

résultats il a fournis, est chose dont l'utilité est trop facile à saisir pour que j'y insiste. Vous serez à même ainsi de vous expliquer telle ou telle lésion, telle ou telle fausse route, comme aussi vous pourrez trouver dans ces renseignements un guide précieux, soit pour éviter de renouveler un cathétérisme mal supporté, soit pour établir de suite un traitement favorable.

Le traitement a, d'ailleurs, pu être l'occasion d'un traumatisme d'origine chirurgicale. Nous vous disions, il y a un instant, qu'un malade qui n'a pas eu de blennorrhagie et qui n'a pas subi de traumatisme ne peut avoir de rétrécissement. Il n'y a aucun droit parce qu'il n'est pas sous l'influence des deux grandes causes qui les déterminent habituellement. Mais il a pu avoir un traumatisme chirurgical si, comme il arrive souvent, il a été sondé à propos d'un trouble quelconque de la miction, si l'on a extrait péniblement un calcul de son urèthre. Nous avons, pour notre part, observé des rétrécissements qui ne reconnaissent pas d'autre origine. Il y a plus. Le cathétérisme, bien qu'il ne soit pas la seule cause de l'infection de l'appareil urinaire, en est l'agent le plus habituel. Il y a donc intérêt majeur à s'informer si le malade qui se présente à vous a été sondé. L'interrogatoire serait insuffisant et très imparfait, si vous négligiez cette question. Le cathétérisme le mieux fait peut avoir été contaminateur.

II. SYMPTÔMES FONCTIONNELS ; DIVISION ET CLASSIFICATION. — Si, comme nous l'avons dit, une partie de l'appareil urinaire échappe à l'exploration directe, si les portions accessibles ne doivent être parcourues par l'instrument qu'en connaissance de cause ou de parti pris motivé, il est de toute nécessité de s'adresser d'abord aux signes fonctionnels et de demander à l'interrogatoire du malade sinon une certitude absolue, du moins une grande probabilité diagnostique. Aussi bien est-ce toujours pour un trouble fonctionnel que le malade vient nous trouver : c'est parce qu'il souffre, c'est parce qu'il urine avec peine, ou bien, enfin, parce que ses urines présentent des modifications plus ou moins considérables.

Ce qui domine habituellement la scène pour le sujet, ce qui doit dominer aussi l'interrogatoire, ce sont les modifications de la miction.

Comment se fait la miction ? Tel est le premier renseignement qu'il faut se faire donner par le malade. Mais si vous vous contentiez de l'interroger d'une façon générale en lui demandant : Comment urinez-vous ? vous n'obtiendriez certainement pas de réponse satisfaisante. Devant une semblable question, votre consultant aurait le droit absolu de vous raconter son observation telle qu'il a cru devoir la prendre, et peut-être vous serait-il difficile de sortir du dédale, fait de vrai et de faux, où vous vous seriez laissés conduire.

Il faut, pour arriver à la vérité et pour écarter l'erreur, préciser et par conséquent diviser et subdiviser vos questions. Il importe cependant de vous mettre en garde contre un nouvel écueil. A côté du malade que vous avez laissé répondre suivant sa seule inspiration, prenez garde de placer un malade que vous amèneriez à répondre à peu près au hasard, par oui ou par non, à un interrogatoire trop pressé, trop absolu, où le patient perdrait l'initiative de ses remarques. Apprenez à la fois à interroger et à écouter.

Dans la majorité des cas, vous aurez avantage à faire passer l'examen du malade avant l'examen des urines, ou, en d'autres termes, à interroger sur les troubles de la miction avant de vous informer de l'état des urines. Il y a cependant des cas où il convient d'arriver promptement aux questions relatives aux modifications subies par l'urine. Vous apprendrez facilement à juger de l'opportunité des questions que vous devez poser et à placer rapidement sous l'objectif de votre interrogatoire ce que nous avons appelé : *le symptôme dominant*. Mais nous suivrons une marche rationnelle en nous occupant en premier lieu de l'étude des troubles de la miction.

Lorsqu'elle se modifie, la miction peut devenir : *fréquente, impérieuse, difficile, rare, douloureuse, involontaire, impossible*. L'étude attentive de la physiologie pathologique de ces points principaux devra donc nous préoccuper avant tout, et vous interrogerez votre malade de manière à être renseignés sur :

La fréquence des mictions ;

L'intensité de la sensation ;

La difficulté des mictions ;

La rareté des mictions ;

La douleur des mictions ;

L'impossibilité des mictions, qui caractérise les rétentions ;
Les mictions involontaires, qui s'observent dans les incontinen-
cences.

A chacune de ces modifications de la miction se rattache nécessairement un ensemble de signes, qui donnent au fait principal une physionomie particulière. En apprenant à les grouper autour du symptôme principal et, pour ainsi dire, primordial, vous arriverez à définir, non plus seulement le genre probable de la lésion, mais son espèce. Il importe donc d'être très exactement renseigné sur la valeur plus ou moins grande de chacun des signes qui va contribuer à constituer la physionomie pathologique et accuser les traits principaux du tableau morbide.

Les résumés synoptiques que nous vous présentons sont destinés à classer les divisions et les subdivisions que comporte l'étude complète de notre sujet. Ils vous en donnent un aperçu rapide et vous permettront de nous suivre plus facilement dans la description.

TROUBLES DE LA MICTION

I. — Miction fréquente

Habitudes du sujet.

Fréquence en vingt-quatre heures.

Influence { du jour et de la nuit.
de la marche et du repos.

Conditions qui la provoquent : { fatigues.
secousses.
repos.
décubitus prolongé.

Conditions qui la calment : { exercice.
repos.
décubitus prolongé.

II. — Miction impérieuse

Conditions qui la provoquent.

Conditions qui la calment.

III. — Miction difficile

Temps nécessaire..... { miction lente.
miction retardée.

Efforts : { à quel moment de la miction ? { au début ?
tout le temps ?
à la fin ?
dans quelle position le malade urine-t-il ? { couché ?
accroupi ?
debout ?

IV. — Miction rare

V. — Modifications du jet

Forme....
Volume... { Ces modifications sont-elles légères ou très marquées ?
Projection. }

Interruption : quelle est la position du malade au moment de la miction ? { debout ?
couché ?

VI. — Miction douloureuse

A quelle époque et dans quelles circonstances le malade l'a-t-il ressentie pour la première fois ?

A quel moment de la miction ? { avant ?
pendant ?
à la fin ?

Est-elle éveillée par des causes précises ? { fatigue ?
secousses ?
miction debout ?

Apparition brusque ou graduelle.

Influence du repos ? { calme-t-il la douleur ?
la fait-il disparaître tout à fait ?
l'exagère-t-il ?

Siège ? { méat.
urèthre.
hypogastre.
périnée.

Irradiation et intensité.