

toucher rectal nous révéla une légère hypertrophie de la prostate. Celle-ci ne s'étant annoncée par aucun trouble fonctionnel, il nous a fallu la rechercher pour la découvrir. Donc, jusqu'à ces derniers temps, la vessie s'était toujours vidée facilement et sans douleur. La rétention d'urine, qui éclatait ainsi dix jours après la production de la fracture du fémur et sans coïncider avec aucune lésion des voies urinaires, devait attirer notre attention. Elle disparut au bout de quatre jours, pendant lesquels l'on dut sonder matin et soir le malade avec une sonde molle de gros calibre. Le 21 mars, quatre jours après la cessation des accidents vésicaux, le malade éprouva des douleurs vives dans le foyer de sa fracture; aussitôt la rétention d'urine reparut et avec elle se montrèrent des phénomènes de cystite, douleurs sus-pubiennes, envies fréquentes d'uriner, ténésme vésical, etc. Cet état s'est accentué par la suite, et, au fond du vase destiné à recevoir ses urines, nous avons pu constater un dépôt abondant de muco-pus. L'urine, éprouvée par le papier de tournesol dès sa sortie de l'urèthre, accuse une réaction alcaline très manifeste. Peu à peu la cystite s'est amendée et, depuis cinq ou six jours, le malade ne souffre qu'au moment de la miction devenue moins fréquente. Aujourd'hui il se trouve beaucoup mieux et j'espère que d'ici peu la fonction urinaire s'exécutera chez lui normalement.

Au lit 14 de la même salle, vous avez vu un jeune homme de vingt-neuf ans, fort, ordinairement bien portant et dont les antécédents pathologiques se réduisent à une blennorrhagie légère, à un chancre mou suivi d'adénite suppurée, à des fièvres intermittentes. Toutes ces affections, contractées dans le jeune âge, ont disparu sans laisser de traces, et le malade nous est arrivé, au commencement du mois de février, pour une fistule anale sous-muqueuse, d'origine hémorrhoidaire, dont le début remontait à deux ou trois mois. Les poumons ne présentaient aucun signe de tuberculose, l'état général était excellent. Le 15 février, j'opérai cette fistule au thermocautère et j'introduisis entre les lèvres de la plaie opératoire une mince couche d'ouate salicylée imbibée d'eau phéniquée à 25 %. Le lendemain matin, le malade, dont la température est normale, se plaint de n'avoir pu uriner depuis la veille au soir. Une sonde, introduite facilement jusqu'à la vessie, en retire une grande quantité d'urine limpide. A la suite de ce seul cathétérisme, la miction se fit sans difficulté dans la soirée et les deux jours suivants. C'est seulement le 19 au matin qu'à l'heure de la visite, le malade, ne pouvant uriner malgré un impérieux besoin, nous réclama de nouveau le cathétérisme; comme la première fois la sonde pénétra sans peine, évacua l'urine et fit disparaître définitivement les accidents qui n'ont pas reparu jusqu'à ce jour.

Voilà donc deux malades qui, à la suite de traumatisme, accidentel ou chirurgical, ont vu apparaître la rétention d'urine, qui a cédé assez rapidement à l'usage de la sonde.

Ces faits, assez étranges au premier abord, ne sont pas aussi rares que vous pourriez le croire et, tout récemment, mon collègue M. Gervais observait deux cas analogues dont je dois la relation à son interne, M. Vincent. Dans l'un de ces cas il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, cuisinière, de bonne santé habituelle, et qui est entrée le 1er février dernier à l'hôpital Saint-André pour un kyste en bissac de la face antérieure du poignet droit. La tumeur, enlevée sous le chloro-