

compression extrinsèque du canal. Au reste, l'étude des antécédents et l'exploration locale nous permettaient d'écarter l'idée d'un épanchement de sang dans le périnée ou d'une fracture du bassin susceptible, par le déplacement de ses fragments, de dévier ou de comprimer l'urètre. Aucune tumeur pelvienne, aucune tumeur du rectum ne pouvaient non plus être mises en cause. La prostate, qu'il faut toujours explorer soigneusement en pareille circonstance, était légèrement hypertrophiée chez l'un de nos malades; mais cette hypertrophie, plus facile à découvrir par le toucher rectal que par le cathétérisme, n'opposait aucune difficulté à l'introduction de la sonde. Elle ne pouvait davantage empêcher l'évacuation de la vessie, et, pas plus que les causes précédemment passées en revue, elle ne saurait entrer en ligne de compte dans la pathogénie de la rétention. Il nous faut, vous le voyez, exclure encore de la classe des rétentions d'ordre mécanique les faits que je vous ai rapportés.

Nos quatre malades sont des blessés ou des opérés, tous présentent un point de ressemblance qui domine leur histoire et a précédé le trouble de la fonction urinaire, et ce point, c'est le traumatisme: une fracture de cuisse et l'opération de la fistule anale, chez nos deux malades; une fracture de jambe et l'ablation d'un kyste du poignet, chez ceux de M. Gervais. Ces traumatismes suffisent-ils à expliquer la rétention d'urine et pouvons-nous dire qu'il s'agit ici de rétention d'urine de cause traumatique? Je n'hésite pas à répondre affirmativement. Cette opinion n'a rien d'ailleurs qui puisse blesser la tradition, un certain nombre d'auteurs ayant déjà décrit cette variété de rétention. Bien que son histoire soit encore incomplète, il existe sur le sujet des documents multiples que je crois de nature à vous intéresser. Permettez-moi de vous en donner un rapide aperçu.

C'est Hippocrate qui, le premier, a signalé la rétention d'urine à la suite d'un traumatisme, mais seulement dans les luxations ilio-pubiennes de la cuisse. Il l'expliquait par une compression du canal par la tête fémorale déplacée. Cette explication, que reproduisirent après lui la plupart des auteurs jusqu'à nos contemporains: Vidal, Follin, Malgaigne, etc., ne saurait être appliquée à tous les cas. Si l'on a observé, comme dans le fait de Paletta, la rétention d'urine chez un blessé dont la luxation n'avait pas été réduite, A. Cooper a cité un malade qui n'a vu survenir cette rétention que deux jours après la réduction de sa luxation. Des cas analogues ont été rapportés par Larrey, Travers, Roux, et expliqués, comme au temps d'Hippocrate, par le mécanisme de compression directe dont je vous parlais tout à l'heure, et cependant il est bien évident que le fait de A. Cooper échappe à cette interprétation.

Diard, dans une thèse sur les *accidents inflammatoires consécutifs aux opérations chirurgicales*, cite la rétention d'urine comme pouvant exister après les grandes opérations, mais surtout les opérations sur le périnée. Planque, soixante ans auparavant, avait observé la même complication à la suite d'un coup de feu à travers l'os iliaque, sans qu'il existât aucune lésion matérielle du côté du système urinaire. Basset, en 1860, relate, dans sa thèse inaugurale, des cas de rétention d'urine et d'ischurie consécutives à des opérations sur l'anus (hémorroïdes,