

dans les formes *algides*, prolongées de choléra) injection succédant à une saignée, me paraît devoir être, dans le cas de submersion ayant provoqué de la congestion pulmonaire *a frigore* avec arrêt du cœur, le dernier moyen à tenter pour aider au rétablissement de la circulation. Le rêve sera d'avoir alors sous la main de quoi faire cette injection chaude intra-veineuse. Le laboratoire pourra seul nous dire le bien fondé de cette vue théorique à expérimenter sur des animaux.

En présence de cas absolument désespérés de coup de chaleur et de coup de froid, la compression rythmée du cœur, sur laquelle Tuffier a appelé l'attention de la Société de chirurgie le 2 novembre dernier, devrait enfin être mise à contribution, pour réveiller la contractilité cardiaque.

En face d'une syncope avec état de mort apparente, chez un homme qu'il avait opéré d'appendicite aiguë 4 jours auparavant, Tuffier vit échouer le traitement habituel. C'est alors qu'il fendit le 3^e espace intercostal, décolla la péricardite, et, après avoir saisi la masse ventriculaire entre le pouce et l'index, il pratiqua sur elle 60 à 80 compressions rythmées par minute. Les pulsations des artères devinrent perceptibles, et le patient ouvrit les yeux ; mais, au bout de 2 à 3 minutes, le pouls s'arrêta, et ne reprit que sous l'influence de nouvelles compressions rythmées ; ce résultat ne fut, d'ailleurs, que de courte durée, et malgré un troisième essai, il fut impossible à l'opérateur de rappeler le malade à la vie.

Ces jours derniers j'avais l'occasion de voir sur le vivant le résultat de l'acte opératoire en lui-même.

Un jeune soldat venait de subir la résection de la partie antérieure de la 4^e côte et d'une portion de son prolongement cartilagineux, dont la carie avait déterminé un volumineux abcès semi chaud avec prolongement dans le médiastin, formant collerette extérieure et intérieure à la côte. La pulpe de l'index plongé dans la cavité cureté, reposait alors sur le péricarde décollé, épaissi, et sentait ses mouvements et ses ondulations isochrones avec les contractions du cœur.

N'est-ce pas cette même voie que le professeur Delorme conseille de suivre pour le traitement chirurgical de la symphyse cardio-péricardite ? (*Bulletin médical*, 30 octobre 1898.

A l'autopsie du malade de Tuffier on peut constater qu'il y avait un caillot dans la branche gauche de l'artère pulmonaire.

Ce caillot n'a jamais été signalé, lors des autopsies de l'homme et des animaux ayant succombé aux accidents soit du coup de froid, soit du coup de chaleur : seule la stase circulatoire asphyxique du poumon et du cerveau a été constamment notée.

C'est le *primum movens* de cette stase, qui aura déjà produit la mort apparente, que la thérapeutique doit apporter au plus tôt.

Elle le donnera soit indirectement, sous forme de violents massages d'appel, de respiration artificielle, de traction rythmée de la langue et de saignée surtout, qui soustraie ainsi rapidement à l'organisme du sang devenu solution de poison ; soit, directement, par la pression digitale, véritable coup de pince à la circulation absente, faite dans le 3^e espace intercostal gauche sur le cœur lui-même.

(*Revue médicale de l'Est*.)

De la dilatation anale dans les affections douloureuses de l'urètre et de la vessie

Par A. GUÉPIN.

Sans rechercher aujourd'hui les raisons anatomiques et physiologiques du fait en lui-même, il est facile de se convaincre que chez l'homme, à l'état normal, les contractions des sphincters anal et urétraux sont ordinairement synergiques. On comprend alors avec plus de facilité comment le spasme habituel du sphincter de l'anus peut entretenir un phénomène de nature identique du côté de l'urètre et de la vessie et inversement, comment la contracture des voies urinaires inférieures retentit sur la portion terminale du gros

intestin, et entraîne le spasme qui vient compliquer de ses conséquences propres la situation pénible des malades.

I. — La contracture du sphincter anal provoque donc et entretient un état spasmodique de l'urètre et de la vessie, se traduisant par des mictions fréquentes, difficiles, pénibles parfois jusqu'à la douleur. Cette *excitation vesico urétrale* qui accompagne souvent les affections inflammatoires (cystites) et qui a été confondue avec elles, opinion dont notre collègue P. de Grandcourt a autrefois fait justice, peut aller jusqu'à la rétention d'urine, surtout lorsque le col vésical est déplacé par une augmentation de volume de la prostate passagère ou définitive. Le cathétérisme, alors urgent, est douloureux, accompagné de petites hémorragies de nature congestive ; souvent il est difficile et même quelquefois temporairement impossible. Il démontrerait au besoin la réalité de l'existence du spasme urétral. Chez tous les sujets atteints de fissure à l'anus, de la variété dite intolérante, d'hémorroïdes au moment des poussées de congestion locale, ou qui ont subi certaines interventions chirurgicales portant sur le voisinage de l'orifice anal et laissant à leur suite une irritation plus ou moins persistante, se montre l'excitation vésico-urétrale avec ou sans rétention d'urine et cette dernière, lorsqu'elle se rencontre, revêt alors la forme douloureuse. La connaissance des lois générales des réflexes urinaires faisait prévoir cette complication. Mais ce qui peut être observé à des degrés divers dans des circonstances ordinaires prend, bien entendu, chez les malades spéciaux que seuls vise ma courte description, un intérêt de première importance.

Permettez-moi de ne vous citer, et très rapidement, qu'une observation récente. Un homme de 45 ans, que je vois régulièrement depuis des années, sans autre cause appréciable qu'une neurasthénie peu accusée, souffre par moments de crises d'excitation vésico-urétrale. Le passage d'une bougie molle n° 21, d'abord très difficile, a seul donné de bons résultats. Le toucher rectal, pendant les crises, dénotait la contracture du sphincter avec constipation tenace et petites hémorroïdes externes turgescents.

Or, vers le milieu de 1898, apparaissent les douleurs caractéristiques d'une fissure ; les troubles urinaires prennent une grande acuité et les cathétérismes jadis efficaces restent désormais sans effet. J'examine ; je découvre la fissure ; et, quelques jours après, je fais la dilatation forcée de l'anus sous le chloroforme. Le soir même de l'intervention, le malade, très soulagé, n'urine plus que toutes les trois ou quatre heures, sans efforts, et sans souffrances. Cette amélioration considérable se maintient encore ; plus n'est besoin d'avoir recours à la bougie urétrale et la fissure n'a jamais reparu. Je n'insiste pas ; il y a trop longtemps que de tels faits sont connus.

II. — Les affections très douloureuses de l'urètre et de la vessie, qu'il y ait ou non des lésions constituées, affections dont le spasme vésico-urétral fait partie intégrante, sont accompagnées de contracture anale avec toutes ses complications. Comme dans le cas précédent, il semble qu'il y ait entre les deux appareils musculaires un échange réciproque de mauvais procédés.

MAISONNEUVE avait noté ces rapports et, de propos délibéré, il pratiquait la dilatation forcée de l'anus à ses prostatiques, pour espacer leurs besoins d'uriner et rendre leurs mictions plus faciles. A cette époque, on entendait par prostatiques, conservant à ce terme son sens le plus général, tous les malades atteints de prostatomégalie et souffrant des troubles urinaires qui en résultent ; c'étaient des prostatites chroniques, des hypertrophies séniles, des cancers de la prostate, ayant de commun un symptôme physique essentiel : la prostatomégalie est un syndrome fonctionnel dont parfois la terrifiante acuité et la ténacité désolante justifient les plus sérieuses interventions opératoires : l'excitation vésico-urétrale, le spasme douloureux de l'urètre et de la vessie. A l'exemple de Maisonneuve, les chirurgiens de son époque, surtout lorsqu'ils n'opéraient point, attachaient à la thérapeutique " rectale " pour ainsi