

forme le 4 février, était constituée par une poche remplie de liquide filant et ambré. Elle présentait des prolongements nombreux qui rendirent sa dissection assez laborieuse et firent durer l'opération trente-cinq à quarante minutes. Pas d'autres suites dignes d'être relatées, qu'une rétention d'urine survenue au bout de neuf jours et qui pendant trois jours obligea de sonder la malade matin et soir. A partir de ce moment, la miction reprit pour toujours ses caractères physiologiques.

Le second malade de M. Gervais est un homme de quarante-huit ans, apporté le 4 avril au soir à l'hôpital pour une fracture de jambe. Placé immédiatement dans un appareil de Scultet, le blessé se plaignit le lendemain de n'avoir pu uriner depuis le moment de sa chute. Une sonde de moyen calibre, introduite sans difficulté dans la vessie, ramène un litre d'urine chargée et foncée, mais ne fait découvrir aucun rétrécissement urétral, aucune trace d'inflammation vésicale. Aujourd'hui, 6 avril, la rétention persiste encore et nécessite matin et soir le cathétérisme évacuateur. Chez ce malade, non plus que chez l'autre, on ne trouve aucun antécédent pathologique du côté des organes urinaires.

Vous le voyez, messieurs, chez ces quatre blessés, que leur blessure ait été accidentelle ou opératoire, nous retrouvons un phénomène facile à caractériser : la rétention d'urine. Le malade se plaint de ne pouvoir uriner, on le sonde facilement et l'on retire de la vessie une quantité plus ou moins abondante d'urine, dont l'évacuation fait cesser tous les symptômes de la distension vésicale. Ce simple fait vous empêchera de songer à l'anurie traumatique, puisque celle-ci consiste dans la suppression de la sécrétion urinaire et dans l'absence d'urine dans la vessie ; ces distinctions sont élémentaires, je passe. Mais s'il est très simple de voir que nous avons affaire à de la rétention d'urine, il devient plus malaisé de dire à quelle cause peut être rattaché cet accident chez nos malades. En effet, les causes ordinaires de la rétention font ici défaut, et, sans vouloir vous en faire une énumération détaillée, il m'est facile de vous montrer que ni la *paralyse*, lésion des centres nerveux, ni l'existence d'un *obstacle mécanique* ne peuvent être incriminés dans les cas que nous étudions.

Les rétentions paralytiques vraies s'observent chez les malades dont la vessie est frappée d'inertie sous l'influence de lésions dont la nature est très variable ; souvent il s'agit d'une altération profonde des centres nerveux (cerveau, moelle) développée spontanément ou après un traumatisme violent (fracture du crâne ou du rachis). On a aussi rapproché de ces paralysies par lésions nerveuses les paralysies vésicales qui surviennent dans les inflammations violentes, soit de la vessie elle-même, comme dans les cystites aiguës, soit des organes voisins, comme dans les lésions inflammatoires de l'abdomen et en particulier la péritonite aiguë. Nous pouvons aussi placer à côté de ces rétentions d'urine celles qui surviennent au courant des névroses, l'hystérie par exemple. Vous avez pu voir, d'après l'histoire de nos quatre malades, qu'aucune de ces causes ne peut être invoquée chez eux et que nous devons chercher une autre étiologie.

Trouverons-nous, en revanche, des lésions mécaniques suffisantes pour expliquer l'accident qui nous occupe ? Du côté de l'urètre, le cathétérisme n'a décelé l'existence d'aucun obstacle à l'écoulement de l'urine. L'introduction facile d'une sonde de gros calibre nous démontre qu'il ne pouvait y avoir ni rétrécissement fibreux ou congestif ni