

KHAZEM Rachid
9, Rue Si Djillali - TIZI OUZOU
ALGERIE

**MANUEL
DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE**

Department of Medicine
Washington University School of Medicine
St-Louis, Missouri

Nicolas V. Costrini, M.D., Ph.D.
William M. Thomson, M.D.
Editors

069288
①

TRADUCTION ET ADAPTATION
DE LA 22^e ÉDITION AMÉRICAINE



LISTE DES TRADUCTEURS

Yves Weiss
ancien chef de clinique
chef de service à l'hôpital de Meaux

Claude Barbanel
ancien chef de clinique
chef de service à l'hôpital de Meaux

Jean-Pierre Lehner
chef de clinique-assistant des hôpitaux
hôpital Bichat (Paris)

Dominique de Prost
assistante des hôpitaux
hôpital Bichat (Paris)

Yves de Prost
chef de clinique-assistant des hôpitaux
hôpital Henri-Mondor (Créteil)



Office des Publications Universitaires
29 rue Abou Nouas, Hydra, Alger

PRÉFACE DE LA 22^e ÉDITION AMÉRICAINE

Le « Manuel de thérapeutique médicale » a été conçu à l'origine, en 1943-1944, par le Département de médecine interne de l'école de médecine de l'université de Washington, comme un guide pour les étudiants suivant le cours de thérapeutique médicale de quatrième année. Ces dernières années, il a subi de nombreux changements au cours des éditions successives et s'est vu beaucoup plus largement distribué parmi les étudiants, les praticiens privés, les autres médecins et les membres des professions paramédicales.

Le Manuel a également été réécrit de manière à refléter l'attitude thérapeutique de la majorité des médecins de l'équipe du Centre médical de l'hôpital Barnes de l'université de Washington. Comme pour les premières éditions, les auteurs sont des médecins-chefs résidents, des collaborateurs récents ou de longue date et des professeurs assistants du Département de médecine. Les responsables de la rédaction de l'édition présente étaient, en 1976-1977, médecins-chefs résidents en Médecine.

Pour cette 22^e édition, la plupart des chapitres ont été largement remaniés et tous ont été mis à jour. Un chapitre sur le traitement des troubles de l'équilibre calcique, de la parathyroïde et du métabolisme osseux a été ajouté. De plus, les valeurs de référence concernant les examens de laboratoire courants ont été adjoints en annexe et les dénominations communes des médicaments et les noms des spécialités incorporés à l'index. Bien que nous ayons conservé le style concis qui a fait de ce « livre de poche » un outil pratique, nous nous sommes efforcés d'insister sur la nécessité d'une thérapie adaptée à chaque malade individuellement.

Nous sommes redevables à tous ceux qui nous ont aidés à mettre au point cette édition. Les noms des auteurs qui y ont contribué se trouvent dans la table des matières. La place impartie ne nous permet pas de citer tous ceux qui ont participé aux éditions précédentes, ni les nombreux membres du Département qui ont revu les manuscrits et dont nous avons grandement apprécié la contribution. Nous sommes reconnaissants de leur aide pour le secrétariat à Mesdemoiselles Anita LaTurno, Jane Akes, Karen Shimkus et Lynne Crnkovich. Enfin, nous remercions MM. Fred Belliveau et Robert M. Davis, de Little, Brown & Co, pour leurs directives et leur compréhension, indispensables à la réalisation d'une telle entreprise.

N.V.C.
W.M.T.
St-Louis

SOMMAIRE

Introduction

Préface de la 22^e édition américaine

1 Principes généraux de soins	Nicolas V. Costrini, M.D., Ph.D. Edward C. Kauffman, M.D.	1
2 Perturbations hydro-électriques	Herschel R. Harter, M.D.	27
3 Maladies rénales	Kevin J. Martin, M.D.	49
4 Insuffisances coronariennes et rhumatisme articulaire aigu	James W. Mimbs, M.D. Robert Roberts, M.D.	71
5 Insuffisance cardiaque congestive	Edward S. Weiss, M.D. Alan N. Weiss, M.D.	91
6 Troubles du rythme cardiaque	Robert E. Kleiger, M.D.	113
7 Hypertension artérielle	Philip E. Cryer, M.D.	141
8 Insuffisance respiratoire aiguë	Rafael J. Rodriguez, M.D. Stephen S. Lefrak, M.D.	151
9 Affections bronchopulmonaires	John A. Wood, M.D.	169
10 Antibiotiques et maladies infectieuses	Donald K. King, M.D. Lawrence D. Gelb, M.D.	187
11 Affections hépatiques	Robert P. Perrillo, M.D.	235
12 Hémorragie digestive	Gary R. Zuckerman, D.O.	247
13 Pathologie gastro-intestinale	David M. Margolis, M.D.	253
14 Anémies	Scot G. Hickman, M.D.	265
15 Maladies de l'hémostase	John W. Burch, M.D.	283
16 Chimiothérapie des maladies malignes	Geoffrey P. Herzig, M.D.	301

Sommaire		X
17 Maladies de la thyroïde	Laurence S. Jacobs, M.D.	315
18 Anomalies phosphocalciques et maladies osseuses métaboliques	Theodore J. Hahn, M.D.	327
19 Diabète sucré et hyperlipidémie	Julio V. Santiago, M.D. Joseph L. Witztum, M.D.	341
20 Rhumatologie	Bevra H. Hahn, M.D.	373
21 Urgences en neurologie	Naren B. Sodha, M.D.	401
22 Urgences médicales	William M. Thomson, M.D.	421
Annexes		
— Nomogramme pour le calcul de la surface corporelle		437
— Principales constantes biologiques et leur conversion en unités de mesure du système international		439
Index		443

de 4 ml d'éllixir parégorique lors de chaque alimentation empêchera souvent la diarrhée.

3 — Déshydratation. Hyperazotémie et hypernatrémie. Ces désordres peuvent faire suite à une charge sodée excessive ou à des apports d'eau inadaptés (voir chap. 2, IV.E). La quantité d'eau nécessaire dépend du catabolisme azoté, des pertes d'eau et de l'état de la fonction rénale : 2 000-2 500 ml par jour (y compris le volume contenu dans la sonde et l'eau additionnelle) constituent un apport suffisant, si le mélange contient moins de 100 g de protides, de 10 g de sel et de 2 500 calories.

IV — TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

A — GÉNÉRALITÉS. Une défécation physiologique est préférable à l'usage de laxatifs. L'activité physique, une alimentation adaptée en fibres végétales, des stimulants du réflexe gastrocolique (café, eau chaude), des habitudes régulières d'exonération doivent être recommandés. Les chaises percées seront préférées au bassin.

Il faut rappeler que la constipation peut n'être que le symptôme d'une affection organique sous-jacente. Si les mesures citées sont inefficaces, lavements et/ou laxatifs peuvent devenir nécessaires. Les laxatifs agissent soit en augmentant l'humidité et le volume des selles, soit en les lubrifiant, voire en stimulant la motricité intestinale.

L'usage chronique des laxatifs est contre-indiqué. L'abus de laxatifs énergiques peut entraîner : (a) une perte fécale exagérée d'eau, de sel et de potassium, avec parfois une déplétion volumique suffisante pour provoquer un hyperaldostérionisme secondaire et une alcalose hypokaliémique; (b) une colite qui peut cliniquement et radiologiquement passer pour une colite ulcéreuse.

B — LAXATIFS. Ils sont utilisés : (1) pour prévenir la survenue d'une constipation due à une immobilisation prolongée (en particulier chez les sujets âgés) ou à l'usage de médicaments ou de substances constipantes (tel le baryum utilisé pour les radios digestives); (2) pour empêcher les efforts de défécation particulièrement chez les cardiaques; (3) pour éviter la dessiccation des selles chez les sujets atteints d'hémorroïdes ou de fissure anale.

1 — Les contre-indications des laxatifs : douleur abdominale d'origine indéfinie, occlusion intestinale, constipation chronique, allergie. La fréquence de l'allergie à la phénolphtaléine peut être estimée à 5-7 %.

2 — Médicaments

a - Laxatifs émoullients :

- **L'huile de paraffine** lubrifie les selles et n'est pas absorbée. Une utilisation régulière peut empêcher l'absorption du carotène et des vitamines liposolubles. L'huile de paraffine est déconseillée chez les sujets âgés, débilités ou dysphagiques, car son aspiration peut entraîner une pneumonie lipidique.

- **Le dioctylsulfosuccinate de sodium ou de calcium** (posologie : 15 à 45 ml per os, de préférence au coucher) sont des agents mouillants qui ramollissent les selles en facilitant la pénétration de l'eau et des graisses. Ces produits favorisant l'absorption intestinale de l'huile de paraffine, l'association de ces deux types de laxatifs doit être proscrite.

b - Les laxatifs agissant par effet de masse augmentent le contenu hydrophile et le volume des selles et stimulent de ce fait le péristaltisme. Ils