gencive, en suivant les mêmes règles que pour le côté externe et en n'oubliant pas surtout l'injection dans le sillon alvéolo-dentaire. Toutes ces manoeuvres auront lieu le malade étant couché; on ne le priera de s'asseoir qu'au moment même de l'extraction.

A côté de l'anesthésie locale proprement dite, où la stovaïne est injectée là où devra porter l'instrument tranchant, se place une autre méthode, qui la complète et qui n'en est, d'ailleurs, qu'une application étendue; nous voulons parler de l'*anesthésie régionale*. Celle-ci consiste à insensibiliser une région en atteignant les nerfs qui se rendent à cette région. Injecter de la stovaïne sur le passage de ces nerfs, c'est réaliser leur *section physiologique* et obtenir les mêmes effets, mais momentanés, que ceux que produirait leur section anatomique.

Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'*opérer un ongle incarné*. A la base même de l'orteil, non plus dans la peau, mais sous la peau, en plein tissu cellulaire, lâche sur la face dorsale, dense et résistant sur les faces latérales et surtout sur la face plantaire, on injecte *lentement*, et en commençant par un point quelconque de la périphérie de l'orteil, le contenu d'une seringue pleine, en ayant soin de pousser l'aiguille en même temps que le piston de la seringue. Comme l'injection n'est pas faite dans le derme, la peau n'est pas anesthésiée sur l'instant. Elle ne le sera qu'au bout d'un certain temps — temps assez court d'ailleurs — par imbibition de la profondeur vers la superficie. La seringue étant vidée, on laisse l'aiguille en place, on recharge la seringue et l'on pousse une nouvelle injection devant soi. Lorsque tout un côté du contour quadrilatère de l'orteil a été ainsi imbibé de stovaïne, on procède, par continuité, à l'anesthésie du côté suivant, jusqu'à ce que l'on ait tracé, en fin de compte, une véritable *bague anesthésique* à sa base. En procédant avec une sage lenteur, en laissant à la stovaïne le temps de se diffuser, et en ayant bien soin de n'enfoncer l'aiguille qu'en territoire préalablement insensibilisé, on ne doit laisser sentir au malade que la seule piqûre initiale.

Cinq ou six seringues d'un centimètre cube chacune suffisent amplement pour anesthésier un gros orteil. Celui-ci se tuméfie et bleuit, en même temps qu'il devient le siège de sensations de fourmillement d'abord, d'engourdissement ensuite, qu'accuse le malade et qui indiquent que l'effet désiré est obtenu. L'orteil est alors comme frappé de mort dans sa totalité, et le chirurgien pourra y tailler à sa guise sans que l'opéré éprouve la moindre sensation désagréable. Pour plus de sûreté, on peut, avant d'injecter la stovaïne, *mettre un lien un peu serré à la base de l'orteil*: la circulation veineuse est ainsi entravée et la stovaïne, retenue en amont de la ligature, voit son action devenir plus efficace et, surtout, plus durable.

Ce qui est vrai pour un orteil s'applique point par point aux doigts, et ainsi deviennent justiciables de l'anesthésie régionale: les ongles incarnés, les exostoses sous-unguéales, les orteils en marteau, les panaris, les corps étrangers des doigts, les désarticulations de phalanges, etc. Nous avons pu, il y a peu de temps encore, procéder, chez un garçon de sept ans, à l'ablation d'une volumineuse exostose sous-unguéale du gros orteil, sans que l'enfant se fût départi un seul instant d'une sérénité parfaite.

Appliquée à la *circoncision*, l'anesthésie régionale se réalise au moyen d'injections sous-cutanées, faites à la base de la verge. Le tissu cellulaire étant ici très lâche on voit se produire un bourrelet d'oedème volumineux; sept à huit seringues sont nécessaires. De plus, étant donnée l'innervation un peu spéciale du gland et du frein préputial, et la sensibilité exquise qui en résulte pour ces organes, il est indispensable, une fois terminée l'injection à la base du fourreau, de verser quelques centimètres cubes de la solution de stovaïne dans le sac préputial maintenu béant et vertical par l'aide et, surtout, d'injecter un demi-centimètre cube dans l'épaisseur même du frein, presque toujours court et haut inséré en cas de phimosis. Grâce à ce que l'on n'a pas injecté la stovaïne dans l'épaisseur même du prépuce, celui-ci n'est ni infiltré, ni déformé; sa section par delà le sommet du gland est nette, et la circoncision ainsi pratiquée satisfait aux conditions voulues d'esthétique.

S'agit-il maintenant de réséquer un *scrotum* atteint de varicocèle ? Le malade étant couché, on refoule les testicules vers le périnée et l'on applique au-dessus d'eux une grande pince-clamp courbe qu'on peut serrer sans provoquer de douleur. Toute la portion de scrotum qui se trouve au-delà de la pince est à réséquer, et nous allons nous comporter vis-à-vis d'elle exactement comme à l'égard d'un doigt ou d'un orteil, c'est-à-dire, que nous aurons recours à l'anesthésie régionale. Au ras de la pince, à la base de cette portion libre du scrotum, nous injecterons, autant que possible dans le derme, la stovaïne, de façon à en faire tout le tour. Puis, nous pousserons le contenu de deux ou trois seringues dans l'épaisseur du tissu cellulaire où rampent vaisseaux et nerfs. Et ainsi, nous aurons réalisé la section physiologique de cette portion — moitié ou davantage du scrotum entier — en attendant que nous en pratiquions la section réelle, anatomique, suivie de ligatures et de suture.

Telles sont, brièvement énoncées, les règles fondamentales de l'anesthésie locale proprement dite et de l'anesthésie régionale. Celle-ci n'est, en définitive, qu'une extension de celle-là. Nous en avons assez dit pour montrer combien la méthode est précieuse, quelle sécurité elle confère et, partant, quels services elle peut rendre et à l'opéré et à l'opérateur. Et dans la pratique journalière de la chirurgie, sa place est marquée, plus grande que celle qu'on semble lui avoir assignée jusqu'ici.

(*Ex. Journ. de Méd. et Chir. Pratiques, Paris.*)