

vement peu d'urine dans la vessie, qui n'admet pas d'accumulation de liquide en grande quantité, on ne pensera pas non plus à une névrose, car dans ces états consécutifs le plus souvent à des rétrécissements très prononcés de l'urèthre, on trouve ordinairement l'urine modifiée¹.

(1) La vessie irritable est un des éléments des troubles névropathiques dont la vessie peut être le siège et qui sont assez variables dans leur expression. Pour le praticien, le point principal est de bien reconnaître quelle est la cause de ces accidents nerveux, manifestés parfois par de la rétention, mais plus souvent par de la cystalgie avec mictions fréquentes. Il faut d'abord établir nettement qu'il n'y a pas cystite concomitante, car certaines cystites peuvent devenir douloureuses (F. Guyon, H. Hartmann). Pour cela on a des renseignements fournis : 1^o par l'examen de l'urine ; 2^o et surtout par l'exploration de la vessie, douloureuse à la pression localisée (cathéter, toucher vaginal, pression sus-pubienne). Pour l'examen de l'urine, il faut savoir que certaines lésions rénales (calculs surtout) peuvent, par *réflexe*, causer des douleurs vésicales. Parmi les points de départ possible de ces réflexes, il ne faut pas oublier d'explorer l'utérus, le rectum ; je citerai encore l'étranglement congénital du méat et le phimosis congénital, capables de provoquer une irritabilité vésicale parfois attribuée à tort à un calcul. Lorsqu'on ne trouve aucune de ces lésions matérielles, on est autorisé à conclure à l'existence d'une cystalgie idiopathique, qui est en somme une manifestation de la *neurasthénie*, et dans la production de laquelle les préoccupations psychopathiques jouent un rôle considérable, si bien que les sujets, atteints souvent pendant l'enfance d'incontinence nocturne, arrivent volontiers à l'hypochondrie génito-urinaire (impuissance de cause psychique, spermatorrhée imaginaire, etc.). A côté des faits de cet ordre, je signalerai les troubles vésicaux de diverses maladies nerveuses bien déterminées, et surtout de l'*ataxie locomotrice*. Dans cette maladie, les phénomènes vésicaux, en général précoces et parfois même initiaux, sont fréquents (90 sur 211, A. Fournier). Ils portent sur la motilité ou sur la sensibilité. Les troubles moteurs sont : le retard pour entamer la miction (paresse vésicale), l'ataxie vésicale (miction en plusieurs temps), le ténésme, parfois l'incontinence ou la rétention. Les troubles sensitifs sont la cystalgie et l'urétralgie, ou au contraire l'anesthésie vésico-urétrale. Dans l'*hystérie*, la cystalgie est plus rare que la rétention. La plupart des rétentions réflexes, consécutives, par exemple aux fractures des membres, sont de nature hystérique.

(A. B.)

CHAPITRE IV

TROUBLES DE LA SÉCRÉTION URINAIRE.

§ 1. — Quantité des urines.

Au point de vue de la quantité d'urine émise dans les 24 heures, on distingue l'augmentation de cette quantité (la polyurie), la diminution (l'oligurie) et la suppression complète (l'anurie). Quand on considère que dans les conditions de vie ordinaire la quantité journalière d'urine chez les individus bien portants est soumise à des oscillations peu marquées, on ne peut guère méconnaître une diminution ou une augmentation marquée de la sécrétion urinaire. La « valeur urinaire individuelle » d'un adulte bien portant pour les 24 heures est d'après Vogl de 1.400 à 1.600 centimètres cubes avec une bonne nourriture et des boissons abondantes, de 1.200 à 1.400 centimètres cubes avec des quantités peu abondantes de liquide. Par conséquent, quand un individu émet 3.000 centimètres cubes d'urine dans 12 heures, il est évidemment atteint de polyurie ; quand il n'émet que 600 centimètres cubes dans 24 heures, il est manifestement oligurique.

La polyurie s'observe dans le diabète, souvent dans l'atrophie granuleuse du rein, par conséquent dans les affections qui ne sont pas du ressort de la chirurgie ; pourtant la polyurie doit faire renoncer à intervenir opératoirement chez un diabétique et constitue un élément de pronostic important de l'atrophie granuleuse du rein quand il s'agit de se faire une opinion sur l'état général du malade.

La diminution de la sécrétion urinaire a déjà plus de rapports avec la pratique chirurgicale. Elle indique soit une affection essentielle des reins, soit un rétrécissement des conduits excréteurs (uretères) et peut dans les deux cas se transformer en anurie complète. C'est principalement chez des malades atteints de calculs vésicaux ou de rétrécissements que la solution de cette question présente une grande importance. Toujours est-il qu'un accès d'anurie survenant brusquement compte parmi les complications les plus sérieuses qu'un chirurgien puisse rencontrer. Si elle est due à une affection profonde du parenchyme rénal, l'arsenal chirurgical ne possède pas d'armes pour la combattre ; si elle est provoquée

(1) La *polyurie* est la règle dans les néphrites légères, par infection ascendante ; elle est alors très importante pour le diagnostic et déjà j'ai mentionné la *polyurie trouble* (F. Guyon). L'*oligurie*, au contraire, est relativement rare, car elle ne survient qu'à la période ultime : il y a là une différence importante avec les néphrites d'ordre médical. Elle aboutit peu à peu à l'anurie et a dès lors une importance pronostique réelle. L'*anurie brusque* est par contre intéressante par les indications chirurgicales auxquelles elle peut donner naissance car, abstraction faite des lésions traumatiques (contusion du rein, néphrectomie), elle est la plupart du temps d'origine calculeuse et doit être combattue d'urgence par la néphrotomie, souvent efficace. Nous reviendrons plus loin sur les causes de cette anurie calculeuse.

(A. B.)