

il convient d'être bien fixé sur le sens qu'il faut attacher à ce mot « miction retardée ». Le malade reste plus longtemps que dans l'état normal pour accomplir la miction. Mais ce n'est pas l'émission même de l'urine qui prolonge la durée de la miction ; c'est le temps qui s'écoule entre le moment où le besoin s'est fait sentir et l'apparition des premières gouttes au méat.

Vous observerez ces retards de la miction dans diverses circonstances : le malade peut se plaindre et éprouver cette difficulté préalable pour toutes les mictions. Mais le plus souvent il vous avertira qu'elles sont surtout nocturnes. Chez le plus grand nombre, c'est le matin, lors des premiers essais de miction qui suivent le réveil définitif, qu'elles s'accusent avec plus de persistance. Non seulement le malade est obligé d'attendre l'arrivée de l'urine, mais il doit la solliciter par des efforts, par des tractions sur la verge, par des promenades. Il arrive enfin à débiter l'urine contenue dans le réservoir et à le vider. Mais ce n'est qu'en plusieurs actes que se sera accomplie et complétée la miction. Puis le cours normal se rétablit pour la journée.

Presque tous les malades s'accordent à déclarer que le retard dans l'apparition des premières gouttes d'urine est d'autant plus prononcé qu'ils ont moins obéi aux premiers avertissements du besoin d'uriner. De là, sans doute, cette difficulté matinale si habituelle, lorsque la miction du réveil ne s'accomplit qu'après quelques heures de sommeil.

Ce n'est pas seulement l'intervalle inconscient ou voulu entre les mictions qu'il faut accuser. Dans la journée, en effet, les envies d'uriner s'espacent, et cependant le retard est peu sensible. Ici encore il faut reconnaître cette singulière et fatale influence du lit et du sommeil, qui se reproduit invariablement chez les prostatiques.

Car c'est à une hypertrophie de la prostate que doit vous faire penser la constatation de cette forme particulière de la difficulté de la miction.

Que nous dit, en effet, ce retard à l'expulsion de l'urine, si ce n'est qu'il existe une résistance anormale du col vésical ; les contractions expulsives ne peuvent triompher de sa rigidité, ce n'est qu'en continuant ou en répétant l'effort que l'urine trouve

enfin issue ; et dès lors son écoulement se fait d'une façon continue et relativement assez rapide. Le malade est soulagé, et, pour peu que la miction ait été suffisante, il va jouir d'un assez long intervalle de repos. Et quel peut être l'agent de la résistance, si ce n'est l'hypertrophie prostatique qui circonviert l'orifice vésical et surajoute à ses parois une épaisseur de tissus, qui oblige la vessie à de pénibles efforts, pour en obtenir l'écartement.

La congestion due au décubitus et au sommeil augmente momentanément le volume de la prostate ; elle explique les difficultés de la nuit et du réveil, et nous fournit une caractéristique d'une haute valeur. Vous pouvez, en effet, faire immédiatement la distinction entre les retards de la miction dus à une contraction insuffisante de la vessie, et ceux que déterminent les hypertrophies de la prostate. Les premiers sont moins influencés par le décubitus, et encore moins soulagés par l'activité de la veille.

Le retard dans la miction se présente donc à des degrés divers et sous l'influence de conditions bien déterminées. D'autres nuances importantes s'offriront encore à votre observation. Il est facile de prévoir qu'un degré de plus dans la résistance du col pourrait rendre absolument infructueuses les contractions vésicales, et que la pression du liquide urinaire sur le col pourrait être incapable d'en déterminer l'ouverture.

C'est à quoi sont exposés, en effet, les malades qui offrent le symptôme que nous étudions. Il faut en être averti et prévoir la rétention d'urine. Il faut surtout indiquer au malade toutes les précautions hygiéniques nécessaires pour en éloigner l'imminence. Nous aurons plus tard à revenir sur ces importantes questions de pratique journalière. Mais nous ne pouvons terminer ces réflexions sans ajouter que la contraction vésicale peut, chez les malades qui nous occupent, devenir douloureuse. Dans ces conditions, vous sortez déjà de ce qui est l'état normal pour cette catégorie de sujets, la simple difficulté de la miction traduite par un retard dans l'émission. Cela doit suffire pour vous faire prévoir l'apparition, bientôt confirmée, d'une cystite, et pour vous imposer le devoir d'en prévenir la complète manifestation.

Les malades de cette catégorie sont, en effet, prédisposés à la cystite, de même que tous ceux chez lesquels s'établit et persiste la congestion de la vessie. Cette imminence de la cystite est surtout observée chez les prostatiques, chez lesquels vous la voyez souvent éclater à la suite de retards de la miction, ou sous l'influence occasionnelle de causes banales telles qu'un excès de table, un refroidissement. Le refroidissement, qui a d'ailleurs pour effet d'augmenter la congestion, a une influence bien plus décisive encore lorsque la cystite est déjà déclarée, car, s'il peut en déterminer l'éclosion, il en favorise singulièrement l'accroissement. Aussi verrez-vous très fréquemment, sous cette influence, des malades atteints de cystite subaiguë passer à l'état aigu, des accès de fièvre survenir et des congestions rénales se manifester.

Ces conditions sont, en effet, de celles qui favorisent le plus la mise en état de réceptivité de la vessie. Le microbe, qui ne saurait caractériser les espèces ou les variétés de la cystite, est cependant indispensable pour qu'elle se produise. Il fait la cystite, cela n'est plus contestable. Mais l'introduction des organismes pathogènes dans la vessie, qu'ils lui viennent par la voie uréthrale ou par celle de la circulation, n'a d'importance que lorsqu'elle est en état de les recevoir et de favoriser leur développement. Leur action est d'autant plus nuisible que ces conditions sont plus complètes et la congestion joue à cet égard un rôle des plus importants.

S'ils appartiennent surtout aux prostatiques, les *retards de la miction* ne sont cependant pas leur apanage exclusif. Les neurasthéniques sont souvent obligés, eux aussi, d'attendre que la miction veuille bien commencer. Ils doivent, à cet égard être divisés en deux classes distinctes. Certains neurasthéniques ne peuvent, en effet, se mettre en train s'ils sont le moins du monde surveillés au moment où ils veulent, même avec un besoin pressant, accomplir la miction. Un isolement complet leur est nécessaire. Ils ne souffrent même pas un voisinage médiat et ne peuvent, par exemple, uriner dans les stalles des pissotières. J'en ai observé qui se sentaient empêchés bien qu'enfermés dans un cabinet, si la présence d'un voisin derrière une cloison mitoyenne leur était révélée; ces sujets sont atteints de cette infirmité particulière que sir James Paget a

ingénieusement qualifiée en l'appelant : *bégaiement urinaire*. Mais il est des cas fort différents, et vous rencontrerez des neurasthéniques pour lesquels l'isolement le plus réel, le plus certain, est sans influence. Ceux-là n'ont point le bégaiement urinaire. Ils ont une contractilité vésicale amoindrie. Ce n'est qu'après un certain laps de temps, et quelquefois de véritables efforts, en général inutiles chez les premiers, qu'ils parviennent à amorcer. C'est habituellement par secondes, une demi-minute, une minute au plus, que se chiffre le retard; mais ce délai peut être bien plus considérable, et l'un de ces malades nous déclarait qu'il attendait parfois un quart d'heure. Disons de suite que ces sujets, presque tous fort jeunes, peuvent d'autant moins être confondus avec les prostatiques, qu'ils n'ont pas de besoins nocturnes, et que l'influence de la marche, aussi bien que celle de la veille, est chez eux sans influence.

L'effort nécessaire pour l'accomplissement de la miction ne vous donnera pas d'indications diagnostiques précises. La contractilité insuffisante de la vessie, de même que les obstacles que l'urine rencontre au niveau de la prostate ou des rétrécissements de l'urèthre, peuvent en être l'occasion. La douleur, vous le savez, détermine également des efforts, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette douleur. Sous l'influence des maladies qui provoquent des douleurs de vessie, les contractions du réservoir deviennent, en effet, souvent excessives et absolument involontaires. C'est même dans ce cas que vous verrez le plus souvent l'effort se produire avec toute cette impressionnante intensité, qui a souvent inspiré les tableaux cliniques qui en ont été tracés.

Les efforts non douloureux aboutissent rarement à ce degré extrême qui oblige le malade à n'obtenir l'expulsion de quelques gouttes d'urine qu'en se cramponnant aux objets qui l'entourent, en s'agenouillant, en se penchant en avant, en s'accroupissant, et en *poussant* de telle sorte que le visage se congestionne, qu'une sueur profuse baigne tout le corps, que les gaz et les matières fécales s'échappent involontairement, que la chute du rectum se produise.

Cet ensemble morbide se retrouve surtout chez certains calculeux; il est rare de le voir se produire chez les prostatiques

et les rétrécis. Vous ne rencontrerez guère chez eux que les poussées sur le rectum avec toutes leurs pénibles conséquences.

On est néanmoins frappé de constater chaque jour, chez les rétrécis en particulier, combien la quotité de l'effort nécessaire à la miction est peu en rapport avec le degré de l'étroitesse. Il serait fort téméraire, de baser sur ces rapports qui paraissent théoriquement devoir être en parfaite réciprocity, une échelle du diagnostic permettant de calculer l'étroitesse de l'obstacle par la somme de l'effort. La longueur du rétrécissement, l'épaisseur et la résistance du canal nécessitent, bien plus que sa grande étroitesse, des contractions musculaires énergiques.

Comparez à cet égard les malades couchés aux n<sup>os</sup> 5 et 2 de la salle des hommes. Le premier est porteur d'un rétrécissement serré, mais unique et très peu étendu de la portion bulbair. Ce n'est qu'avec peine que le point rétréci admet un n<sup>o</sup> 4. Tout le reste du canal est souple. La miction est lente, mais elle se fait sans efforts, elle est fréquente parce que le malade ne vide pas sa vessie, mais rien de plus.

Le n<sup>o</sup> 2, au contraire, peut être cité comme un exemple de miction très laborieuse. Les efforts ont si bien porté sur le rectum, qu'ils ont déterminé la production d'un volumineux bourrelet hémorrhoidal qui se gonfle, sort et saigne à chaque miction. La miction est fréquente, et ces pertes de sang si répétées ont amené cet homme à un degré tel d'anémie que nous avons dû pratiquer d'urgence l'uréthrotomie. L'effet de cette opération a été parfaitement hémostatique; elle a supprimé l'effort, et les hémorrhoides rentrées au repos ne saignent plus. Or, chez ce malade, la voie était relativement large, car l'explorateur n<sup>o</sup> 12 parcourait tout le canal. Mais l'urèthre était rétréci sur une grande étendue et épaissi dans toute sa portion périnéale, ce dont témoignaient à la fois l'exploration intra-urétrale pratiquée avec l'explorateur à boule et le palper extérieur, qui permettait de sentir, à travers les téguments, un cordon dur et résistant dans la portion périnéale de l'urèthre.

L'étude de l'effort ne peut fournir de renseignement de quelque précision que si l'on tient compte du moment de la miction qui le provoque ou l'exagère.

Il importe donc de préciser et de savoir si l'effort a lieu au commencement ou à la fin de la miction, ou s'il se continue pendant toute sa durée.

L'effort du début accompagne assez habituellement le retard dans la miction, et se produit par conséquent surtout chez les prostatiques. L'effort que détermine la fin de la miction se complique de douleurs souvent fort vives. Il s'observe en particulier chez les calculeux, chez les malades atteints de cystite; c'est la manifestation d'une sensation fautive qui provoque encore les contractions du réservoir, alors qu'il n'y a plus d'urine à expulser, ou bien lorsque la vessie s'applique sur un corps étranger qu'elle ne saurait chasser de sa cavité. L'effort qui se continue pendant toute la durée de la miction appartient à ce petit groupe de rétrécis qui ne peuvent uriner qu'au prix de poussées plus ou moins violentes. On l'observe, au contraire, d'une façon plus constante et des plus démonstratives, chez les myéliques et chez les malades dont la contractilité vésicale affaiblie a besoin d'être complétée par l'action synergique des muscles abdominaux, comme chez certains neurasthéniques.

La position que choisit le malade obligé de se livrer à des efforts de miction mérite aussi l'examen du sémiologiste. Les malades choisissent instinctivement les positions qui favorisent le mieux le développement de l'effort, ou arrivent à découvrir celles qui permettent de le réduire au minimum ou de le supprimer. Dans cette dernière et peu nombreuse catégorie, peuvent se ranger certains calculeux, dont nous aurons à parler tout à l'heure à propos des modifications du jet.

La plupart des malades cherchent, comme nous le disons, à favoriser l'effort, et presque tous choisissent la position debout, un certain nombre la position de la garde-robe sur le siège, ou accroupie. Dans la position debout, ils s'inclinent en avant pour peu que l'effort doive se développer; mais ils utilisent surtout cette projection antérieure du tronc dans la position assise ou accroupie. Plus d'un malade arrive ainsi à vider beaucoup plus complètement le réservoir urinaire. Dans cette position, ils font, en effet, concourir à l'expulsion des urines, non seulement les contractions des muscles de la vessie et de l'abdomen, mais encore la pression directe de la masse intes-

tinale refoulée dans le petit bassin et fortement maintenue contre les parois du réservoir urinaire.

Les myéliques urinent plus particulièrement dans la position assise. Ils se placent sur la garde-robe et s'inclinent en avant pour opérer la miction. C'est en effet la position assise qui est surtout efficace, lorsqu'il est nécessaire de suppléer à la contraction insuffisante de la vessie. L'expérimentation démontre ce que l'observation clinique nous enseigne. Et ce qui peut contribuer à montrer que la position accroupie prise par les myéliques est bien en rapport avec le degré de l'affaiblissement de la contractilité, c'est que les neurasthéniques, qui sont obligés de faire effort par défaut de leur contractilité, ne prennent pas cette position. C'est du moins ce qu'il nous a été donné d'observer dans des cas assez nombreux pour que nous nous trouvions autorisé à le signaler.

IV. MICTION RARE. — Il est une catégorie de sujets qui n'éprouvent que rarement le besoin d'uriner. Chez eux, l'évacuation se fait généralement sans effort et la quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures est au chiffre normal. A cet égard comme à d'autres, ils ne peuvent être considérés comme pathologiques. Le défaut de réaction du muscle vésical à la tension constitue néanmoins une anomalie qui mérite toute l'attention du sémiologiste. Il est, en effet, des neurasthéniques et même des tabétiques, qui ne sentent qu'à de très longs intervalles le besoin d'uriner. La constatation de ce phénomène doit donc nous conduire à étudier, au double point de vue que nous signalons, les sujets qui le présentent.

La rareté de la miction peut n'être que la conséquence d'une habitude et s'observe, dans ces conditions, dans l'un et l'autre sexe ; mais elle se montre spontanément chez quelques neurasthéniques et s'accompagne alors d'autres troubles de la miction, tels que diminution de force et de projection du jet, et surtout efforts prononcés.

L'influence de l'état nerveux est rendue bien évidente par l'observation de malades qui sont alternativement atteints de fréquence et de rareté des mictions. Chez l'un d'eux, qui avait jusqu'alors eu de nombreux besoins diurnes, la miction était devenue rare depuis un mois et, dans la dernière quinzaine, le

besoin de pisser avait complètement disparu. Il était obligé d'uriner par raison et de faire d'assez grands efforts. Le symptôme permanent, associé d'ailleurs à d'autres phénomènes purement nerveux, était, chez ce malade, le bégaiement urinaire. On le retrouve chez la plupart. Toujours est-il que les sujets chez lesquels s'observe la miction rare et même l'absence du besoin d'uriner vident leur vessie.

La miction rare n'acquiert de valeur sémiologique que lorsqu'elle s'accompagne de la perte de la sensation du besoin d'uriner et qu'elle est devenue habituelle. La possibilité de résister facilement aux sommations de la vessie est, en effet, l'une des caractéristiques de son état normal.

V. MODIFICATIONS DU JET. — Ces modifications sont souvent invoquées à l'appui du diagnostic ; les malades y attachent une grande importance. Ils jugent à leur façon les divers phénomènes que leur révèle une observation le plus souvent fort attentive et anxieuse. Ils sont en présence de phénomènes purement objectifs faciles à noter et qui leur paraissent tout aussi faciles à interpréter. Trop souvent, cette manière de voir est partagée par celui qu'ils consultent.

En réalité, les conditions qui permettent les modifications du jet sont assez complexes ; il est nécessaire, avant de les exposer, de rappeler dans quelles conditions s'exécute la miction normale.

A l'état de repos, le col et le canal uréthral juxtaposent leurs parois, dont l'adossement régulier contribue, dans une certaine mesure, à maintenir la fermeture de l'orifice vésical. Le liquide que la contraction de la vessie va expulser devra donc tout d'abord faire effort sur les parois du conduit où il va pénétrer et qu'il doit parcourir. Si la colonne liquide est fortement et régulièrement poussée, suffisamment alimentée, si les parois de l'orifice vésical et du canal uréthral sont parfaitement souples, le jet sera régulièrement calibré. Dans ces conditions, se produisent ces jets d'urine réguliers, arrondis, lancés franchement à distance, dont on retrouve les spécimens dans l'enfance et chez les jeunes gens. La résistance du méat, dont vous savez l'étroitesse relative et la non-extensibilité, contribue à régulariser la tension de la colonne liquide emmagasinée dans

l'urèthre et à assurer sa forte projection ainsi que sa régularité.

Que la quantité de liquide à expulser ne soit plus suffisante et déjà le jet se modifie dans sa forme et dans sa projection ; c'est ce qui arrive invariablement à la fin de la miction la plus régulière ; il en est de même alors que la vessie est cependant pleine, si sa contractilité est insuffisante. Que la souplesse du col, que la régulière élasticité des parois du canal diminuent, le jet va également se déformer.

L'urèthre représente, en réalité, une manche à eau sur le parcours de laquelle il suffit que s'exerce la moindre pression pour que la forme de la colonne liquide qui le parcourt soit modifiée d'une façon très marquée. Mais, quelle que soit l'influence exercée par l'urèthre et le col vésical sur la forme et la projection du jet, celle de la vessie est non moins évidente. Dans nombre de cas, les déformations du jet ne sont que la résultante de l'insuffisance de sa contraction. Voici un ataxique encore jeune, dont le canal et le col sont normaux ; demandez-lui comment il pisse ? Vous apprendrez que son jet est filiforme, à peine projeté. Voici, par contre, un rétréci également jeune dont le canal n'admet qu'un explorateur n° 8. Il déclare que son jet est abondant, large, bien poussé. Je répète souvent : que l'on pisse avec sa vessie et non avec son canal. L'impulsion vient, en effet, du réservoir. Le conduit de décharge s'ouvrira plus ou moins suivant le degré de cette impulsion et le volume de la colonne liquide, quel que soit, d'ailleurs, son état anatomique. Il ne représente que la résistance, l'action est avant tout dévolue à la vessie. L'insuffisance vésicale détermine, à elle seule, des modifications du jet ; il importe de le savoir.

Vous aurez donc à tenir compte, pour expliquer les modifications du jet : du degré d'impulsion donné par la vessie, de la quantité du liquide sur laquelle s'exerce la pression concentrique de la vessie, de l'état du col et de celui de l'urèthre ; vous ne négligerez pas de vous enquérir, en outre, du plus ou moins d'étroitesse du méat et de la disposition du prépuce. Le jet peut, en effet, être modifié à sa sortie soit par un agglutinement des lèvres du méat, tel que le provoquent les restes d'un écoulement qui sèche entre deux mictions, soit par l'orifice resserré d'un prépuce trop long ou mal conformé qui recouvre le méat et s'oppose à la projection directe de l'urine.

L'étude du symptôme serait fort difficile, et même impossible, si nous cherchions à définir les modifications que peut imprimer chacune de ces causes. Cette recherche parfaitement stérile ne doit pas même être tentée. Les modifications du jet n'ont par elles-mêmes aucune signification. Elles n'acquièrent d'importance que lorsqu'elles sont très prononcées, se reproduisent d'une façon constante ou sous l'influence de conditions bien déterminées.

Vous devez, en effet, éloigner de vos constatations toutes ces modifications plus ou moins intermittentes, variables et variées, dont les malades ne vous épargnent pas la description minutieuse. Il ne s'agit guère, dans ce cas, que de mictions fréquentes opérées sous la pression d'une quantité insuffisante de liquide ou sous l'empire de contractions faibles et imparfaites du muscle vésical. Le jet reprend des allures plus normales toutes les fois que les mictions s'espacent, et que la vessie est mieux remplie. N'oubliez pas, cependant, que les neurasthéniques présentent, presque tous, une diminution notable de la force contractile de la vessie. Les mensurations que nous prenons avec le manomètre nous l'ont bien des fois démontré. Chez ces sujets vous rencontrerez fréquemment et l'insuffisance vésicale et l'insuffisance génitale. Chez eux, il y a modification habituelle du jet, sans que la moindre lésion de l'urèthre ou du col intervienne.

C'est, en définitive, de la *forme du jet*, de son *volume*, du degré de sa *projection*, de ses *interruptions brusques*, que vous aurez à vous enquérir.

Il n'est pas une seule des *modifications de forme* du jet qui ait assez d'importance pour que nous nous arrêtions à sa description. Que le jet soit vrillé, aplati, en lame de sabre, élargi, qu'il soit même divisé, bifide, en arrosoir, ce n'est pas là en vérité ce qui vous renseignera sur la nature et le siège de la lésion. Si le fait est constant, cela vous permettra, il est vrai, d'admettre que le col ou le canal sont modifiés dans leur conformation ou leur structure ; mais, bien que ce renseignement mérite considération, il ne vous donnera jamais qu'une présomption. Tout cela peut, en effet, s'observer, avec l'insuffisance vésicale pour seule cause.

La *diminution du volume*, lorsqu'elle est constante, a plus

d'importance. Elle s'observe chez les rétrécis, elle permet même de juger approximativement de la diminution de calibre de l'urèthre, mais il faudrait bien vous garder d'accorder à ce renseignement assez d'importance pour évaluer, d'après le calibre du jet, le numéro de la bougie que vous aurez à présenter à l'urèthre. Je viens de le dire, mais je dois le répéter, le jet des rétrécis fait illusion sur l'état réel du canal. C'est pourquoi il n'est pas permis, en bonne clinique, de conclure de la façon dont un malade pisse à la valeur d'une opération ou d'une manœuvre quelconque, ayant pour but l'élargissement de l'urèthre. Ne savez-vous pas que les malades que vous dilatez accusent, dès le début du traitement, alors que vous avez à peine gagné un ou deux numéros, de telles améliorations dans la miction, que leur satisfaction devient souvent un obstacle à la continuation d'un traitement dont ils s'imaginent prématurément avoir tiré des bénéfices suffisants? Ils se contentent du présent; c'est à vous à penser à l'avenir et à tenir compte, non pas du résultat physiologique, mais du résultat anatomique, c'est-à-dire des modifications de l'obstacle et non des seules modifications du jet. C'est du moins ainsi que vous procéderez, si vous ne désirez pas donner place aux illusions, dans l'appréciation de vos résultats. Vous êtes ici en présence de cas qui relèvent avant tout de l'examen direct et méthodique du canal. Eux seuls fournissent une base certaine aux appréciations aussi bien pour le diagnostic que pour la thérapeutique.

La *diminution dans la projection*, lorsqu'elle est habituelle, mérite encore d'être prise en considération. Vous la rencontrerez également chez les rétrécis et chez les prostatiques; mais plus habituellement chez ces derniers. La diminution dans la projection peut ne pas porter sur le jet tout entier. Vous verrez souvent des malades qui lancent en avant et à une distance convenable une bonne partie du jet, et qui en même temps arrosent le sol entre leurs jambes, parce que le jet abandonne au niveau du méat une partie du liquide urinaire, qui tombe directement en gouttes plus ou moins précipitées ou revêt l'apparence d'un jet imparfait, informe, et souvent dirigé à droite ou à gauche. Ce genre de bifidité s'observe assez habituellement chez les rétrécis. La disparition complète et totale

de la projection, qui réduit le jet à une sorte d'écoulement précipité de l'urine qui tombe directement sur le sol, est souvent signalée; il est convenu que cette catégorie de malades pissent sur leurs bottes; il en est qui vont moins loin encore et pissent sur leurs genoux. Cette modification est encore l'une des expressions symptomatiques de la présence d'un obstacle au cours de l'urine. Mais, en dépit de sa grande notoriété, ce signe ne saurait, non plus que les précédents, vous fournir un renseignement assez caractéristique pour arriver à la détermination du siège et de la nature de la lésion. Il s'agit le plus souvent dans ces cas de vieux prostatiques, mais fréquemment aussi de rétrécis.

La *modification du jet d'urine dans sa continuité* et, en particulier, sa  *Brusque interruption* peuvent, au contraire, offrir la valeur d'un signe pathognomonique. Il ne saurait cependant vous renseigner d'une façon précise que s'il a été observé dans des conditions bien déterminées que nous allons vous indiquer.

Le jet brusquement interrompu peut se rétablir; la miction suspendue peut reprendre; l'arrêt peut être plus ou moins complet, plus ou moins douloureux. Ce ne sont pas les conditions qui donnent à ce symptôme sa valeur sémiologique. Il s'agit de déterminer exactement: sous quelles influences se manifeste l'arrêt du jet, et non pas la modalité suivant laquelle il s'effectue.

On considère volontiers ce symptôme comme spécial aux calculeux. Il n'est guère de malade qui ne vous objecte, lorsque vous avez quelque raison de le croire atteint de la pierre, qu'il n'a jamais éprouvé d'interruption du jet. Il vous aurait immédiatement consulté s'il avait observé un semblable phénomène! Mais, vu l'absence de ce signe qui a la confiance de la généralité des malades, il a souvent assez peu tenu compte de symptômes d'une tout autre importance clinique. N'êtes-vous pas habitués d'ailleurs à entendre les fracturés vous dire qu'ils espèrent bien ne pas avoir de rupture des os du bras ou de la jambe, parce qu'ils remuent les doigts?

Il faut donc que vous sachiez que ce prétendu signe de la pierre ne s'observe que fort rarement, et il serait encore plus utile que la confiance si peu justifiée qu'on lui réserve dans tous les cas pût être ébranlée.