

détermination précise du temps de la miction dans lequel le symptôme apparaît ou acquiert sa plus grande intensité.

Un trouble véritable de la miction, un trouble dû à une lésion des voies urinaires, doit en effet se présenter dans des conditions différentes, selon qu'il est observé la nuit et le jour ; il doit être influencé, dans ses manifestations, par le mouvement ou par le repos ; il doit avoir une expression dominante dans l'un des temps de la miction.

Dépourvu de ces traits caractéristiques, le trouble de la miction n'est plus l'expression d'une lésion des voies urinaires, mais d'un désordre fonctionnel né sous la dépendance de toute autre cause. Vous devez, dès lors, soupçonner que vous êtes en présence de faux urinaires, et chercher en dehors de l'appareil de sécrétion et d'excrétion de l'urine l'explication des phénomènes observés.

Au contraire, le trouble de la miction qui obéit et se subordonne aux influences bien déterminées que nous vous rappelions, vous oblige à penser que vous avez affaire à de vrais urinaires et votre devoir est alors de chercher, par une analyse plus complète, à pressentir le siège et la nature de la lésion.

L'influence du lit, il ne faut pas l'oublier, peut être excitante ou calmante ; en d'autres termes, les troubles de la miction peuvent s'exagérer, ou, au contraire, s'atténuer et même disparaître sous l'influence du décubitus.

L'atténuation ou la disparition des troubles de la miction, sous l'influence du séjour au lit, constitue ce que l'on pourrait appeler son effet normal. En effet, vous savez que dans l'état de santé le besoin d'uriner ne se fait pas sentir pendant la nuit. L'atténuation ou la disparition des troubles de la miction, sous l'influence du lit, donne une note favorable sur l'état vésical, mais il n'a pas de valeur sémiologique absolue. Il ne vaut qu'autant qu'on oppose aux effets du décubitus ceux de la station ou de la marche.

Tout autre est l'importance des effets du séjour au lit, lorsque, sous son influence, les troubles de la miction sont provoqués ou exagérés. Leur valeur sémiologique est absolue, et leur simple constatation permet d'affirmer qu'il y a un état pathologique de la vessie, ou tout au moins que l'état normal a cessé d'être. En étudiant la polyurie chez les urinaires,

nous verrons même que l'influence du séjour au lit peut être utilisée pour apprécier l'état des reins ; c'est dans ces conditions que s'affirme l'influence du sommeil unie à celle du décubitus.

Malgré leur importance, les effets du séjour au lit, de même que les effets du simple repos — qui ne doivent pas être assimilés à ceux que détermine le décubitus et le sommeil, — ne peuvent être sainement et complètement appréciés que lorsqu'ils sont opposés aux effets du mouvement.

Il faut ici encore établir ce *contrôle* que nous vous avons plus d'une fois indiqué, et que vous devez regarder comme nécessaire à l'étude exacte des symptômes fonctionnels. Il faut sans cesse opposer l'observation du jour à celle de la nuit, les effets du mouvement à ceux du repos.

Et, dans ces constatations et ces contrôles, l'analyse clinique ne saurait s'en tenir au fait brutal et grossier. Il faut noter les nuances. C'est ainsi que les effets du repos et ceux du mouvement devront être appréciés selon leur durée.

Le repos produit des effets immédiats et éloignés fort différents, suivant les cas. Un calculeux est rapidement calmé lorsque sa vessie est saine ou peu irritée, comme souvent il arrive ; un cystique est plus lentement ou plus incomplètement soulagé. De même, la marche prolongée ne donne pas les mêmes résultats qu'une petite promenade.

L'intensité, le degré, la nature des mouvements doivent encore être tenus en grande considération. Les secousses ont d'autres effets que les mouvements mesurés, la marche n'agit pas de la même façon lorsqu'elle est lente ou lorsqu'elle est accélérée. C'est souvent à la suite d'une secousse, d'un faux pas, d'une marche précipitée que sont révélés des symptômes que les mouvements simples n'avaient fait qu'imparfaitement percevoir.

Ainsi, l'observation des symptômes est délicate et ne vaut que selon la manière dont elle a été exercée. L'interprétation des troubles fonctionnels ne peut avoir de chances d'exactitude que si leur analyse a été conduite avec une véritable méthode.

Mais de l'exactitude des détails, de leur rapprochement, de leur contrôle réciproque, se dégagent les données les plus rationnelles ; leur interprétation permet non seulement de

poser les questions les plus intéressantes et les plus utilisables pour le diagnostic de la maladie et pour les indications du traitement, mais de prévoir leur solution.

QUATRIÈME LEÇON

RÉTENTION D'URINE

Étude du symptôme. — Division du sujet

La rétention n'est qu'un symptôme déterminé par des lésions diverses. — A chacune correspond une espèce particulière de rétention. — L'étude des rétentions sera notre but. — L'importance des modifications anatomiques et fonctionnelles que la rétention fait subir à l'appareil urinaire est cependant si grande qu'il est indispensable d'étudier tout d'abord : la rétention.

I. ÉTUDE EXPÉRIMENTALE. — Anatomie pathologique et physiologie pathologique de la rétention.

II. ÉTUDE CLINIQUE.

III. DIVISION DU SUJET.

Quand un symptôme acquiert une intensité telle qu'il ne trouble plus seulement une fonction, mais qu'il la rend impossible, il devient, par cela même : une maladie.

Aussi, en étudiant les rétentions d'urine, aborderons-nous leur histoire complète. Nous étudierons toutes leurs variétés, et nous établirons les règles du traitement applicable à chacune d'elles.

Mais nous ne perdrons pas un seul instant de vue que l'impossibilité de la miction n'est qu'un symptôme déterminé par des lésions diverses et variables. Quelle que soit sa valeur, quelle que soit son importance, le symptôme restera toujours subordonné à la lésion ; on s'exposerait en l'oubliant à des fautes très lourdes dans la pratique. Dues à des causes multiples, les rétentions diffèrent dans leur expression symptomatique. A côté du fait dominant : rétention, se groupent selon les cas, des phénomènes divers qui donnent à chaque rétention sa physionomie particulière. Ils devront être indiqués et décrits avec d'autant plus de soin qu'ils sont nécessaires à con-

naître aussi bien au point de vue sémiologique que nous poursuivons, qu'à celui des indications du traitement applicable aux différents cas qu'ils caractérisent. L'étude des *rétentions d'urine*, c'est-à-dire de leurs différentes espèces, sera donc notre objectif.

Mais les enseignements les plus nécessaires à la bonne direction du traitement, à la sécurité de nos malades aussi bien dans le présent que dans l'avenir, feraient défaut, si nous ne nous rendions pas compte des modifications anatomiques et fonctionnelles que la rétention fait subir à l'appareil urinaire. Bien qu'elle ne soit, je le répète, qu'un symptôme, la rétention a cependant une anatomie et une physiologie pathologiques. La retenue de l'urine dans la vessie détermine, en effet, par un mécanisme identique, des lésions qui lui sont propres, qui en sont la conséquence directe ; elle crée, de plus, un terrain morbide. Dès lors, l'appareil urétéro-rénal, qui jusque-là avait pu rester indemne, devient accessible aux influences qui l'avaient épargné. La rétention marque dans l'évolution des accidents urinaires une phase nouvelle et souvent décisive ; elle met, en effet, l'appareil urinaire dans les conditions qui favorisent le mieux l'invasion microbienne. C'est une des causes déterminantes de sa réceptivité.

Il y a donc intérêt à connaître ses effets immédiats et à être dûment prévenu de ses résultats ultérieurs, à considérer la rétention comme une maladie véritable.

C'est dire qu'il ne suffit pas d'étudier les *rétentions*. Nous n'accomplirions qu'une partie de notre tâche si nous n'envisagions pas en elle-même la *rétention*. C'est en montrant comment s'établissent les lésions, en indiquant leur ordre de succession, en cherchant comment se préparent les accidents, et en faisant voir pourquoi ils se produisent, que nous apprendrons à les prévoir, à les prévenir et à les combattre.

Après avoir exposé dans leurs détails les recherches que j'ai faites avec le concours de M. Albarran sur l'anatomie et la physiologie pathologique de la rétention d'urine ¹, j'étudierai cliniquement le symptôme : rétention.

¹ F. GUYON et J. ALBARRAN, *Anatomie et physiologie pathologiques de la rétention d'urine* (Arch. de méd. expérimentale, p. 181, 1890).