

la réponse était formelle: le malade devait être couché pendant et après l'injection. Avec la stovaïne, cette règle n'est pas aussi inflexible, car la position assise ne présente plus les mêmes inconvénients (tendance à la syncope). C'est dire qu'on donnera à l'opéré la position que l'on jugera commode au point de vue de l'intervention.

La région opératoire étant convenablement nettoyée, le chirurgien, qui tient de la main droite la seringue chargée de stovaïne et armée d'une aiguille dont il aura, au préalable, vérifié la perméabilité — ce qui aura permis, du même coup, de chasser les quelques bulles d'air — étale avec le pouce et l'index de la main gauche la peau du malade et, d'un coup sec, y enfonce l'aiguille, non pas verticalement, mais très obliquement, presque parallèlement à la surface de l'épiderme, car il s'agit de pénétrer, non point sous la peau, c'est-à-dire dans le tissu cellulaire, mais dans l'épaisseur même de la peau, en plein derme. C'est là un des points capitaux de la stovaïnisation locale. On saura que l'on est dans le derme d'abord à la résistance éprouvée, ensuite et surtout à l'apparition au niveau du point injecté, d'une boursoufflure blanchâtre, piquetée comme une peau d'orange, et comparable, à la coloration près, à une plaque d'urticaire. A mesure qu'on injecte la stovaïne, l'aiguille est enfoncée devant soi, dans le derme, et la boursoufflure s'étend dans le même sens. Avec le contenu d'une seringue, on peut produire une boursoufflure large d'un centimètre, longue d'un à deux centimètres. D'un coup sec, on retire alors l'aiguille et la seringue; on recharge celle-ci et l'on enfonce de nouveau l'aiguille dans la partie terminale de la boursoufflure, en plein dans celle-ci, pour que cette deuxième piqûre, faite en territoire déjà anesthésié, ne soit pas sentie. On répète ensuite la même manoeuvre que précédemment jusqu'à ce que l'on ait obtenu une ligne d'anesthésie de longueur suffisante; et, si les règles que nous venons d'énoncer ont été bien observées, le malade ne doit avoir senti qu'une seule piqûre, la première, dont il aura d'ailleurs été prévenu.

On se trouve alors en présence d'un bourrelet blanchâtre qui bientôt va rougir, mais qui n'en restera pas moins nettement visible, à cause de sa couleur qui tranche sur celle des téguments voisins et à cause de la rangée de petits points hémorragiques dus aux nombreuses piqûres. Cette rangée, qui se trouve dans l'axe même de la ligne de stovaïnisation, servira de point de repère et le bistouri devra tout à l'heure l'épouser.

Il s'agit ensuite, d'anesthésier le tissu cellulaire, peu sensible du reste. Pour cela, l'aiguille est enfoncée à travers le bourrelet cutané et ira déverser son contenu dans le tissu cellulaire, sur toute l'étendue de ce bourrelet. A cause de la diffusibilité plus grande du liquide à ce niveau, la zone de tissu cellulaire insensibilisée est toujours plus étendue que la zone cutanée proprement dite.

L'anesthésie survient très rapidement. A la rigueur dès que la dernière injection a été faite, on pourrait prendre en main le bistouri dont la lame ne devra pas s'écarter des limites du bourrelet. Mieux vaut cependant attendre quelques minutes et profiter de ce petit instant de répit pour "passer" la région opératoire à l'alcool et à l'éther.

Voilà, sommairement décrite, la technique de l'anesthésie de la peau et du tissu cellulaire pour une ligne d'incision unique, droite ou courbe. Voyons maintenant l'application de la méthode à un cas typique tel que l'ablation d'une loupe ou d'un lipome. Le tracé anesthésique sera une circonférence inscrivante, à son intérieur, la base de la tumeur et à travers laquelle l'aiguille ira déverser une certaine quantité de stovaïne dans le tissu cellulaire sous-cutané recouvrant la tumeur, à moins que celle-ci n'adhère à la peau, auquel cas le simple tracé circonferentiel suffit. Tout ce qui se trouve à l'intérieur de cette circonférence: peau, tissu cellulaire et face superficielle de la tumeur, sera alors anesthésié; mais la tumeur reçoit des nerfs également par sa face profonde, et il importe que ces nerfs soient stovaïnisés à leur tour. Pour cela, enfonçant l'aiguille, et dans le sens d'un rayon, on ira sous la face profonde de la tumeur — que nous supposons nettement circonscrite — et en ses quatre points cardinaux, injecter le contenu de deux ou trois seringues, selon les dimensions de la masse à enlever. Cela fait, le lipome se trouvera baigner dans la stovaïne par ses deux faces, et il sera, dès lors, facile d'inciser la peau, en diamètre ou en demi-circonférence, de disséquer la tumeur et de l'extirper, sans que le malade souffre.

Avec des variantes dans le détail desquelles nous ne pouvons pas entrer, mais qui se réduisent toujours à ces règles fondamentales, on peut arriver à pratiquer sans douleur nombre d'opérations bien réglées d'avance et bien limitées dans leur territoire: ablations de tumeurs cutanées et sous-cutanées, extraction de corps étrangers, excision de petites plaques de lupus ou de cancroïdes, résection partielle d'une saphène dilatée ou de paquets variqueux, etc., sans compter les extractions dentaires qui sont un des triomphes de l'anesthésie locale.

Pour ces dernières, il convient d'abord d'atténuer la douleur de la piqûre en anesthésiant la muqueuse de la gencive au niveau de la dent malade. Ce résultat s'obtient par l'application en cet endroit d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé de stovaïne et que l'on maintiendra en place pendant quelques minutes. Cela fait, on enfonce l'aiguille dans l'épaisseur de la gencive, de haut en bas pour la mâchoire inférieure, de bas en haut pour la mâchoire supérieure, et parallèlement à la surface de la dent. L'injection sera poussée lentement, à cause de la résistance éprouvée. Sous l'action de la distension produite par la stovaïne, la gencive blanchit et devient plus ferme. Une fois tout de côté externe de la gencive insensibilisé — et une seringue est, pour cela, plus que suffisante — on retire l'aiguille, on recharge la seringue et l'on enfonce l'aiguille verticalement dans le sillon alvéolo-dentaire. Cette manoeuvre est capitale, car c'est là que va pénétrer tout à l'heure le mors du davier pour opérer la luxation de la dent. L'aiguille ira jusqu'au fond de l'alvéole, et la stovaïne sera injectée à mesure.

Ce premier temps terminé, on injectera de la stovaïne dans l'intervalle qui sépare la dent à arracher des deux dents voisines, puis l'on anesthésiera le côté interne de la