère demi-heure	30 cc. d'urine
2e demi-heure	33 cc. d'urine
3e demi-heure	85 cc. d'urine
4e demi-heure	45 cc. d'urine

Soit 193 cc. d'urine en deux heures.

Ce qu'il importe ce n'est pas de savoir que ce rein donne 193 cc. en deux heures, c'est de connaître que ce rein peut donner 85 cc. en une demi-heure.

Si dans une demi-heure il peut donner 85 cc., dans 24 heures il pourra sécréter, si la chose est nécessaire 48 fois plus.

$$85 \times 48 = 4120 \text{ cc. d'urines}$$

Par conséquent sa fonction aqueuse est excellente. D'un autre côté nous savons que la fonction uréique est intimement liée à la fonction aqueuse. Si donc en même temps que le volume des urines on note la quantité d'urée secrétée dans le même laps de temps, on sera renseigné sur la fonction uréique.

Soit ce rein gauche à conserver qui donne l'urée aux concentrations suivantes :

1ère demi-heure	17 0/00
2e demi-heure	16 0/00
3e demi-heure	8 0/00
4e demi-heure	6 0/00

Ici encore nous retenons le chiffre le plus élevé, 17.

Puis nous faisons le calcul suivant : si ce rein gauche à conserver peut donner en 24 heures 4120 cc. d'urine et sécréter l'urée au taux de 17 0/00, il pourra éliminer en 24 heures,

$$4120 \times 17 = 70 \text{ grammes d'urée.}$$

(Exemple emprunté à Legueu).

Cette quantité d'urée est plus que suffisante puisque normalement le rein élimine 20 à 30 grammes d'urée par jour.

Aussi serons-nous justifiables de pratiquer la néphrectomie, certain d'obtenir un résultat excellent.

Voilà les quelques procédés qui nous permettront de juger la valeur des fonctions aqueuse et uréique du rein.

En pratique il n'est pas toujours nécessaire de pratiquer ces différents examens avant une intervention.

Pour des opérations simples et de courte durée, la cure d'une hernie, une appendicectomie, l'analyse sommaire des urines ou l'examen microscopique sera suffisant.

Mais il est d'autres interventions qui souvent doivent être pratiquées chez des individus âgés, dont la résistance est amoindrie, et qui viennent à l'opération avec des reins plus ou moins altérés.

On devra chez ces individus s'entourer de toutes les précautions, on ne devra les opérer qu'après une connaissance parfaite de leurs fonctions rénales. Autrement on s'expose à des désastres sérieux et mêmes irréparables.

BIBLIOGRAPHIE

Ambard.—Physiologie normale et pathologique des reins.

Legueu.—L'exploration des fonctions rénales en chirurgie.

Papin.—Manuel de cystoscopie.

Marion et Heitz-Boyer.—Cathétérisme urétéral.

Archives urologiques de Necker. Tome I.

NOTES D'HYGIÈNE PRATIQUE.

La déclaration obligatoire de la tuberculose

En 1913, l'Académie de Médecine, de Paris, s'est prononcée en faveur de la déclaration obligatoire de la tuberculose au même titre que les autres maladies contagieuses. L'académie a-t-elle eu raison, ou bien a-t-elle eu tort? C'est ce qu'il nous serait assez difficile de préciser, pour nous qui sommes non seulement très loin de Paris, mais aussi et surtout, très loin de l'Académie de Médecine. On sait, toutefois, que le vote de cette mesure fut loin d'être unanime, et que les diverses associations médicales se prononcèrent pour la plupart, dans un sens tout-à-fait opposé. Il n'en reste pas moins vrai que la déclaration obligatoire de cette maladie est aujourd'hui inscrite dans la législation sanitaire de quelques pays, depuis assez longtemps déjà, par exemple aux Etats-Unis et en Angleterre. C'est là un fait acquis dont il faut tenir compte.

Au moment où la lutte anti-tuberculeuse va devenir plus intense que jamais dans notre province, du moins nous avons les meilleures raisons du monde de le croire et de l'espérer, m'est avis qu'il n'est pas inopportun de signaler, ne fut-ce que pour nous remettre en mémoire ce que nous oublions trop facilement, quelle est la législation provinciale concernant la déclaration de la tuberculose, et les raisons qui militent en faveur de cette déclaration.

L'article 3917 de la loi d'hygiène publique de Québec, se lit comme suit: " Lorsqu'un chef de famille ou le chef d'un établissement quelconque a connaissance ou a raison de croire qu'une personne habitant sa résidence ou l'établissement dont il a le contrôle a la variole, la variolide, le choléra asiatique, la peste, le typhus, la diphtérie, le croup, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la

rougeole, la *tuberculose*, la lèpre, la méningite cérébro-spinale, la paralysie infantile, la coqueluche, la rubéole, la varicelle, l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés, ou toute autre maladie que le conseil supérieur d'hygiène a désignée par règlement, il doit sous vingt-quatre heures, le notifier à l'autorité sanitaire municipale de la localité dans laquelle il réside ou à son établissement."

L'article 3918 ajoute: " Lorsqu'un médecin constate ou a raison de croire qu'une personne qu'il a été appelée à visiter, est atteinte d'une des maladies visées par l'article 3917, il doit, sous vingt-quatre heures, le notifier à l'autorité sanitaire municipale de la localité dans laquelle réside ou se trouve cette personne. "

La déclaration de la tuberculose est donc obligatoire chez nous, et pour le chef de famille ou le chef d'un établissement quelconque, et pour le médecin. Il n'y a donc pas d'erreur possible sur ce point. Voilà le fait pur et simple, qu'il faut connaître, et qu'il ne faut pas oublier. Est-ce à dire que dans la lutte anti-tuberculeuse, la déclaration soit la grosse affaire, le point capital, et qu'une fois cette déclaration faite à qui de droit, tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles? Non: je ne voudrais pas laisser mes lecteurs sous cette fausse impression, et, je me hâte de le dire, ce n'est pas ainsi qu'il faut envisager la question. La lutte contre la tuberculose comporte des modalités multiples et variées, dont la totalisation forme un tout singulièrement complexe, que seule la déclaration obligatoire ne peut pas synthétiser. Néanmoins, bien que la déclaration ne soit pas toute la lutte anti-tuberculeuse, elle a, je crois, ses droits à notre considération.

Les raisons qui militent en faveur de la déclaration obligatoire de la tuberculose sont nombreuses; je ne fais que signaler celles qui sont les plus universellement admises et les plus connues.

1^o Que la déclaration de la tuberculose produise d'heureux effets, cela n'est nullement discutable. La déclaration obligatoire des maladies contagieuses quelles qu'elles soient, a toujours pro-

duit d'heureux effets : elle est le point de départ de la lutte contre les maladies contagieuses en activité.

2° A la suite de la déclaration l'autorité sanitaire assurera la désinfection des locaux habités par les tuberculeux, du linge et des vêtements, et on évitera la dissémination des bacilles autour du malade.

3° La désinfection et la destruction des bacilles rejetés par les malades, sont essentielles à la prophylaxie de la tuberculose, et sont d'une portée énorme en pratique puisqu'il est bien démontré que la tuberculose ne se développe qu'à la suite d'une contagion, et que même pour des enfants de tuberculeux, c'est-à-dire pour des prédisposés, il faut une contamination.

4° On désinfecte autour du tuberculeux pendant sa maladie, comme on désinfecte pendant la maladie autour d'un typhique, d'un cholérique, ou d'un malade ayant la fièvre typhoïde. Ne sait-on pas que la désinfection en cours de maladie est plus importante, parce que plus efficace, que la désinfection après la maladie. Depuis quelques années, partout où il est possible de faire de la désinfection en cours de maladie, la désinfection finale est réservée aux locaux, et même supprimée? Témoin : la méthode de Milne.

5° La déclaration obligatoire, par les relations qu'elle établit nécessairement entre le médecin traitant et l'officier sanitaire, ou entre l'officier sanitaire et le tuberculeux ou sa famille, fait naître cette éducation qui détruit le mal dans sa racine.

6° La déclaration répond à l'intérêt général qu'elle protège, et lequel passe avant l'intérêt particulier.

7° La déclaration a pour résultat d'attirer plus vivement encore l'attention du public sur le "péril tuberculeux". Les adversaires même de la déclaration reconnaissent que si ceci est exact, il faudrait bénir cette déclaration obligatoire.

8° Et si surtout, cette déclaration arrivait à stigmatiser les

maisons insalubres, à nous faire sentir le danger de mort que nous courons à habiter les taudis de nos villes, et qu'ainsi fuyant ces maisons meurtrières nous en reconstruisons de saines, si cela résultait de la déclaration de la tuberculose, il faudrait la considérer comme une des plus belles victoires scientifiques des temps modernes. C'est là, l'opinion des adversaires même de la déclaration.

Voilà, brièvement résumé, les principales raisons qui ont été apportées en faveur de la déclaration obligatoire de la tuberculose. Les opinions peuvent différer; alors qu'il s'agit seulement de faire consacrer par la loi la déclaration obligatoire d'une telle maladie, l'axiôme "tot capita, tot sensus" reste non seulement vrai, mais aide surtout à faire connaître où est la vérité; et en définitive fait pencher la balance d'un côté plutôt que de l'autre. Aujourd'hui l'étape des discussions est franchie, la loi a reconnu officiellement la déclaration obligatoire.

J'ai lu quelque part que la déclaration obligatoire de la tuberculose, a non seulement été insérée dans le code sanitaire de certains pays, mais qu'elle y est même passée dans le domaine pratique. Il paraît qu'elle y rend de très réels services, et que son application ne comporte pas toutes les difficultés et tout l'épouvantail dont on veut bien l'affubler. S'il en est ainsi, pourquoi n'en ferait-on pas l'expérience une fois pour toutes dans la province de Québec. Notre législation sanitaire nous y autorise.

E. C.

“ IODEOL VIEL ”

IODE COLLOIDAL ELECTRO-CHIMIQUE

Indolore

Non
caus-
tique.

Pure
et
Stable.



Non
toxique.

Il ne
produit
pas de
iodisme.

INDICATIONS : Dans toutes les affections pulmonaires aiguës, pneumonies, broncho-pneumonies, bronchites et congestions. Tuberculose pulmonaire à toutes ses périodes; laryngites tuberculeuses, tuberculoses glandulaires, toutes les adénopathies suspectes et les tuberculoses osseuses.

Certaines infections, telles que: érysypèle, fièvre puerpérale, fièvre entérique, méningite cérébro-spinale, tétanos, abcès et furoncles, suppurations anciennes, mycosis et syphilis tertiaire.

“ IODARGOL ”

Iode colloïdal en suspension dans de l'huile stérilisé et contenant un hydro-carbone de la série camphérique.

Il possède en même temps les propriétés de l'iode et celles résultant de l'état colloïdal, de là son puissant effet comme antiseptique et comme bactéricide, lequel est prouvé par des expérimentations cliniques (plusieurs milliers d'expériences). Loin d'être douloureux, il est plutôt analgésique.

Se trouve dans le commerce sous forme d'ampoules et de tubes pour injection; ou encore sous forme de bougies solubles Utéro-Topique.

Iodargol s'emploie en usage externe pour le pansement des plaies. Plus effectif que l'iodoforme, une solution d'iode ou la Teinture d'iode, mais n'ayant aucun de leurs inconvénients.

Indications : **BLESSURES, AFFECTIONS GONNOCOCCIQUES, AFFECTIONS ARTICULAIRES** et les **ARTHRITES GONNOCOCCIQUES**.

Littérature envoyée sur demande

L'ANGLO FRENCH DRUG CO Limited

Edifice Dandurand Téléphone Est 3710

Montréal.

New-York, Londres, Paris.

ECHOS ET NOUVELLES

—

“ La vente au Canada des produits anti-luétiques “ 606 ” et “ 914 ” ne peut maintenant se faire que par l’obtention d’une licence, qui a été accordée à deux Maisons seulement et qui, en vertu d’un arrêté en Conseil, passé il y a quelques mois, constitue pour ces deux Maisons un monopole de vente à l’exclusion de toute autre marque, y compris l’Arsenobenzol et le Novarsenobenzol Billon des Établissements Poulenc Frères de Paris, France, dont nous sommes les représentants au Canada.

“ Nous avons donc fait récemment une demande auprès du Commissaire des Patentes et Brevets à Ottawa pour obtenir une licence nous permettant la vente au Canada des produits Billon.

“ Nous croyons que notre demande est justifiée dans l’intérêt du public et de la Profession Médicale 1^o à cause de la qualité et de la stabilité indiscutable des produits Billon; 2^o parce qu’il ne devrait pas être accordé de monopole à une ou deux maisons, leur donnant le contrôle de produits similaires, d’un emploi aussi généralisé, ce qui serait de nature à provoquer une hausse de prix et une baisse dans la qualité des produits.

Cet extrait de lettre, de la maison Rougier Frères que plusieurs confrères ont reçue, parle d’elle-même.

Les produits de l’établissement Poulenc Frères, de Paris, sont connus avantageusement des médecins du Canada.

D’ailleurs quel abus vise cet arrêté en conseil? Il est tout à fait injuste d’accorder la vente de produits aussi nécessaires à deux ou trois maisons seulement.

Qu’il soit fait un contrôle sérieux de ces produits, nous y sommes. Mais que deux ou trois maisons monopolisent la vente de ces produits — c’est exposer la profession médicale à payer

des prix exorbitants et à avoir des produits inférieurs. Pour cela, nous objectons.

Dr L.-F. D.

MAUVAISES NOUVELLES — BONNES NOUVELLES

Mars 20, 1919.

INQUIRY OF MINISTRY

Mr. C.-A. GAUVREAU

No 87

Questions :

1. Is it the intention of the Government, during the present session, to pass a measure respecting patent medicines, repealing the Act which is now in force?
2. If not, is it the intention of the Government to efficaciously inspect the preparation and sale of medicines which contain basic properties of copious doses of alcohol and other ingredients to produce abortion?
3. If so, will the Government appoint a Committee to be composed of physicians, irrespective of politics, and not associated in the manufacture of patent medicines, except in the case relating to the preparing and revising of said proposed measure, before presenting it to Parliament?

Answers :

1. No.
2. Yes.

3. It is proposed to establish a Board qualified to pronounce finally upon the character of patent medicines as regards the content of alcohol and their toxicity.

On sait que M. C.-A. Gauvreau, député de Tmiscouata a fait à la dernière session plusieurs interpellations au sujet du rappel de la loi des médicaments brevetés. Il revient à la charge encore cette année avec le résultat ci-haut.

Il est tout de même étonnant de constater que les médecins députés sont si apathiques au sujet de cette loi. M. le Dr Pâquet, excepté, car à la dernière session il a fait une sortie à fond pour le rappel de cette loi.

Dr L.-F. D.

POUR PARAÎTRE PROCHAINEMENT

On nous annonce que bientôt paraîtra un "Code des Médecins et Chirurgiens", par G.-A. Marsan, C. R.

M. Marsan est trop avantageusement connu des médecins pour que nous fassions son éloge ici.

Ceux qui ont lu ces écrits, dans les pages mêmes d'une revue médicale de Montréal, sauront à quoi s'en tenir sur la valeur de l'ouvrage qu'il offre aux médecins.

Cet ouvrage manque dans toutes les bibliothèques de notre profession.

Nous sommes heureux de lui souhaiter la bienvenue et nous ne doutons pas que chacun se fera un devoir de le posséder.

Dr L.-F. D.

NECROLOGIE

LE PROFESSEUR DESJARDINS

1837-1919

Le 2 mars dernier, l'Université Laval de Montréal avait la douleur de perdre son professeur le plus âgé, et le corps médical, un de ses membres les plus distingués.

Louis-Edouard Desjardins était né à Terrebonne, le 10 septembre 1837.

Ayant terminé son cours classique, il étudia la médecine à l'Université Victoria, et reçut le titre de docteur en 1864.

Après avoir pratiqué la médecine générale pendant sept ans, il fit son premier voyage en Europe, pour se spécialiser en ophtalmologie. A Londres, il suivit les cliniques de Bowman et de Critchett, et à Paris, celles de Wecker, de Galezowski, de Sichel et de Meyer.

De retour à Montréal en 1873, il fonda l'Institut Ophtalmique de l'Asile Nazareth, où il pratiqua l'oculistique pendant plus de trente ans.

Il fut aussi un des fondateurs du journal "L'Union Médicale", et quelques années après, de la "Gazette Médicale".

En 1882, le Dr Desjardins fut nommé professeur d'ophtalmologie à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, et oculiste de l'Hôtel-Dieu où il donna ses leçons jusqu'à sa dernière maladie.

Lors de l'affiliation de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, à l'Université Laval, devenue depuis, Faculté de Médecine de l'Université Laval, il conserva sa chaire de professeur de clinique ophtalmologique.

Le Dr Desjardins, qui a publié un certain nombre de travaux

scientifiques sur la cataracte, le glaucome, les affections des paupières et la réfraction s'est surtout intéressé à des recherches oculaires chez les sourds-muets.

Il consacrait ses moments de loisirs à la musique, et harmonisa, pour des chœurs, plus de 150 chansons canadiennes sous le pseudonyme de " Bon Vieux Temps ".

Tous les oculistes canadiens de Montréal ont été ses élèves et conserveront de lui le souvenir le plus respectueux.

Doué des plus belles qualités de charité, de modestie et d'urbanité, le Dr Desjardins, par sa mort, laisse un vide profond, qui sera ressenti ici par la profession médicale toute entière, par ses nombreux clients, et, je ne doute pas, par ses bons amis de France, qu'il aimait tant à revoir.

Dr J. N. Roy.

—:000:—

REVUE DES JOURNAUX

LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE PAR LE SÉRUM ANTIPNEUMOCOCCIQUE

Emploi du sérum.—Dès que le diagnostic est établi, le malade reçoit une injection de 50 cm³, 30 cm³, puis 20 cm³ jusqu'au deuxième ou troisième jour qui suit la chute de la fièvre.

Sous l'influence de la sérothérapie, l'évolution de la maladie, les différents éléments de son tableau clinique subissent des changements notables.

L'auteur de cet article, M. V. Lassance, après avoir traité par le sérum antipneumococcique, 71 cas de pneumonie franche aiguë, 3 cas de pneumococcie généralisée et 8 cas de broncho-pneumonie, en vient aux conclusions suivantes.

a) Le sérum antipneumococcique atténue l'allure pénible et

grave de la maladie, il en raccourcit nettement la durée moyenne, en améliore le pronostic, en diminue la mortalité.

b) Ce sérum agit surtout contre la toxémie de la pneumonie et les phénomènes généraux qui en résultent (fièvre, céphalée, courbature, délire, agitation etc.) ; mais son action est nulle contre les accidents mécaniques, conséquence des graves lésions pulmonaires.

c) Il est inefficace contre les broncho-pneumonies, où les lésions diffuses et profondes de l'appareil respiratoire jouent le premier rôle dans l'origine des symptômes et dans le pronostic, et où malheureusement le pneumocoque est presque toujours associé à d'autres agents (streptocoque, staphylocoque, B. de Pfeiffer) contre lesquels il ne peut rien.

d) En dehors de la sérothérapie, dont l'efficacité n'est que partielle, il nous a paru avantageux d'utiliser les autres agents thérapeutiques, dirigés contre les troubles fonctionnels (calmants, expectorants, tonicardiaques) et contre les lésions anatomiques (ventouses, sinapismes, révulsions diverses). (*La presse médicale*, 24 janvier 1919).