

que vous les renouveliez sous diverses formes; il faut, en un mot, avoir à votre disposition une règle de conduite.

Un examen clinique n'est, en effet, complet que s'il a été méthodique. La méthode est une clef qui ouvre bien des portes; c'est à elle que vous devrez d'entrevoir assez vite, puis de confirmer, chemin faisant, le diagnostic. C'est grâce à la méthode que le clinicien expérimenté décide rapidement de la nature probable d'un état morbide et qu'il perfectionne chaque jour ce qu'on appelle si faussement le *coup d'œil*, auquel je vous engage à ne jamais vous fier.

C'est la méthode qui supplée l'inexpérience du jeune praticien. C'est en vous laissant guider par elle, en vous soumettant sans révolte à ses principes, à ses règles, je dirais même à ses exigences, que vous deviendrez expérimentés. On peut, en effet, observer toute sa vie et ne pas acquérir d'expérience. Il suffit pour cela d'observer sans méthode.

Aussi avons-nous cru nécessaire de consacrer une partie de nos leçons à l'étude générale du diagnostic dans les maladies des voies urinaires.

Bien des points de cette étude pourront vous paraître longs, peut-être même superflus. Dans l'examen sémiologique que nous allons faire avec vous, nous sommes cependant résolu à n'éviter ni les minuties ni les redites. Rassurez-vous, toutefois: il ne vous sera pas nécessaire de faire subir à chaque malade chacune des questions que nous allons passer en revue. Il suffit de l'interrogatoire le plus bref, portant d'une façon précise sur trois ou quatre faits principaux, pour indiquer la voie que vous devez suivre dans le cas particulier, et souvent même pour décider presque complètement du diagnostic. C'est un des points que l'enseignement de Sir Henry Thompson a nettement démontrés<sup>1</sup>.

Il y a, d'ailleurs, dans presque tous les cas un *symptôme dominant* qui bientôt fixera votre attention et vous empêchera d'épuiser les hypothèses, en donnant à votre interrogatoire sa ligne de recherche. Seulement, vous n'arriverez à savoir vous diriger avec précision qu'en connaissant par le détail tous les éléments dont vous disposez.

<sup>1</sup> Sir Henry THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, 2<sup>e</sup> édition, précédée des *Leçons cliniques*. Paris, 1881, pages 5 et suiv.

## DEUXIÈME LEÇON

### COMMÉMORATIFS ET CLASSIFICATIONS DES SYMPTÔMES FONCTIONNELS

- I. COMMÉMORATIFS. — Division du sujet. — Début et évolution de l'affection. — Affections antérieures de l'urèthre: traumatisme: blennorrhagie; date, nombre et durée. — Affections héréditaires ou acquises; tuberculose, goutte et rhumatisme, syphilis, maladies nerveuses, diabète, athérome. — Traitements antérieurs, leurs résultats, leurs accidents.
- II. SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Classification; tableaux synoptiques.

Les éléments du diagnostic sont fournis par l'interrogatoire, par l'inspection des urines et par l'étude des signes physiques.

L'interrogatoire doit porter sur deux points différents: il doit nous faire connaître les antécédents du malade, ce sont les commémoratifs; il doit encore nous renseigner sur les symptômes actuels perçus par le patient, et particulièrement sur les modifications de la miction.

I. COMMÉMORATIFS. — Le passé du malade ne nous intéresse pas moins que son état présent. Il est rare, en effet, que l'affection pour laquelle nous sommes consultés ait évolué sous nos yeux; elle a eu un début et une marche que nous devons connaître.

Notre malade a souvent des susceptibilités morbides, des prédispositions acquises ou héréditaires, qu'il nous faut rechercher.

Parfois il a été soumis à des traitements divers, les uns favorables, les autres mal supportés; ces indications pourront aider soit le diagnostic, soit la thérapeutique.

Tels sont, Messieurs, les trois grands points renfermés sous le terme général de commémoratifs; on peut les résumer ainsi:

*Début, cause et évolution de l'affection actuelle;*  
*Hérédité et passé morbides du sujet;*  
*Résultats des traitements antérieurs.*

L'étude du début, de la cause et de l'évolution de l'affection dont vous êtes appelés à déterminer la nature et à instituer le traitement, a une influence toujours grande et parfois décisive sur le diagnostic et les indications thérapeutiques.

Il est fort rare que, par lui-même, un symptôme ait assez de signification, pour que sa constatation suffise à la solution des questions posées par la maladie. Ce n'est pas assez que vous le découvriez ou qu'il se présente à vous. Il faut en étudier l'évolution. Remontez à son origine, suivez sa progression, arrivez à connaître toute son histoire : de son apparition à son apogée, de son apogée à son déclin. Il est indispensable de déterminer avec précision les circonstances qui ont entouré ses premières manifestations, celles qui ont favorisé son développement ou contrarié ses progrès, amené sa disparition, aidé à son retour. L'ensemble de ces éléments donne aux phénomènes morbides leur valeur sémiologique. Ces recherches vous conduisent d'ailleurs à en établir la durée, notion d'une importance capitale en sémiologie. La manière dont s'est montré le symptôme, la façon dont il s'est affirmé, le temps pendant lequel il a persisté, fourniront à votre jugement ses principaux moyens d'appréciation.

Vous aurez, dans la plupart des cas, à poursuivre l'étude de plusieurs symptômes; vous vous attacherez surtout à celle du symptôme dominant, mais vous ne sauriez négliger les autres. L'association des phénomènes morbides contribue singulièrement au diagnostic. C'est le plus souvent lorsqu'ils sont mis en regard les uns des autres, suivis dans leur marche parallèle, que les symptômes fournissent un ensemble de traits assez expressifs pour permettre de reconnaître, pour ainsi dire à coup sûr, une physionomie morbide et d'exactly la dénommer. Mais il est des états pathologiques dans lesquels un seul symptôme tient à lui seul la scène et cela pendant fort longtemps, souvent un grand nombre d'années. La maladie qu'il caractérise se révèle par lui seul et, lorsqu'il cesse de se montrer, semble disparaître avec lui. Vous verrez, par exemple, lorsque nous étudierons l'hématurie, quelle importance acquiert ce grand symptôme, par l'absence même de tout cortège. Dans leur isolement comme dans leurs associations, dans leur marche solitaire comme par leur groupement, les symptômes

prennent donc des caractères qui leur donnent leur signification réelle, leur valeur sémiologique.

Aussi, dans cette enquête où vous relevez tout ce qui a pu contribuer à la naissance du symptôme, avoir une influence sur sa destinée, faut-il prendre l'habitude de tenir autant compte des résultats négatifs de vos investigations que des faits positifs qu'elles rassemblent. Lorsqu'un symptôme, né sans cause appréciable, acquiert la durée, le pathologiste qui n'a pu relever aucun fait capable de lui faire comprendre pourquoi il est apparu et comment il persiste, est conduit à soupçonner le malade lui-même. Il est obligé de penser que son organisme, prédisposé ou défaillant, a réuni des conditions de réceptivité telles, que la maladie y est entrée de plain-pied. C'est la seule façon de comprendre qu'elle ait pu pénétrer et prendre domicile, s'installer pour longtemps ou pour toujours, sans l'intervention appréciable de la moindre cause occasionnelle. Bien des exemples nous montreront que c'est ainsi que prennent possession de l'appareil urinaire les affections tuberculeuses et les néoplasmes. Mais, tandis que pour celles-là l'association immédiate ou précoce des symptômes est la règle, l'évolution isolée du phénomène dominant, de l'hématurie, s'observe pendant une longue période et même pour toute la durée de l'évolution, pour ceux-ci.

Aux questions, bien simples en apparence, que vous aurez à faire pour préciser *le début*, vous n'obtiendrez tout d'abord, dans plus d'un cas, que des réponses vagues, erronées et même nulles. A moins d'un fait initial capital, tel qu'une douleur excessive, tel qu'une rétention absolue d'urine, tel encore qu'une hématurie abondante, le malade ignore souvent à quelle époque remonte son affection. Il vous faudra alors multiplier les demandes pour arriver à une notion approximative. Par contre, vous avez toujours à vous tenir en garde contre des affirmations qui, pour être faites de très bonne foi, n'en sont pas moins inexactes.

Frappé par l'apparition d'une complication importante, le sujet ne parle que d'elle, ne voit qu'elle, et laisse dans l'ombre tout ce qui l'a précédée. Interrogez le jeune homme couché au n° 17; il vous répondra, sans hésiter, qu'il n'est malade que depuis trois jours : et cependant la rétention d'urine, dont il

était atteint à son entrée, a pour cause un rétrécissement étroit et ancien. C'est à l'expérience du chirurgien à guider les souvenirs du malade, et parfois à les remplacer. Un peu de patience et beaucoup de méthode aplaniront les difficultés.

Nous vous en dirons autant de la *cause occasionnelle*. Il est très important de savoir s'il y a eu excès, s'il y a eu traumatisme, refroidissement, contamination, ou s'il s'agit d'une affection réellement spontanée; mais ici encore les causes d'erreur sont fréquentes, soit que le malade cherche à dissimuler, soit qu'il se trompe, soit enfin qu'il n'ait pas fait attention et qu'il ignore réellement. Ne voyez-vous pas le jeune homme, dont nous vous parlions tout à l'heure, ne nous confesser que tardivement une nuit d'orgie; ne voyez-vous pas le n° 14 attribuer ses hématuries à un coup reçu autrefois, alors qu'il est atteint d'un cancer vésical assez récent. Quant au calculeux couché au n° 27, c'est nous-même qui avons dû lui faire remarquer le rapport de cause à effet entre une course en voiture et un premier pissement de sang. N'acceptez donc le récit du malade que sous bénéfice d'inventaire, surtout s'il s'agit de traumatisme. Pour admettre cette cause comme réelle, il faut qu'elle ait porté d'une façon précise sur les régions du rein ou du périnée, sur l'hypogastre ou sur le pénis, et qu'elle ait provoqué des phénomènes morbides *immédiats*, tels qu'hématurie, urétrorrhagie, écoulement d'urine, etc. Nous ne parlons ici que des traumatismes proprement dits et venus de l'extérieur. Quant à ceux qu'on pourrait nommer, par opposition avec les précédents, traumatismes internes, tels que fausses routes et déchirures produites par le passage des instruments, nous aurons à y revenir dans un instant.

L'*évolution des symptômes* ne vous sera révélée qu'au prix de recherches précises, que des questions portant sur des faits tangibles vous permettront de constater. La douleur, l'hématurie, les grandes fréquences ou les difficultés sérieuses de la miction, restent présentes au souvenir des malades. Vous devrez néanmoins les guider pour obtenir des réponses utilisables.

Malgré les difficultés de leur recherche, malgré les doutes qu'ils peuvent laisser dans l'esprit, ces premiers points des commémoratifs offrent une valeur incontestable. La *recherche*

*des affections antérieures* à l'affection actuelle offre encore plus d'importance. N'oubliez jamais d'établir complètement ce dossier morbide de votre client. Non pas qu'il faille y inscrire toutes les maladies possibles, mais il en est un certain nombre qui ont avec la pathologie des voies urinaires un lien étroit et précis. C'est, en première ligne, la blennorrhagie; puis, sur un deuxième plan, les affections acquises ou héréditaires, telles que rhumatisme, goutte, syphilis, tuberculose, maladies nerveuses, diabète, athérôme.

Comme nous venons de le voir, la blennorrhagie doit occuper le premier rang. Elle est pour l'appareil urinaire la cause déterminante de beaucoup de lésions locales et souvent la source de son infection. A cet égard, son action ne se manifeste pas seulement dans ses premières périodes, mais à de si lointaines échéances, qu'il est permis de dire qu'il n'y a jamais prescription pour l'action qu'elle peut exercer.

Il ne faut pas rechercher seulement son existence passée, on doit aussi s'enquérir avec soin quand elle a eu lieu et à quelle date remonte la première, dans le cas où il y a eu des récidives. Nous ne saurions trop attirer votre attention sur le point suivant: quand vous interrogez le malade, c'est toujours de la dernière chaudepisse qu'il parle, c'est toujours elle dont il vous donne l'époque, y eût-il quinze ans ou quinze mois. Or il est de toute nécessité de savoir, nous vous le répétons avec intention, quand il a été atteint pour la première fois.

S'il est hors de doute, en effet, que la blennorrhagie provoque le rétrécissement, il nous est non moins démontré par l'observation journalière que le rapport de cause à effet est régi d'une façon presque absolue par le temps écoulé depuis l'accident primitif. Ce n'est pas une chaudepisse datant de six mois, d'un an, ni même de deux, sauf exceptions rares, qui amène une diminution marquée dans le calibre de l'urètre. C'est au bout de quatre, six, huit ans et plus, que la coarctation sera suffisamment prononcée pour éveiller des symptômes de dysurie.

Gardez-vous de trop facilement croire à un rétrécissement précoce. Si la chaudepisse date de l'année et, à plus forte raison, si quelques mois seulement se sont écoulés, n'hésitez pas, en présence d'une miction pénible et laborieuse, à pratiquer

le toucher rectal de préférence au cathétérisme explorateur. Souvenez-vous du n° 22; il se présentait à nous comme porteur d'un rétrécissement. Il n'avait, en réalité, pas droit à cette altération, car sa chaudepisse comptait à peine quelques mois d'existence, et il n'avait eu aucun écoulement antérieur. Vous avez pu vous assurer avec nous qu'il s'agissait d'une prostatite franche, facile à reconnaître par le toucher rectal. Les difficultés de la miction ont cessé avec l'inflammation de la glande, et nous avons pu, avant de laisser sortir le malade, vous montrer que son canal avait un calibre normal.

Il est toujours nécessaire de bien connaître le passé de l'urèthre et de le connaître d'une façon complète, au point de vue de la blennorrhagie et du traumatisme. Les malades qui n'ont jamais eu la chaudepisse, qui n'ont jamais été atteints de traumatisme de la région périnéale ou du bassin ne peuvent avoir de rétrécissement, si ce n'est au niveau du méat et dans la fosse naviculaire, lorsqu'ils ont été atteints de chancres du gland, ou d'inflammations sous-préputiales prolongées. Ceux qui ont subi l'influence de l'une des deux causes sur lesquelles nous attirons votre attention, ont souvent, au contraire, le canal rétréci. Ils peuvent parfaitement l'ignorer et se plaindre pour la première fois de difficultés à uriner, alors que c'est sous une influence prostatique que les troubles de la miction se prononcent. Il est d'autant plus nécessaire de les avoir bien interrogés, que vous pourriez commettre la faute de tenter mal à propos le cathétérisme avec un gros instrument.

Au commencement de l'année, beaucoup d'entre vous ont pu observer, au n° 3, un vieillard de soixante-huit ans. Arrivé dans nos salles avec des envies fréquentes et fort difficiles à satisfaire, surtout accusées la nuit, persistant néanmoins pendant la journée, ce malade devait, en raison de son âge, être soupçonné de lésions prostatiques. Toutefois son passé était loin d'être indemne de blennorrhagie, et, bien qu'il affirmât n'avoir jamais eu de difficultés pour uriner avant ces derniers temps, nous fîmes l'exploration méthodique du canal. Nous trouvâmes un rétrécissement n'admettant que le n° 7 de la filière Charrière, et nous dûmes, en raison de son ancienneté et de sa dureté, le soumettre à l'uréthrotomie. Cette opération nous permit d'ailleurs de pratiquer ultérieurement le cathétérisme

évacuateur et de mettre le malade à même de vider complètement sa vessie, dans laquelle l'urine continuait à stagner, sous l'influence de l'hypertrophie de la prostate. Il est inutile de vous faire remarquer combien, dans un cas semblable, le cathétérisme évacuateur essayé d'emblée était contre-indiqué. Ce que nous tenons à vous bien mettre en mémoire, c'est que l'on rencontre assez fréquemment des rétrécissements de l'urèthre chez les vieillards, et qu'assez souvent aussi les troubles de la miction ne se dessinent que le jour où l'hypertrophie prostatique entre en scène, alors même que le rétrécissement est étroit, dur, non dilatable. Il faut donc tenir pour suspect, au point de vue du rétrécissement, tout urèthre ayant été, même anciennement, le siège d'une blennorrhagie ou d'un traumatisme.

La blennorrhagie peut d'ailleurs être pour les voies urinaires la porte d'entrée de bien des maux. Nous vous engageons donc à interroger vos malades, non seulement sur le nombre et la succession de leurs blennorrhagies, mais aussi sur leur marche.

Des blennorrhagies, longues, revenant facilement, rebelles au traitement, compliquées de cystites, de rhumatismes et, à plus forte raison, d'accidents rénaux, indiquent en général une susceptibilité morbide, dont vous avez à tenir compte au point de vue de vos déterminations chirurgicales. De pareils accidents ont, sinon créé, du moins révélé non seulement une réceptivité toute spéciale de l'appareil urinaire, mais aussi mis à nu, dans bien des cas, les points faibles de votre malade. Nous ne voulons point anticiper sur ce que nous aurons à vous dire de l'influence locale et générale de la blennorrhagie. Mais nous devons vous engager à ne jamais négliger une sérieuse enquête pathologique à ce sujet. De ces résultats peut souvent dépendre la conduite chirurgicale que vous aurez à tenir.

Parmi les affections en apparence étrangères à l'appareil urinaire, il en est une, la *tuberculose*, dont il faudra souvent vous préoccuper. Que les phtisiques avérés soient atteints parfois de troubles urinaires, c'est un point incontestable; mais, fait beaucoup plus important, et peu connu, ces mêmes accidents urinaires peuvent se montrer à une période prodromique et être prémonitoires, pour ainsi dire, des phénomènes

thoraciques. Que cette donnée soit toujours présente à votre esprit; qu'elle le soit surtout quand vous vous trouverez en présence de sujets ayant de vingt à trente-cinq ans et souffrant de la vessie sans cause appréciable. Examinez l'état du thorax, palpez avec soin les épидидymes, explorez la prostate et les vésicules séminales. Examinez aussi le passé du sujet. Informez-vous des manifestations scrofuleuses de son enfance; recherchez l'état de santé de ses parents et de ses proches.

Le n° 15 nous présente tous les troubles de la miction que provoque si souvent la tuberculose urinaire, dont nous aurons un jour à vous entretenir en détail. Cependant son aspect robuste, sa santé florissante feraient hésiter peut-être si nous ne savions que sa mère est morte jeune et d'une maladie de poitrine de longue durée.

La *goutte* et le *rhumatisme* sont à rechercher, surtout lorsqu'on se trouve en présence de calculeux. Cette connaissance peut ne pas modifier les indications du traitement chirurgical. Mais plus tard, quand la taille ou la lithotritie aura fait disparaître le corps étranger, on devra tenir compte de la diathèse pour établir un régime et une hygiène appropriés. Toutefois, il convient de ne jamais oublier que la *néphrite interstitielle* est fréquente chez les goutteux, d'où le nom de: *gouty kidney* (rein goutteux) qui lui a été donné par les auteurs anglais. Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance d'un pareil fait et sur les réserves qu'il commande au point de vue du pronostic. Cela est d'autant plus nécessaire que ces néphrites sont souvent latentes.

L'appareil urinaire est regardé en général, et avec raison d'ailleurs, comme échappant à l'action de la *syphilis*. Vous avez pu cependant voir ce matin un malade qui lui doit les troubles de la miction dont il est atteint. Elle n'a agi, il est vrai, que par une voie indirecte. Porteur de lésions multiples, les unes cérébrales, les autres spinales, cet homme a de la paralysie du moteur oculaire commun, et une paraplégie commençante avec troubles dans l'émission des urines. Le mécanisme est donc complexe, mais il est, comme vous le comprenez, des plus utiles à connaître, au double point de vue du pronostic et de la thérapeutique. Toutefois, ce sont là des faits rares, nous nous plaisons à vous le répéter; de toutes les

parties de l'appareil urinaire, le rein seul paraît pouvoir être directement influencé par la vérole.

Ce que l'on observe par contre assez souvent, c'est une atrésie cicatricielle du méat, ou même d'un point plus reculé, mais peu profond de l'urèthre, due à un chancre malheureusement placé ou à une balano-posthite ayant chroniquement évolué sous un prépuce trop étroit. Mais ici il ne saurait être question de syphilis.

Nous devons encore vous signaler le *diabète*. Il coïncide souvent avec les maladies qui nous occupent particulièrement, avec l'affection calculeuse par exemple. Il faut donc avoir sans cesse l'esprit éveillé de ce côté, et, pour peu que l'abondance des urines, la soif plus ou moins vive vous donnent l'éveil, ne manquez pas de recourir à l'examen chimique, examen assez facile, d'ailleurs, et qu'il est bon de pouvoir pratiquer soi-même.

Ne perdez pas de vue que, chez certains malades qui peuvent n'être urinaires que d'apparence, c'est du côté du système nerveux qu'il faut surtout porter votre attention; et ce n'est pas seulement des lésions matérielles des organes qui le composent, mais des troubles nerveux eux-mêmes, qu'il faut vous préoccuper. Vous ne sauriez trop prendre l'habitude d'examiner au point de vue de leur état nerveux les malades chez lesquels l'état anatomique de l'appareil urinaire ne rend pas compte des troubles de la miction. Cela vous permettra non seulement de ne pas traiter comme des urinaires, ceux qui ont besoin d'une tout autre thérapeutique, mais de constater combien, dans les affections médullaires, les troubles de la miction sont précoces et peuvent servir à les dénoncer de bonne heure.

Enfin, ne négligez pas de vous renseigner avec soin sur l'état de la circulation. Examinez le cœur et les vaisseaux de vos malades, recherchez tous les témoignages des lésions athéromateuses, qui si souvent les atteignent dans l'âge mûr. Si vous procédez ainsi, vous arriverez à vous convaincre que l'artério-sclérose coïncide avec les grandes lésions de l'appareil urinaire des vieillards, qu'elle joue un rôle important dans leur genèse et leur évolution.

Savoir s'il y a eu *traitement antérieur*, quel il a été, quels