

II. INTERPRÉTATION DES SYMPTOMES FONCTIONNELS

A. MICTION

1° FRÉQUENCE DE LA MICTION

Dans l'interprétation de ce signe, il faut tenir compte de l'*habitude* du sujet, de la *quantité de boissons* ingérée, de la *nature* de celles-ci (diurétiques), de l'état des *voies digestives* (dyspepsies), de l'état du *système nerveux* (névropathes, ataxiques); tous ces facteurs peuvent provoquer des troubles \pm marqués dans la fréquence de la miction, sans qu'il y ait de véritable lésion du côté de l'appareil urinaire.

Pour s'assurer de l'intervention de ce dernier, il convient de noter d'abord exactement le *nombre total* des mictions en 24 heures; ensuite, de *comparer* la fréquence de la miction de la *nuit* à celle du *jour*; enfin, de rechercher l'influence du *mouvement* et du *repos* sur le symptôme.

D'une façon générale, la *fréquence de la miction nocturne* permet de soupçonner une lésion des voies urinaires :

a) Si les besoins d'uriner sont plus fréquents pendant le repos (la nuit) que sous l'influence du mouvement (le jour), il y a lieu de croire à une hypertrophie de la prostate;

b) Si la fréquence est à peu près la même le jour et la nuit, le malade est atteint d'une rétention *partielle*, c'est-à-dire que la vessie ne se vide pas *complètement* (ce qui est dû fréquemment à un rétrécissement dans une partie quelconque de l'urètre);

c) Si les besoins d'uriner augmentent sous l'influence de la fatigue et qu'ils diminuent rapidement par le repos, on se trouve probablement en présence d'un calcul;

d) Enfin, si la fréquence de la miction augmente par le mouvement, mais ne se calme point par le repos, on peut soupçonner l'existence d'une cystite et parfois d'une tuberculose vésicale.

Lorsque le besoin d'uriner est douloureux et *irrésistible*, il y a généralement *cystite*; ce phénomène est aussi provoqué par la présence d'un *calcul*.

En cas de *fréquence* de la miction, il y a toujours lieu de rechercher si le malade n'est pas atteint d'une affection *rénale* (mal de Bright, néphrite suppurée).

2° DIFFICULTÉ DE LA MICTION

La miction peut être rendue difficile de différentes façons :

a) Elle est *lente* (durée augmentée); cela se produit par *diminution de la contractilité vésicale*, ou *hypertrophie* de la prostate, ou *rétrécissement de l'urètre*;

b) Elle est *retardée* (le malade éprouve de la difficulté à faire venir l'urine au début de la miction);

Lorsque ce phénomène se présente surtout au réveil, et qu'il diminue ou disparaît totalement par le mouvement de la journée : *hypertrophie de la prostate*;

Lorsqu'il se manifeste à peu près également à tous les mouvements de la journée : *contraction insuffisante de la vessie*.

c) La miction exige des *efforts* \pm considérables;

1. Les efforts du *début* se confondent généralement avec la miction *retardée* et caractérisent les *prostatiques*;

2. Les efforts *se continuant pendant toute la durée de la miction* se rencontrent chez les *rétrécis*; à un degré plus prononcé encore chez les *myéliques* et chez ceux dont la *contractilité vésicale fait défaut*;

3. Les efforts de la *fin* de la miction, accompagnés de

douleurs, se présentent ordinairement dans la *cystite*, et chez les *calculoux*.

Pour augmenter l'intensité de l'effort, les malades se tiennent debout légèrement inclinés en avant, ou bien s'accroupissent le tronc également projeté en avant.

3° CARACTÈRES DU JET

a) Modifications de forme ;

Le jet vrillé, aplati, élargi, en arrosoir, n'a pas de signification clinique bien précise ;

b) Diminution de volume ;

Lorsqu'elle est constante, elle indique un rétrécissement de l'urètre ;

c) Diminution dans la projection ;

Lorsque le jet fait complètement défaut, et que l'urine tombe directement sur le sol (malades qui « pissent sur leurs bottes »), il y a ou bien rétrécissement de l'urètre, ou bien hypertrophie de la prostate ;

Lorsque le jet existe, mais qu'en même temps une certaine quantité d'urine tombe sur le sol soit directement, soit obliquement, à gauche ou à droite, il y a rétrécissement de l'urètre.

d) Brusque interruption du jet ;

Ce phénomène caractérise la présence d'un *calcul*, mais à la condition qu'il se produise dans la miction debout et cesse lorsque le malade urine dans la position horizontale.

Dans le cas contraire, il indique la contraction spasmodique et insuffisante de la vessie, la résistance de la prostate, la fatigue de la vessie, etc.

4° INCONTINENCE D'URINE

L'*incontinence vraie*, c'est l'écoulement involontaire des urines sans que le malade ait perçu le besoin d'uriner ;

Lorsque le besoin a été *perçu*, mais que le malade est incapable de se retenir, il y a *fausse incontinence* ; elle se rencontre dans la *cysto-prostatite*.

L'*incontinence vraie* existe rarement lorsque la vessie est en état de se vider ; le plus souvent, elle constitue un symptôme de la *rétention* et n'est, en réalité, qu'une miction (involontaire et inconsciente) *par regorgement*.

a) Incontinence sans lésion primitive des voies urinaires ;

Cette forme d'incontinence se rencontre :

1. Dans un grand nombre d'affections nerveuses (hémorragies, ramollissements, myélites, etc.) ; dans ces cas, on a généralement affaire à l'incontinence par rétention. Elle peut cependant coïncider avec la vacuité de la vessie chez les *hystériques* et chez les *épileptiques*.

2. L'incontinence se présente encore sans lésion des voies urinaires chez les *enfants* : c'est l'incontinence nocturne ; celle-ci, ordinairement passagère, s'établit parfois d'une manière continue.

b) Incontinence avec lésion des voies urinaires ;

Elle peut provenir :

1. De la *destruction ulcérate* du col vésical (tuberculose) ;

2. De la *dilatation forcée* du col opérée dans un but thérapeutique (extraction de calculs, traitement de la cystite chronique, etc.) ;

Dans ces deux cas, il y a incontinence sans rétention.

D'autres fois, elle est accompagnée de rétention d'urine; parmi les causes qui peuvent entraîner cette forme d'incontinence, nous citerons spécialement :

1. Le *rétrécissement de l'urètre*; l'incontinence est d'abord *diurne* et cesse par le *décubitus*;

2. L'*hypertrophie de la prostate*; l'incontinence est d'abord *nocturne* sans se présenter le jour.

Plus tard, ces deux formes d'incontinence deviennent continues.

5° RÉTENTION D'URINE

La *rétention complète* est celle dans laquelle le malade ne sait émettre une seule goutte d'urine;

Dans la *rétention partielle*, au contraire, le malade *sait uriner*, mais ne parvient jamais à vider *complètement* sa vessie.

La rétention d'urine ne doit pas être confondue avec l'*anurie* dans laquelle la *sécrétion* urinaire ne se fait pas, et la vessie est absolument *vide*; pour le diagnostic différentiel, voir *ci-dessous l'exploration physique*.

La *rétention complète* se caractérise par l'absence totale d'urine;

La *rétention incomplète* est caractérisée par la *fréquence* de la miction, surtout pendant la nuit, et aussi par la *difficulté* de la miction (miction retardée).

La rétention d'urine est généralement *apyrétique*, tout au moins au début.

Les symptômes principaux de la rétention sont : l'*augmentation de volume* du ventre; l'existence à la région suspubienne et sur la ligne médiane d'une *tumeur* ± volumineuse appréciable à la *palpation*, et parfois à la *percussion*; la *sup-*

pression complète de la miction (rétention complète) ou l'*écoulement* de l'urine *goutte à goutte* et par regorgement (incontinence par rétention; rétention incomplète).

La rétention d'urine peut être la conséquence d'une lésion des voies urinaires, ou d'un obstacle mécanique, ou encore d'une affection étrangère à l'appareil urinaire.

a) **Rétention ne dépendant pas d'une lésion des voies urinaires;**

C'est ordinairement la rétention *incomplète* et elle est produite par le défaut de contractilité vésicale; on la rencontre dans l'hémiplégie, les affections des méninges, la paraplégie; la rétention complique quelquefois la fièvre typhoïde, la péritonite aiguë ou chronique, etc.; enfin, elle succède parfois aux grandes opérations ou à celles qui sont pratiquées sur l'anus ou le rectum¹.

b) **Rétention résultant d'une lésion des voies urinaires;**

Dans ce cas, la rétention est due à un état *inflammatoire* ou *spasmodique* des voies urinaires (blennorrhagie, etc.), le plus souvent chez les sujets jeunes;

A un *rétrécissement*; ordinairement chez les adultes;

A une *hypertrophie de la prostate*, chez les vieillards.

c) **Rétention de cause mécanique;**

Elle est provoquée par la présence d'un corps étranger venu de l'intérieur (calcul, caillot, etc.), ou de l'extérieur (fragment de sonde, etc.), et obstruant soit le col vésical, soit un point quelconque du canal de l'urètre.

¹ Dans tous les cas que nous venons de citer, il faut donc avoir soin de surveiller constamment la vessie du malade.

B. DOULEUR

De même que dans tous les appareils dont nous sommes occupé jusqu'ici, le symptôme *douleur* est très important à étudier dans les affections des voies urinaires.

1° SIÈGE DE LA DOULEUR

a) Des douleurs \pm vives localisées à la région du rein, s'irradiant vers les lombes, le pli de l'aîne, le canal de l'urètre, les testicules, et n'étant pas en rapport avec la miction, caractérisent les douleurs rénales (se produisant brusquement et à un degré très prononcé, ce sont les *coliques néphritiques*).

b) Lorsque la douleur se manifeste à l'hypogastre, ou que le malade a conscience qu'elle se produit dans la vessie; qu'elle est surtout marquée à la fin de la miction et qu'elle s'irradie vers le périnée, l'anus et l'extrémité antérieure du canal de l'urètre (gland ou vulve), elle provient d'une affection vésicale, siégeant le plus souvent au *col* ou dans son voisinage.

c) La dégénérescence cancéreuse de la prostate ou du bas-fond de la vessie donne parfois naissance à des irradiations douloureuses dans un ou dans les deux nerfs sciatiques; ces douleurs existent en dehors de la miction.

2° MODE D'APPARITION

La douleur apparaît *brusquement* dans les lésions *inflammatoires*; elle diminue ensuite assez rapidement pour disparaître tout à fait, ou elle persiste pendant un certain temps avec une intensité moindre qu'au début.

La douleur résultant d'un *calcul* ou d'une *lésion organique*

s'établit insidieusement, d'une manière peu appréciable pour le malade, jusqu'au moment où une *secousse violente* ou une *grande fatigue* l'exaspère brusquement. Elle cesse par le repos si elle est due à un calcul; elle se maintient, au contraire, assez longtemps et reparait souvent sans cause spéciale si elle provient d'une lésion organique.

3° CAUSES QUI MODIFIENT LA DOULEUR

Il faut savoir avant tout si la douleur se produit seulement au moment des mictions, ou si elle existe en dehors de celles-ci.

a) Douleur se produisant en dehors des mictions.

On recherche quelles sont les causes capables de la faire naître; quelle est surtout l'influence du *repos* et du *mouvement*; de la *position* du malade; les différences qui peuvent exister entre le *jour* et la *nuit*, etc. Dans tous les cas, cette douleur *indique un état anormal de la vessie*, mais elle ne suffit pas à établir le diagnostic.

b) Douleurs dont la production est en rapport avec la miction.

1. La douleur apparaît au *début de la miction*;

S'il y a en même temps *miction retardée*: *hypertrophie de la prostate*; si, au contraire, l'urine arrive trop vite, qu'il y ait miction involontaire: *cystite subaiguë*.

Cette douleur diminue ou cesse complètement par le fait de la miction.

2. La douleur survient *pendant la miction*;

L'urine est normale et le canal est le siège d'une inflammation; c'est le cas dans la *blennorrhagie*; alors, la douleur ne se produit que lorsque l'urine passe dans le canal;

Ou bien le canal est normal, mais *l'urine est altérée* (ammoniacale); cela se présente dans la *cystite*, et ici la douleur a commencé (au col) avant le passage de l'urine dans le canal, et elle se prolonge pendant toute la durée de la miction.

Il en est de même, mais à un degré beaucoup moindre, lorsque l'urine est uratée (état fébrile).

3. La douleur survient à la fin de la miction ;

C'est le signe ou bien d'un *calcul*; alors, la douleur diminue ou disparaît lorsque le malade urine couché, et elle s'accroît par les mouvements ;

Ou bien d'un *état inflammatoire* ou d'une *altération organique*; alors, le repos ou le mouvement n'exercent aucune influence nettement caractérisée. Dans ces cas, il y a généralement une *recrudescence de la douleur pendant la nuit* (pendant le *repos*).

La douleur peut encore se produire d'une manière très violente, avant, pendant et après la miction, *sans qu'il y ait jamais eu aucune altération de l'urine*; ce symptôme se manifeste dans la *cystite douloureuse*, ou névralgie de la vessie.

Lorsque la douleur est *très intense*, elle est souvent l'indice d'une situation grave; dans l'interprétation de ce signe, il faut toutefois tenir compte du tempérament du malade et de l'état des urines.

Avant d'arriver à l'exploration physique, il nous paraît utile de résumer très succinctement dans un tableau la valeur des principaux symptômes recueillis jusqu'ici :

NATURE DU SYMPTÔME	SIGNES CONCOMITANTS	SIGNIFICATION CLINIQUE
I. Sang dans l'urine.	Épithélium et cylindres rénaux	1. Néphrite ;
	Le sang disparaît par le repos au lit.....	2. Calcul vésical ;
	Coliques néphritiques.....	3. Lithiase rénale ;
	L'hémorragie se déclare sans fatigue préalable. Elle ne cesse point par le repos au lit.....	4. Cancer de la vessie ;
	L'urine est rouge pendant toute la miction... ..	5. Tuberculose de la vessie ;
	Douleurs vésicales.....	6. Fongosités bénignes de la vessie ;
	Le sang coule constamment goutte à goutte.....	7. Lésion de l'urètre antérieur ;
	Le sang ne se montre qu'au début de la miction... ..	8. Lésion de l'urètre postérieur ;
	Légère quantité à la fin de la miction.....	9. Cystite suraiguë ;
	Le sang n'apparaît qu'à la fin de la miction.....	10. Prostatite ;
		11. Lésion du col de la vessie.
II. Pus dans l'urine.	Le pus se montre au début de la miction. { Il y a écoulement.....	1. Urétrite antérieure ;
	Pus au début de la miction. { Il n'y a pas d'écoulement.....	2. Urétrite postérieure ;
	Grumeaux dans la première portion.....	3. Prostatite chronique ;
	Quantité considérable de pus.....	4. Cystite aiguë ;
	Urine louche.....	5. Cystite chronique ;
	Dépôt mucilagineux au fond du vase.....	6. Calculs vésicaux ;
	Phénomènes vésicaux.....	7. Cystite chronique consécutive au rétrécissement ;
	La 1 ^{re} portion renferme du muco-pus. { La 2 ^{de} en renferme davantage.....	8. Pyélite ;
	Rétrécissement de l'urètre.....	9. Néphrite suppurée.
	Symptômes rénaux.....	
	Éléments morphologiques spéciaux.....	
III. Fréquence de la miction.	Fréquence plus grande la nuit que le jour.....	1. Hypertrophie de la prostate ;
	Fréquence moindre que ci-dessus.....	2. Prostatite chronique ;
	Rétention partielle.....	3. Rétrécissement de l'urètre ;
	Proportionnelle aux mouvements. { Diminuant par le repos.....	4. Affections calculeuses ;
	Besoin douloureux et irrésistible.....	5. Cystite ;
	Augmentant par le mouvement. { Ne se calmant point par le repos.....	6. Tumeurs malignes ;
	Symptômes rénaux ; albumine.....	7. Tumeurs bénignes ;
		8. Tuberculose ;
		9. Pyélite ;
		10. Mal de Bright ;
		11. L'urine est altérée avant son arrivée dans la vessie (sucre dans l'urine).
IV. Douleur.	Siégeant en un point limité du canal.....	1. Rétrécissement de l'urètre ;
	A la fin de la miction.....	2. Prostatite ;
	Siégeant vers la base du gland.....	3. Hypertrophie de la prostate ;
	Avant la miction (parce qu'il y a cystite chronique en même temps) ; la miction est retardée.....	4. Cystite aiguë ; cystite douloureuse ;
	Douleur vive ; s'irradie vers le périnée.....	5. Cystite chronique ;
	Avant et au commencement de la miction ; siégeant au-dessus du pubis.....	
	Douleur vive à la fin de la miction, se manifestant surtout à la base du gland ; puis disparaissant quand la vessie renferme une quantité suffisante d'urine, jusqu'à la fin de la miction suivante ; la douleur augmente par le mouvement.....	6. Calcul vésical ;
	Hématuries fréquentes.....	7. Tumeurs vésicales ;
	Souvent du pus dans l'urine.....	8. Calculs rénaux.
	Douleur au niveau du rein, au-dessus de la hanche et vers la région inguinale ; exacerbation par le mouvement.....	
	V. Le jet est mince. } Se bifurquant d'une manière constante.....	1. Rétrécissement de l'urètre.
VI. L'urine tombe brusquement dès sa sortie du canal.	Douleur avant la miction.....	1. Hypertrophie de la prostate.
	Miction plus fréquente la nuit.....	
	Miction retardée.....	
VII. Le jet s'interrompt brusquement dans la miction debout.	Douleur à la fin de la miction. { Augmentant par le mouvement.....	1. Calcul vésical.