

lement masquée malgré tous les artifices. L'administration dans de l'eau gazeuse me semble encore le mode le plus agréable. Si les malades éprouvent une répugnance invincible, on pourrait recourir au citrate de soude quoique ce sel soit moins efficace. Souvent l'hyperesthésie gastrique, qui est fréquente dans le coma, provoque des vomissements dès les premières prises du bicarbonate. Quelquefois des diarrhées violentes surgissent dès que les doses ont dépassé une quantité qui varie chez les différents malades.

La voie rectale ne permet que l'administration de petites quantités de bicarbonate de soude; les lavements alcalins irritent l'intestin et provoquent du ténesme et de la diarrhée. J'ai essayé l'infusion intestinale lente et permanente, l'entéroclyse telle que la pratiquent les chirurgiens, mais ce procédé n'est pas mieux supporté.

Les injections sous-cutanées ne sont pas utilisables, car les solutions alcalines occasionnent de la nécrose des tissus.

Restent les injections intra-veineuses, qui semblent être la méthode de choix. Je les ai employées dans un grand nombre de cas, mais cette pratique prolongée m'a rendu de plus en plus prudent dans leur emploi. J'ai récemment décrit les *dangers* de ces injections intra-veineuses qu'on peut vraisemblablement attribuer à l'action toxique du sodium: l'aggravation de l'état des malades, des convulsions, un colapsus mortel sont à redouter. Aussi ai-je conseillé la prudence dans leur emploi.

Et une observation que j'ai faite il y a une dizaine de jours m'a montré que j'étais encore resté en-dessous de la réalité. Un malade atteint de coma put être maintenu pendant 4 jours; le 4^e, comme la diurèse ne se fait pas, il reçoit le matin à 11 heures, 500 c. c. d'une solution de bicarbonate de soude à 5 p. c., soit 25 gr.

Aucun changement ne se produit dans l'état du malade; la diurèse restant toujours faible, nous procédons le soir à 7 heures.