

pelvienne, inflammation qui amène à son tour l'adhérence de la membrane du sac au tissu environnant. L'enlèvement de ce sac devient alors plus difficile et plus dangereux, alors que, fait plus à bonne heure, il aurait offert moins de dangers pour la malade et plus de chance de retour à la santé. Tous ceux qui ont déjà enlevé de ces vieux sacs à parois adhérentes connaissent les difficultés et les dangers d'une telle opération, ainsi que les accidents post-opératoires que l'on voit assez souvent survenir après la guérison de la plaie abdominale. Combien de fois n'avons-nous pas à ouvrir une seconde et une troisième fois le ventre pour y drainer une nouvelle collection de pus produite par un vieux foyer infectieux laissé en arrière ! Car, même lorsque l'on enlève avec le plus grand soin ces vieilles collections purulentes, on n'est jamais sûr que chaque particule du sac infecté a été enlevée.

"Les collections purulentes chroniques dans le petit bassin portent avec elles un risque de mort même dans leurs effets les plus éloignés. L'état local peut créer comparativement peu de douleur locale et peu de trouble. Il peut se faire que la patiente soit exempte de tout désordre pelvien au point d'amener son médecin à un diagnostic erroné. La formation du pus et son absorption peuvent se faire d'une manière tellement passive que l'on soit porté à rapporter les symptômes du cas à un état pathologique général, tel que l'anémie, la chlorose, la malaria ou la fièvre typhoïde. J'ai opéré une fois une patiente qui avait été traitée pendant des semaines pour la fièvre typhoïde; comme la malade ne mourait pas et ne guérissait pas non plus, un nouveau médecin et un nouveau diagnostic firent découvrir une large collection purulente du petit bassin. L'opérée se rétablit rapidement une fois le sac de pus enlevé. Les effets éloignés du pus sont presque aussi pernicioeux que ses effets immédiats. La différence dans les résultats est basée sur la rapidité et la violence avec lesquelles les symptômes, dans ce dernier cas, s'établissent, terrassant souvent la malade par la force soudaine de l'action inflammatoire ou septique, tandis que dans le premier cas les altérations chroniques du sang et les troubles nutritifs du cœur, des reins et des autres organes sont les indices les plus habituels de l'absorption du pus."

LE GAIACOL ET LA COCAÏNE EN CHIRURGIE, communication de M. le Dr Paul Reclus à l'Académie de Médecine, séance du 19 mai. — *Bulletin Médical*, vol. X, No 41.

On se rappelle qu'au mois de juillet dernier, Lucas-Championnière avait communiqué à l'Académie le résultat de recherches personnelles faites avec M. André, pharmacien, sur les propriétés du gaïacol employé comme analgésique local. Il en était arrivé à conclure que l'action analgésique du gaïacol est aussi puissante que celle de la cocaïne, qu'elle est plus générale en ce qu'elle se fait sentir sur les tissus enflammés, et qu'enfin l'emploi du gaïacol est sans danger.

Le Dr Paul Reclus a expérimenté les deux médicaments dans son service, dans un certain nombre d'opérations où il anesthésiait la moitié du champ opératoire à la cocaïne, et la moitié au gaïacol.

Voici le résumé des principales observations du Dr Reclus.

Obs. I.—Circoncision chez un adulte pour phimosis congénital. Injection dans la région dorsale du prépuce d'huile gaïacolée à 5 0/0. Après dix minutes, incision avec les ciseaux. Douleurs assez vives. Anesthésie à la cocaïne du raphé, de l'insertion du frein et des lambeaux. Après cinq minutes, incision aux ciseaux. Aucune souffrance.

Obs. II.—Extirpation de la veine saphène pour ulcère variqueux. La ligne d'incision, sur le trajet de la veine, est anesthésiée, sur une longueur de deux pouces et demi, avec une solution de cocaïne au centième, et ensuite, sur la même longueur, avec de l'huile gaïacolée à 5 0/0. Au bout de cinq minutes pour la région cocaïnisée et de sept minutes pour la région gaïacolée, incision au bistouri. Douleur très vive dans celle-ci, absolument nulle dans celle-là.