sable et doit être de plus longue durée dès qu'il s'agit d'anesthésie régionale, par exemple de la bague anesthésique à la base d'un doigt, d'un orteil ou de la verge.

Mais pour avantageuse que soit la vaso-constriction de l'adrénaline, elle n'en présente pas moins un petit inconvénient, c'est celui de menacer la vitalité des tissus. Aussi, lorsqu'on opère dans des régions où les conditions anatomiques font que cette vitalité laisse quelque peu à désirer, par exemple au niveau des orteils, il y a intérêt à réduire au minimum la quantité de solution injectée, sous peine de voir survenir des accidents de mortification. Et puis-que j'ai pris comme exemple le gros orteil, où les opérations pour ongle incarné sont si fréquentes, je dirai qu'il est prudent de ne pas injecter plus de quatre seringues pour faire la bague anesthésique à sa base. A la condition d'attendre assez longtemps, c'est-à-dire de huit à dix minutes, et davantage s'il le faut, l'analgésie sera parfaite. Ces dix minutes seront d'ailleurs mises à profit par l'opérateur pour parfaire le nettoyage de ses mains et réaliser l'asepsie du futur champ opératoire. Quel que soit le temps écoulé, on ne commencera l'acte opératoire qu'après s'être assuré par une exploration attentive que l'analgésie est pleine et entière.

L'adrénaline présente un deuxième avantage, et c'est celui d'être un *tonique du cœur*. Chez les malades dont l'état général est précaire, dans les hernies étranglées, les occlusions intestinales, les péritonites de causes diverses, etc., on voit cet état général se modifier heureusement sous l'influence des injections d'adrénaline, et ces modifications s'observent plus particulièrement du côté du poulx.

Enfin, l'adrénaline est *hémostatique* et permet d'opérer dans des tissus à peu près complètement exsangues. Plus d'un détail anatomique devient ainsi nettement visible, et l'opération sur le vivant rappelle alors la démonstration à l'amphithéâtre. Quant aux vaisseaux d'un certain calibre, ils continuent à saigner et doivent être pincés et liés ; ainsi disparaît tout danger d'hémorragie secondaire au moment où cesse la vaso-constriction de l'adrénaline.

Le mélange de novocaïne et d'adrénaline doit être fait *extemporanément*, c'est-à-dire au moment même de l'acte opératoire (1).

(1) Pratiquement, le mieux est d'avoir à sa disposition des ampoules d'adrénaline au millième dont le nombre de gouttes est connu d'avance. On aura, d'autre part, une solution stérilisée de novocaïne dont la quantité correspond à la quantité d'adrénaline, soit quatre fois plus de centimètres cubes de la solution novocaïnique que de gouttes de solution adrénalinée. Exemple : une ampoule de 20 gouttes d'adrénaline sera versée dans $4 \times 20 = 80$ cent. cubes de solution de novocaïne dans du sérum physiologique.