

(traumatisme, excoriation, ulcère), soit grâce à une infection générale (fièvre typhoïde, tuberculose cavitaire, grippe, angine). Enflammées, les varices deviennent dures, très sensibles; la peau qui les recouvre s'empâte et rougit; le tissu cellulaire ambiant s'infiltré. La phlébite variqueuse, habituellement fébrile (39°), peut aboutir à l'*oblitération fibreuse* ou, parfois, à la *suppuration* (*phlegmon variqueux*), source possible de *pyémie*. La thrombose peut être l'origine d'embolies pulmonaires mortelles. Rémy admet l'existence de phlébites variqueuses, non infectieuses, imputables à la rupture des *vasa vasorum* qui déterminerait une thrombose, signe unique du processus.

Les varices sont une cause fréquente de *dermite hypertrophique* (peau épaisse, brune ou violacée, adhérente) ou *atrophique* (peau mince, luisante), *squameuse* ou *végétante* (*éléphantiasis*, développé d'habitude au-dessus d'une cicatrice annulaire).

Expression trophique du vice de nutrition créé par la sclérose des vaisseaux et nerfs du membre variqueux, l'*ulcère*, du même nom, repose toujours sur une veine variqueuse adhérente à la peau. Plus fréquent chez les hommes, dans la classe ouvrière et du côté gauche, il présente 5 sièges d'élection: 1° face antéro-interne de la jambe (saphène interne), 2° face externe (saphène externe), 3° région postéro-supérieure de la jambe (communicantes), et dérive directement de la gêne circulatoire. Certains *ulcères annulaires*, entourent toute la jambe. En général, la perte de substance est irrégulière ou arrondie; son *fond*, velouté ou bourgeonnant, violacé ou pâle, parfois fongueux, sécrète peu, mais saigne au moindre contact; ses *bords* sont œdémateux ou sclérosés. L'*ulcère*, habituellement indolent, devient en certains cas très sensible; on peut constater, autour, des troubles *sensitifs variables*: anesthésie, analgésie, thermô-anesthésie. Les anciens ulcères étendus sont susceptibles d'entraîner une atrophie de tout le membre. Négligé ou mal pansé, l'*ulcère* variqueux est exposé à s'infecter (lymphangite, érysipèle, phagédénisme, gangrène). Sa guérison n'est possible que grâce à un repos prolongé, encore la récurrence est-elle très facile.

IV. — ŒDÈME

Signes cliniques. — L'œdème est l'infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel, qu'accompagnent souvent des épanchements dans les séreuses viscérales et articulaires (*ascite*, *hydrothorax*, *hydropéricarde*, *hydrocéphalie*, *hydarthrose*, *hydrocèle*). Il est: *sous-cutané* (le plus souvent), *sous-muqueux* (pharynx, larynx, etc.), *viscéral* (poumon, cerveau); *localisé* ou *généralisé* (*anasarque*).

L'œdème communique aux régions qu'il envahit une tuméfaction et des déformations en rapport avec son intensité et la laxité de leur tissu conjonctif. Il efface les plis et les dépressions, distend la peau qui, luisante, pâle, rosée ou violacée, généralement refroidie, parfois cependant chaude (œdèmes inflammatoires), repose sur une couche pâteuse, molle et dépressible ou ferme et rénitente, que la pression graduelle de la pulpe digitale creuse habi-

tuellement d'une *empreinte en godet* assez durable et typique. Ce signe, difficile ou impossible à constater dans certains cas particuliers (certains anasarques de l'enfance; myxœdème), est mis plus aisément en évidence autour des malléoles, à la face interne du tibia, des cuisses. Les régions œdématisées se reconnaissent encore à ce qu'elles gardent l'empreinte: de l'entonnoir du stéthoscope, d'un bandage, des plis du linge, d'une bague; leur sensibilité est soit émoussée ou troublée, soit exaltée.

Suivant son siège, l'œdème gêne: la marche (membres inférieurs), la miction (parties génitales), le jeu des paupières (face), comportant, selon les cas: une tension gênante; des sensations de fourmillement, de prurit, de chaud, de froid, ou même des douleurs vives (phlegmatia, érysipèle). L'œdème reste circonscrit (cause locale) ou se généralise, prédominant alors en certaines régions déterminées par les lois de la pesanteur (parties déclives, membres inférieurs), le froid (œdème de la face), ou les irritations cutanées (urticaire).

Modifiant à peine les régions pourvues d'un tissu conjonctif serré et rare (paume, plante, cuir chevelu, pavillon de l'oreille), l'œdème gonfle, au contraire, beaucoup celles qui comportent un tissu cellulaire lâche et abondant (paupières, prépuce, scrotum, grandes lèvres); très douloureux dans le premier cas, il l'est à peine dans le second.

Complications. — Très intense, l'œdème peut fissurer l'épiderme, y engendrer des *phlyctènes*, puis des *ulcérations*, portes d'entrée possibles d'*infections secondaires* (lymphangites, érythèmes, escarres, adénites, érysipèle, abcès superficiels), dont la répétition entraîne l'épaississement, l'induration ou la transformation éléphantiasique du derme. L'œdème favorise les *dermatoses* (eczéma, lichen, psoriasis) et les *lésions vasculaires* (artériosclérose, varices), comme en témoignent la présence fréquente, à la surface, de purpura, d'ecchymoses et de varicosités. Prolongée, la distension du derme détermine l'éclosion de *vergetures*.

Caractères de la sérosité. — Imbibant les tissus comme de l'eau imbibé l'ouate (Ranvier), la *sérosité de l'œdème* est un liquide clair, peu dense (1002-1004-1010), vert-jaunâtre, se congelant de — 0°,50 à — 0°,60, de réaction alcaline, contenant des éléments salins (chlorure de sodium, 6 à 8 grammes par litre; phosphates, 0,54 à 0,55), de l'urée (1 à 5 grammes), du glucose (0,60 à 0,70), et, accidentellement, un certain nombre d'autres produits (graisse, cholestérine, matières extractives; pigments et acides biliaires, en cas d'ictère; acide urique chez les goutteux; substances médicamenteuses: iodures, salicylates). Certains états pathologiques augmentent la proportion: du sucre (diabète), de l'urée (néphrites), du chlorure de sodium (néphrites, cardiopathies), de la cholestérine, des corps gras (vieux œdèmes, Boy-Teissier), de certains médicaments (impermeabilité rénale).

Les recherches contemporaines (Widal, Achard et Lœper, etc.) ont mis en lumière la pauvreté en chlorures et parfois en urée des urines émises par les malades porteurs d'œdèmes étendus, souvent imputable à une *perméabilité rénale réduite*, soit en général, soit électivement pour les chlorures, comme elle l'est parfois aussi pour certains médicaments (Achard et Lœper). Histologiquement, la sérosité de l'œdème renferme quelques leucocytes et hématies,

et, dans les cas pathologiques, des *bactéries* (charbon, érysipèle, œdème éléphantiasique, septicémie gazeuse).

Lœper a signalé dans l'anasarque l'*hypoglobulie* (4 000 000 d'hématies) et l'*augmentation de la densité du sérum*.

Évolution. — La *régression* de l'œdème est tantôt *lente* (trompeuse), tantôt *rapide* (guérison), coïncidant alors avec une *crise urinaire* qui comporte un accroissement brusque de l'urée, des phosphates, des sulfates et surtout des chlorures (10, 15, 50 grammes) et est précédée ou accompagnée d'une *crise hématique* plus ou moins appréciable (*dilution sanguine* abaissant le taux des hématies à 2 500 000 et aussi celui de l'albumine). La *résorption* peut entraîner des *accidents viscéraux* (chez les brightiques, les cardiaques) consistant en : torpeur cérébrale, respiration de Ch.-Stokes, convulsions fugaces, ou, rarement, coma mortel, et reconnaissant une origine soit *toxique*, soit plutôt *mécanique* (Merklen et Hertz).

En d'autres cas, l'œdème passe à l'*état chronique*; il devient alors dur; la peau, épaissie, se sillonne de fissures, de vergetures et de varices lymphatiques, jusqu'à ce qu'elle soit transformée par la dermite hypertrophique (*éléphantiasis nostras*).

Formes étiologiques. — **Œdèmes de cause locale.** — Ils sont presque tous du ressort de la chirurgie. Tels sont : l'*œdème traumatique, aigu* (plaies, contusions, luxations) ou *dur et chronique* succédant à un traumatisme léger sur le dos de la main ou du pied; les *œdèmes infectieux locaux* marquant le début de l'inflammation ou de la suppuration; enfin, les *œdèmes toxiques locaux*, dont les causes sont nombreuses : morsures de serpent, piqûres d'insectes, contact de plantes vénéneuses; injections hypodermiques aseptiques d'éther, d'ergotine, de morphine, de solutions mercurielles, de sérums antitoxiques, qui occasionnent parfois des œdèmes étendus (un segment de membre), pseudo-phlegmoneux, survenant et se dissipant avec rapidité.

Œdèmes dans les cardiopathies. — Apparaissant quand cesse la compensation, l'œdème indique alors la déchéance des vaisseaux et du myocarde, précédant de peu l'asystolie. Il est d'autant plus précoce que la lésion atteint plus directement le myocarde (*myocardites*) ou en compromet les fonctions (péricardite, symphyse cardiaque avec lésions myocardiques). Les *lésions valvulaires du cœur droit* sont de celles qui entraînent le plus vite l'œdème, en retentissant directement sur la grande circulation. Celles du cœur gauche ne le déterminent qu'après dilatation des cavités droites.

L'œdème cardiaque débute insidieusement, visible d'abord le soir autour des malléoles, puis envahissant peu à peu la jambe (face antéro-interne du tibia), la cuisse (face postéro-interne), les organes génitaux (gonflement plus ou moins monstrueux du prépuce, du scrotum; des grandes lèvres chez la femme, gênant plus ou moins la miction), pour gagner plus tard : le tronc (parties postérieures surtout), les membres supérieurs (avant-bras, dos de la main), spécialement du côté où dort le malade; le cou et la face (plutôt cyanosée qu'infiltrée chez les cardiaques). Plus *rosé* que pâle, surtout s'il est ancien,

l'œdème cardiaque peut devenir *violacé*, en particulier aux extrémités (asphyxie). Assez dur et assez sensible à la pression forte, il est, avant tout, différencié par sa *marche progressive et symétrique de bas en haut*, par ses variations proportionnées aux degrés de l'asystolie avec laquelle il apparaît et disparaît. L'œdème cardiaque se complique souvent d'*hydropisie des séreuses* apparaissant dans l'ordre suivant : 1° *hydrocèle*; 2° *ascite*; 3° *hydrothorax*; 4° *hydarthroses* (œdèmes anciens des membres inférieurs). L'étendue de l'œdème mesure, jusqu'à un certain point, l'énergie de la fibre cardiaque.

Œdème dans les affections vasculaires. — L'*artério-sclérose* est un facteur d'œdème au même titre que les cardiopathies (cause d'asystolie). L'*anévrisme artério-veineux* détermine en amont de lui un œdème chronique. Autrement, l'œdème d'origine vasculaire obéit aux mêmes lois que l'*œdème cardiaque*. La souffrance de l'appareil vasculaire se traduit, sur les membres atteints, par des varicosités capillaires, des taches purpuriques ou des ecchymoses. Ce sont surtout les *lésions veineuses oblitérantes* qui engendrent l'œdème, d'autant plus étendu et important que la veine thrombosée est plus volumineuse et les voies collatérales moins riches.

L'apparition de l'œdème implique : l'intervention du système nerveux sur les vaso-moteurs, une oblitération veineuse dont la hauteur exclut le développement d'une dérivation collatérale; ou bien l'obstruction des collatérales elles-mêmes. Blanc, tendu, dur, douloureux, prolongé, l'*œdème de la phlegmatia alba dolens* est le type des œdèmes d'origine veineuse. Les *varices*, les *compressions veineuses* sont d'autres facteurs d'œdème.

L'*oblitération de la veine cave supérieure* (tumeur du médiastin) est suivie d'un œdème considérable, étendu à toute la moitié sus-diaphragmatique du corps. De l'*oblitération de la veine cave inférieure* (thrombose, tumeurs abdominales) résulte l'œdème de la moitié sous-diaphragmatique du corps.

Les *lésions des vaisseaux lymphatiques* comportent aussi parfois de l'œdème. La *lymphangite aiguë*, l'*érysipèle* sont des types d'œdème lymphatique aigu. L'œdème lymphatique chronique est représenté par l'*éléphantiasis*, aboutissant de la *lymphangite chronique* et de la *filariose*.

Œdème d'origine rénale. — L'œdème peut compliquer toute lésion, aiguë ou chronique, un peu étendue, du filtre rénal; il est plus fréquent et plus intense au cours des *néphrites à prédominance épithéliale*, mais se montre aussi, sous une forme spéciale, dans certains cas de *néphrite à prédominance interstitielle*; il est alors tardif, mobile, transitoire, limité soit aux paupières, surtout le matin, soit au prépuce ou aux malléoles, alternant souvent avec les accidents toxiques du brightisme. Dans les *néphrites dites parenchymateuses*, l'infiltration, abondante, rapide, précoce, débute par les malléoles pour, ensuite, gagner les membres inférieurs et se généraliser à bref délai, réalisant les déformations et la bouffissure propres à l'*anasarque*.

En pareil cas, la peau est tendue, lisse, unie, plane, d'une blancheur mate ou luisante; mou et indolore, l'œdème prend facilement le godet (sauf parfois dans l'enfance). L'infiltration subit des oscillations parallèles à l'état de l'émonction rénale ou intestinale et de la contraction cardiaque. Du reste, tous

les degrés s'observent, depuis l'œdème chronique, limité d'abord aux membres inférieurs, dans certaines néphrites subaiguës ou chroniques, jusqu'à l'*anasarque aiguë* de la néphrite scarlatineuse. Quoique sans rapport direct avec l'état de la perméabilité rénale (apprécié par la méthode du bleu), l'œdème brightique peut compromettre la nutrition par sa durée, mais ne menace directement la vie que par ses localisations viscérales (larynx, poumon, méninges, cerveau).

Œdème dans les affections du foie. — Les lésions hépatiques retentissent avant tout sur le *système porte (ascite)*, rarement sur le *système cave*, à moins de compression de la veine cave inférieure soit par un néoplasme, soit, secondairement, par une ascite abondante; en ce cas, l'œdème envahit les membres inférieurs. Il importe alors d'établir, avec précision, si l'ascite est la première en date (origine hépatique), ou l'œdème (origine cardiaque). Du reste, chez les hépatiques, on doit faire la part des *lésions rénales associées* possibles, de la *cachexie* (œdème cachectique), de la *dilatation du cœur droit* secondaire aux lésions gastro-hépatiques (asystolie d'origine gastro-hépatique), et de l'*ictère chronique*, cause également signalée d'œdème des membres inférieurs.

Œdème dans les affections nerveuses. — Le rôle de l'œdème est relativement secondaire, en pathologie nerveuse. Il constitue tantôt un signe transitoire imputable à un trouble vaso-moteur fugace, tantôt un trouble trophique durable. Généralement *localisé*, il offre une topographie déterminée par celle de l'affection causale.

Les *névrites périphériques*, de toutes causes, sont susceptibles d'occasionner l'infiltration totale ou partielle des territoires que commande le nerf malade (*tumeur dorsale du poignet*). Certaines *névralgies* (trijumeau) déterminent des effets identiques.

L'*hémiplégie cérébrale* peut comporter, du côté paralysé, un œdème rose ou violacé, assez dur, d'origine vaso-motrice.

Certaines *myélites aiguës (ascendantes ou transverses)*, l'*hématomyélie*, la *méningite cérébro-spinale*, la *paralysie infantile*, la *pachyméningite spinale* déterminent des paralysies avec œdème intense et précoce des membres inférieurs. Le *tabes*, la *syringomyélie*, etc., se compliquent d'*arthropathies* avec œdème étendu, ou de foyers œdémateux disséminés (face, membres) durs et bleuâtres, avec ou sans lésions purpuriques; la *main succulente* emprunte aussi ses caractères à l'œdème.

L'*œdème bleu des hystériques* (rarement rosé, ou rouge et chaud), superposé, ou non, à d'autres accidents de la névrose (paralysies, arthralgies, contractures), est d'habitude *dur, froid* (température abaissée), instable et curable par suggestion; sa disparition brusque est possible, mais aussi sa prolongation pendant des mois ou des années, et sa transformation éléphantiasique (Follet).

Des œdèmes locaux paroxystiques ont été observés au cours de l'*épilepsie* et du *goitre exophtalmique*. La *mélancolie* comporte fréquemment un œdème froid et violacé des extrémités (Dupré).

Il semble logique d'attribuer une origine angio-neurotique : aux œdèmes

aigus circonscrits, fugaces et récidivants, observés au cours du *rhumatisme aigu (nodosités rhumatismales)*, d'autres infections et de l'*urticaire dite œdémateuse*; aux *pseudo-lipomes* dits *arthritiques*, sus-claviculaires, parfois symétriques, et à l'aptitude particulière de la peau, connue sous le nom de *dermographisme*.

Le *myœdème*, œdème diffus généralisé, ne prenant pas le godet, mais d'une rénitence élastique et d'un aspect absolument typique, peut être considéré comme un *trouble trophique*.

Œdème dans les maladies générales. — L'œdème peut survenir dans les maladies générales, indépendamment de tout trouble cardiaque ou rénal. Dans cette catégorie rentrent : les œdèmes péri-articulaires, parfois très marqués, de la *goutte*, des *arthrites rhumatismales*, et spécialement du *rhumatisme blennorragique* (œdème pseudo-phlegmoneux du poignet), l'œdème des membres inférieurs, symptomatique de la *névrite diabétique* et souvent prodromique de la gangrène de même nature; l'*œdème diffus des chlorotiques* (sans phlébite); l'œdème constituant la *bosse sanguine des scorbutiques* (avec hémorragie interstitielle) et celui qui accompagne certains purpuras. Les *œdèmes de la leucémie* dérivent, pour la plupart, de compressions veineuses par les tumeurs ganglionnaires. Dans certaines infections, l'œdème traduit une réaction défensive contre les bactéries; tel est l'*œdème malin du charbon*, mou, indolent, envahissant surtout la face, mais aussi le thorax et les membres supérieurs, infiltré d'une sérosité où pullule la bactériémie; tel aussi l'œdème propre à certaines *gangrènes gazeuses (vibrion septique)*, à la *septicémie putride* (pleurésie putride), à l'*infiltration d'urine (coli-bacille)*. Le rôle direct des bactéries n'est pas moins probable dans l'œdème cervico-maxillaire de la *diphthérie*, dans l'œdème facial coloré de la *morve*, de l'*érysipèle* et de la *variole confluente*. La variole peut du reste également entraîner le gonflement œdémateux des mains et des pieds (signe favorable pour les classiques). L'*anasarque scarlatineuse* est, en général, d'origine rénale; il n'en est pas de même des œdèmes signalés dans la *rougeole*, la *fièvre typhoïde*, les *oreillons*, la *trichinose*, le *paludisme* (à la phase cachectique, mais aussi à la suite de certains accès aigus) et certaines *intoxications* (opium, belladone, arsenic, iode, antipyrine, venin de serpents).

Œdème dans les cachexies. — La phase ultime des cachexies cancéreuse et tuberculeuse, des syphilis graves et du paludisme chronique, des entérites chroniques (dysenterie, diarrhée de Cochinchine), des maladies chroniques du névraxe; la convalescence des pyrexies prolongées, sont marquées par l'apparition d'*œdèmes* mous, blancs (peau lisse, craquelée ou squameuse), indolores, disséminés ou limités aux régions déclives, indépendants, en tout cas, de toute altération viscérale. Ces *œdèmes cachectiques* doivent être distingués, avec soin, des œdèmes d'autres origines (phlébite, amylose rénale) susceptibles de compliquer les mêmes états.

Valeur sémiologique de l'œdème. — Facile à reconnaître en lui-même, l'œdème sera distingué sans peine de l'*emphysème sous-cutané*.

élastique et crépitant, et de l'*adipose* (rénitence spéciale). Il importe surtout d'en préciser la *cause*. A cet égard, sa topographie est très significative. En face d'un *œdème généralisé*, une fois éliminé le myxœdème, on songera à une *cardiopathie* (syndrome asystolique), ou à une *néphrite* (accidents urémiques, scarlatine, albuminurie). Un œdème à marche ascendante, envahissant les membres inférieurs, puis le scrotum, attirera encore l'attention sur le cœur ou les reins, à moins que n'existe une cause de *compression de la veine cave inférieure* (examen de l'abdomen et du foie); on se rappellera que l'*œdème cardiaque* est rosé, dur et sensible, l'*œdème rénal*, blanc, mou, indolore. La cause des œdèmes d'origine nerveuse, de l'œdème variqueux, des œdèmes cachectiques (état général) est le plus souvent évidente. Limité à un seul membre, l'œdème dérive presque toujours d'une cause locale à rechercher (fracture, phlegmon; compression, thrombose veineuse; névrite). L'*œdème facial* peut reconnaître des causes très variables: mal de Bright; lésion dentaire, osseuse ou cutanée; névralgie faciale; thrombose de la jugulaire, des sinus; thrombose ou compression de la veine cave supérieure (œdème étendu à la face, au cou et aux membres supérieurs; circulation veineuse collatérale, apparente à la partie supérieure du thorax).

Sur le tronc, l'œdème peut tenir à une suppuration profonde: phlegmon, pleurésie purulente, périnéphrite. L'œdème limité à la zone génitale reconnaît une origine soit vénérienne (balanite, chancre), soit rénale.

Maladie spéciale, l'œdème des nouveau-nés débute par les membres inférieurs, se propage rapidement, se complique d'hypothermie, pour aboutir à l'asphyxie et au coma.

Il est rare que les œdèmes des infections aiguës prêtent à confusion.

Outre les œdèmes symptomatiques, existent des *œdèmes dits essentiels* reconnus par élimination, et indépendants de tout état morbide antérieur, ou imputables à des causes banales (froid, traumatisme, arrêt des règles). Dans un *premier groupe* prennent place les *œdèmes rhumatismaux* déjà signalés, mais isolés de toute arthropathie. Dans le *second*, il convient de ranger l'*œdème aigu circonscrit*, ou *maladie de Quinke*, caractérisé par des plaques œdémateuses de 2 à 10 centimètres de diamètre, pâles ou un peu rosées, à limites vagues, siégeant surtout sur les lèvres, les paupières, ou encore sur les muqueuses du voile du palais, du pharynx, de la glotte, et, peut-être, en certains cas, de l'estomac (vomissements) et de l'intestin (diarrhée). Souvent héréditaire, la maladie comporte un malaise léger, de la céphalée et de l'oligurie.

Les *œdèmes chroniques* sont, le plus souvent, imputables à une névrose: (*pseudo-éléphantiasis*, *léontiasis névropathique*) ou au rhumatisme. Tel est l'*œdème segmentaire* d'origine spinale, trophique, héréditaire, comparable à certaines myopathies (Debove).

En général, la majeure difficulté consiste à préciser la cause dominante de l'œdème dans les cas où coïncident divers facteurs étiologiques: infection (phtisie, paludisme), asthénie cardiaque et lésion rénale.

TREIZIÈME PARTIE

SÉMIOLOGIE DU SANG

CHAPITRE I

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE

I. — EXAMEN CLINIQUE DU SANG

L'étude du sang implique: celle du sang complet; celles de ses éléments figurés, du plasma sanguin (réticulum fibrineux), du caillot et du sérum; enfin, celle des éléments anormaux (parasites, granulations, etc.).

Examen du sang complet. — Impossible à mesurer pratiquement sur le vivant, la masse totale du sang est évaluée environ à $1/15^e$ du poids de l'homme sain. Les variations n'en peuvent être soupçonnées qu'indirectement, d'après la décoloration de la peau et des muqueuses, encore celle-ci est-elle subordonnée à d'autres facteurs: calibre des vaisseaux, transparence et pigmentation cutanées.

Récolte du sang. — On choisit, après l'avoir nettoyée et séchée avec un linge sec, la pulpe d'un doigt de la main gauche, ou, chez l'enfant, celle du gros orteil. On pique avec: soit une lancette à saignée, soit une plume à écrire dont on a cassé une des pointes, soit la lancette imaginée par Bensaude, dont la lame, cachée par une gaine métallique quand l'instrument est armé, est poussée automatiquement par la détente d'un ressort et produit de petites plaies de profondeur réglable à volonté. On laisse les gouttes de sang couler naturellement, sans presser sur la phalange, ayant soin de ne pas faire porter l'examen sur la première.

Couleur. — Le sang de la pulpe digitale est *rouge vermillon* (couleur entièrement due à l'hémoglobine), moins vif que le sang artériel. Il est *rose vif* en cas d'empoisonnement par l'oxyde de carbone; *brun sépia* dans les intoxications par les chlorates, le



FIG. 257. — Lancette à curseur de Bensaude. (Soc. méd. des hôp., 1898.)