

bile, huile de Haarlem, remède de Durante sous la forme de capsules prises à raison d'une capsule de térébenthine pour deux d'éther, plusieurs fois dans la journée. On peut de même conseiller, avec M. Chauffard, le "salicylate de soude" et le "benzoate de soude." Ajoutons les "grands lavements froids," la glace en application locale, et ultérieurement une cure intensive à Vichy ou à Vittel.

Par contre, "dans la colique vésiculaire", on écarte l'emploi des cholagogues. Les calculs sont souvent trop volumineux pour être expulsés par les voies biliaires. M. le Pr Gilbert conseille le repos au lit, le régime exclusif du lait écrémé pris par petites fractions souvent répétées. Grâce à cette alimentation, on peut espérer une immobilisation de la vésicule. Ajoutons encore les applications "chaudes humides émollientes" sur la région vésiculaire, les "bains simples" chauds, "prolongés, les bains "dits de Plombières". Comme cure, conseiller une extrême prudence.

Durant les périodes douloureuses : applications chaudes locales, "compresses humides" ou "cataplasmes laudanisés"; comme médicaments internes, "sippositaires belladonnés ou opiacés, lavement d'opium" et "d'analgésine." Pour ce lavement à garder, le malade aura des paquets de 0,50 d'analgésine et du laudanum de Sydenham; il mettra dans un lavement deux à trois paquets d'analgésine et de X à XL gouttes de laudanum. Si un lavement ne suffit pas, on en administre un second deux heures plus tard.

C'est là que s'arrête le traitement conseillé dans les lithiases vésiculaires, par MM. Gilbert, Carnot et Jomier. Souvent cette médication ne suffit pas : les malades se cachectisent et les douleurs persistent. Alors MM. Chauffard et Quénu conseillent l'intervention chirurgicale. Les statistiques sont actuellement nombreuses : Kehr, Terrier, Quénu, Mayo Robson, y ont apporté les contributions les plus puissantes. Le risque opératoire est presque nul; l'opération évacue la vésicule, souvent la résèque, et les guérisons sont souvent complètes, rapides et définitives.

Lorsque le calcul est arrêté "dans le cholédoque" et détermine un icère chronique, M. le Pr Gilbert conseille surtout l'ingestion, le matin à jeun de "quantités progressives d'huile d'olive" en ayant soin de laisser entre chaque prise un intervalle de deux à cinq jours suivant la violence des réactions digestives. La première dose sera communément de 25 à 50 cc.; les suivantes augmenteront progressivement de 25 à 50 cc., jusqu'à 150 à 200 cc. L'expulsion du calcul peut ainsi s'obtenir. On ne devra pas prendre pour des calculs biliaires les concrétions vert porracé, de consistance molle, rendues en abondance dans les matières fécales après l'absorption d'huile et qui sont constituées en réalité par des graisses insuffisamment saponifiées, colorées par la bile. En cas d'insuccès, avec une intervention chirurgicale, M. Gilbert conseille une cure à Vichy.

Si "l'infection des voies biliaires (poussées irréguliè-

res de température, subictère, etc.), se produit, nous nous garderons de perdre un temps précieux à administrer les antiseptiques biliaires trop souvent couronnés d'insuccès. En cela, nous préférons recourir à l'intervention chirurgicale précoce. Car, la révulsion locale, le salicylate de soude, le salol, le calomel, les frictions de collargol restent sans effet. MM. Gilbert, Carnot et Jomier se montrent moins interventionnistes et font une longue énumération de tous les traitements internes que l'on peut opposer aux accidents septicémiques.

M. Mongour (de Bordeaux) chargé du rapport chirurgical de la lithiase biliaire, ne se montre non plus très interventionniste. "L'intervention chirurgicale est une thérapeutique d'exception." Et cependant la cholécystite chronique doit être, de l'avis de l'auteur, opérée le plus tôt possible, en raison des adhérences qui s'organisent sans cesse et qui compliquent singulièrement l'opération. Dans la cholécystite calculeuse aiguë, M. Mongour conseille l'essai tout d'abord du traitement médical avant de recourir au bistouri. Il préconise par contre l'intervention dans l'infection biliaire à point de départ vésiculaire. L'obstruction chronique du cholédoque fait peur à M. Mongour. On ne doit l'opérer, dit-il, que lorsque l'ictère se transforme d'ortho-pigmentaire en méta-pigmentaire. Ce sera alors trop tard, le foie ne résistera pas au chloroforme et le malade mourra presque fatalement. Notre avis est différent. Il s'appuie sur l'observation de nombreux faits des statistiques étrangères et françaises rapportées par M. Cotte (Maloine, Paris 1908). Dès qu'après un ou deux mois d'ictère chronique, rien ne modifie ce tableau clinique, seul le traitement chirurgical peut être couronné de succès, il doit être institué le plus tôt possible et non pas à une époque, où la terminaison fatale ne fait pas l'ombre d'un doute.

Sur l'emploi du nitrite d'amyle et du nitrite de soude dans les hémorragies

Par M. Campani, (*Gazetta degli Ospedali*, 8 mars 1908)

M. Campani recommande les nitrites comme hémostatiques. Ces médicaments peuvent être employés contre les hémoptysies, les épistaxis, les érosions hémorragiques de l'estomac.

Ils sont contre-indiqués chez les tuberculeux dont le cœur est épuisé.

L'action du nitrite d'amyle en inhalation est instantanée, mais peu durable. Celle du nitrite de soude, pris par la bouche, est plus lente : elle demande quinze à vingt minutes, mais elle se prolonge quatre heures.

