

faites, à l'Hôpital d'Instruction militaire de Mexico, et sur plusieurs précautions qui doivent être prises pour assurer le succès de ce procédé.

Ces précautions consistent dans le choix du siège de l'injection. Ainsi, au lieu de faire l'injection à côté de la ligne médiane et d'introduire l'aiguille obliquement en avant et en dedans, en traversant la peau, le tissu cellulaire, les muscles, les cartilages et ligaments, elle est introduite exactement sur la ligne médiane en bas de l'apophyse épineuse de la troisième ou quatrième vertèbre lombaire ou même en bas de la première ou deuxième.

Ici, l'aiguille n'a qu'à traverser perpendiculairement la peau, le tissu cellulaire et les ligaments directement dans le canal par la partie la plus large de l'espace intervertébrale, dans l'autre cas l'aiguille pénètre obliquement.

Il arrive quelquefois que l'aiguille devient obstruée par les tissus ou par le sang, et dans ce cas il n'y a pas d'écoulement du liquide céphalorachidien, ce qui empêche le chirurgien de savoir si l'aiguille est rendue dans le canal, parcequ'il faut être certain que l'aiguille y est avant de faire l'injection. Pour éviter ceci, l'aiguille est introduite rapidement à travers les tissus munie d'un mandrin en fil de fer dont le bout ne doit pas faire projection et qui est retiré aussitôt qu'il est dans le canal ; si même avec ce moyen le liquide ne vient pas, il peut être retiré au moyen d'une seringue. Le passage d'un liquide transparent démontre que l'aiguille est rendue dans l'espace sousarachnoïdien.

Le malade doit être placé dans une position convenable et le chirurgien doit faire l'asepsie de la région lombaire, de ses instruments et de ses mains.

On voit par le rapport qui accompagne cette étude que la dose de cocaïne employée était de 2 centigrammes dans 155 des