

La vérité, c'est qu'on le rencontre, en effet, chez certains calculeux et qu'il se produit chez eux dans des conditions telles qu'il est permis de lui accorder, dans ces circonstances spéciales, une très grande valeur.

D'une manière générale, vous l'observerez très rarement dans nos salles. Des douze calculeux actuellement dans notre service ou y ayant récemment séjourné, un seul vous a présenté ce symptôme particulier.

Pour qu'un corps étranger joue le rôle de soupape à l'égard du col vésical et vienne se jeter à la traverse du jet d'urine qu'il interrompt, il faut, en effet, un ensemble de conditions que ne présentent pas, en général, nos vieux calculeux.

La pierre ne se laisse entraîner par le courant d'urine qu'à la condition d'être très mobile, ou, si vous l'aimez mieux, d'être petite; pour peu qu'elle offre un certain volume, elle résistera à l'impulsion du liquide. Mais il faut encore que, dans son trajet vers l'orifice du col, elle ne rencontre aucun obstacle. Or, vous le savez, le développement physiologique de la prostate modifie de bonne heure la résistance du col. A ce point de vue, elle le met en état de défense contre l'engagement des corps étrangers trop volumineux pour franchir complètement l'urèthre. C'est une condition si utilisable dans la lithotritie, que cette bienfaisante opération n'aurait pu être faite avec succès, sans le secours que nous prêtes, à cet égard, l'accroissement physiologique de la prostate. Le col est encore en meilleur état de défense contre l'engagement des corps étrangers d'un certain volume, lorsque les progrès de l'hypertrophie prostatique l'ont déplacé en le surélevant; le bas-fond vésical se constitue et ne s'approfondit que trop avec les progrès de l'âge. Ce sont ces conditions qui ont permis les séances répétées, et c'est, vous le savez, sous cette forme que la lithotritie a tout d'abord conquis le droit de domicile dans la pratique.

Nos malades calculeux ont, pour la plupart, dépassé la cinquantaine, voire la soixantaine et bien au delà; ils ont, de plus, supporté leur pierre pendant une ou plusieurs années avant de consulter. Dans ces conditions, vous n'observerez jamais d'interruption du jet, à moins qu'il ne s'agisse par hasard d'un très petit calcul.

Mais alors même, il faut encore que la position prise au

moment de la miction favorise la translation du calcul et l'aide à tomber dans l'orifice du col qu'il obture.

L'observation confirme ces données théoriques; c'est dans la *miction debout* que se produit l'arrêt brusque du jet lorsqu'il est dû à un calcul. Établissez le *contrôle* du symptôme, faites uriner le malade dans la position horizontale, et vous ferez cesser toute interruption du jet. Ce n'est d'ailleurs qu'après cette contre-épreuve que l'interruption brusque du jet urinaire aura acquis la valeur d'un symptôme pathognomonique.

L'arrêt brusque du jet peut, il est vrai, se produire chez des sujets porteurs de pierres plus volumineuses, et dans la situation horizontale. Mais, dans ces cas, vous n'aurez affaire qu'à des enfants ou à des jeunes gens chez lesquels les parois, parfaitement régulières, font converger toute l'action de la vessie contractée vers un orifice en situation normale, parfaitement souple et facilement perméable.

Lorsque vous observerez chez l'homme fait, et surtout chez les gens âgés, et que vous verrez l'interruption du jet se produire aussi bien dans la situation horizontale que dans la station, vous pouvez éloigner l'hypothèse d'un calcul ou tout au moins ne l'admettre que sous bénéfice d'inventaire. La contraction spasmodique et insuffisante de la vessie, la résistance de la prostate, la fatigue que cette résistance impose au muscle vésical sont autant de causes qui peuvent expliquer les interruptions du jet d'urine.

L'influence de la position sur le déplacement du calcul est tellement déterminante que les malades arrivent d'eux-mêmes à uriner dans certaines positions. Vous venez d'observer au n° 23 un homme âgé de quarante-cinq ans, qui a eu pour la première fois, il y a trois mois, une colique néphrétique. Depuis six semaines il éprouvait divers troubles de la miction, tels que douleur finale, besoins répétés sous l'influence de la fatigue, et surtout interruption brusque et douloureuse du jet en urinant debout. La miction ne redevenait possible que lorsqu'il s'allongeait; aussi le malade avait-il pris l'habitude de toujours se coucher pour uriner, et il était parvenu à conjurer tout accident. Nous ne pouvions hésiter, en présence de ces renseignements, à diagnostiquer un calcul de petites dimensions. L'explo-

ration a pu facilement confirmer le diagnostic établi d'après les symptômes fonctionnels, et une seule séance de lithotritie a guéri le malade.

Telle est l'importance de l'interruption brusque du jet observée dans de semblables conditions, que vous ne devriez pas hésiter à renouveler vos recherches, si une première exploration n'avait pas répondu à vos prévisions.

Nous pourrions vous citer un certain nombre de faits semblables où l'interprétation logique des symptômes a reçu par l'examen direct et par le traitement la même consécration. Nous ne voulons cependant que vous mettre en garde contre une déduction trop naturelle pour que nous ne devions pas la prévenir.

Vous seriez, en effet, en droit de conclure, non seulement que l'interruption brusque du jet chez les calculeux possède une grande valeur diagnostique, mais aussi qu'elle permet d'établir un pronostic favorable, puisque la pierre doit nécessairement être petite. La première partie de cette proposition seule représente la vérité clinique, mais le pronostic ne demeure favorable que si l'on intervient promptement. Le succès est alors facile et complet. Mais, si vous ne pouvez décider le malade à se prêter à une intervention immédiate, vous devez craindre de voir se produire, sous l'influence de l'engagement du calcul, des rétentions d'urine difficiles à vaincre et des accidents urinaires graves, si les urines sont infectées.

Vous avez pu, il y a quelques mois, observer dans les salles un garçon de café, âgé d'une trentaine d'années, que l'on amena dans notre service dans l'état le plus alarmant. Depuis quelque temps ce malade voyait se produire l'arrêt brusque du jet, lorsqu'il fut pris tout à coup, à la suite d'un engagement plus complet du calcul, de rétention d'urine. Le cathétérisme fut péniblement exécuté avant son entrée à l'hôpital; il nous fut envoyé en proie à des accidents urinaires d'une haute gravité. Le commémoratif nous ayant permis de sentir le diagnostic, nous inscrivîmes en tête des prescriptions du traitement la miction dans la position horizontale. La lithotritie, devenue ultérieurement possible, a permis de guérir ce malade, pour lequel deux séances ont été nécessaires.

Nous avons opéré, il y a deux ans, un jeune Espagnol venu

de Barcelone, et qui a pu être débarrassé en une seule séance. Il avait été fort gravement malade, l'hiver précédent, sous l'influence de difficultés considérables de la miction et d'accidents urinaires consécutifs; il venait de faire en vain une saison minérale destinée à guérir une prétendue prostatite. Le commémoratif indiquait la présence d'un calcul. Le malade, que nous avons revu depuis et tout récemment encore, reste parfaitement indemne de toute difficulté dans l'émission des urines.

De pareils exemples peuvent faire comprendre l'importance accordée au symptôme que nous venons d'étudier; mais ils ne sauraient établir que l'interruption brusque du jet d'urine s'observe chez tous les calculeux et seulement dans cette catégorie de malades.

L'ensemble de notre étude nous permet aussi de conclure que, sans avoir toujours de valeur diagnostique précise, la difficulté dans la miction est un des symptômes qui méritent cependant le plus d'attirer l'attention du clinicien. Étudiée dans ses diverses modalités, elle fournit, en effet, les éléments d'analyse indispensables pour apprécier, à sa juste valeur, un phénomène que la pratique de chaque jour soumettra à votre observation.

VI. MICTION DOULOUREUSE. — A quelque degré qu'il se présente à votre observation, le symptôme douleur devra fixer toute votre attention.

La douleur, en effet, n'est pas seulement, comme nous allons le voir, un élément précieux de diagnostic, un élément de premier ordre, elle est aussi, dans nombre de circonstances, l'objectif presque exclusif des préoccupations du malade et des efforts thérapeutiques du médecin.

Pour peu que vous sachiez interroger, vous aurez toute chance d'être bien renseignés. Vos questions doivent porter sur trois points principaux: l'époque où sont apparus, pour la première fois, les phénomènes douloureux, les conditions qui les déterminent ou les atténuent, leurs rapports avec la miction et ses différents temps. Chacun de ces points, tous trois de grande importance, mérite d'être étudié avec détails.

Le symptôme douleur, qui si souvent accompagne les maladies des voies urinaires, qui peut les compliquer toutes, mais

qui est la conséquence obligée de plusieurs d'entre elles, n'est cependant pas toujours, tant s'en faut, contemporain de la lésion qui le détermine.

Vous devrez, néanmoins, vous occuper tout d'abord de faire préciser par le malade l'âge de la douleur, et vous appliquer à connaître les circonstances dans lesquelles elle s'est produite pour la première fois.

Les lésions inflammatoires sont celles auxquelles la douleur fait immédiatement et invariablement cortège. C'est par elles que le malade est pour la première fois averti. Le début est brusque; l'état douloureux atteint rapidement sa plus grande intensité, arrive à la période de déclin, puis disparaît ou s'atténue. Il y a eu une crise douloureuse qui peut se reproduire, mais qui ne reparaitra qu'avec la même succession dans les phénomènes douloureux.

La douleur que provoquent les lésions mécaniques, telles que celles qui résultent de la présence d'un calcul, ou les lésions organiques, ne s'établit que graduellement, et n'arrive que plus ou moins lentement à sa période d'état.

La douleur des calculeux peut cependant leur être brutalement signifiée à la suite de causes mécaniques telles qu'une secousse violente et subite. Il n'est pas rare, dans cette catégorie, de rencontrer des malades qui ne viennent chez le chirurgien qu'à l'occasion de cette démonstration tout accidentelle d'un état morbide. Mais cette douleur provoquée rappelle au souvenir de celui qui la subit certaines sensations analogues ressenties dans les mêmes circonstances; elle lui explique cet état de malaise presque constant, mais assez mal défini, dont il avait depuis plus ou moins longtemps déjà à souffrir et à se plaindre. La douleur, dans ce cas, disparaît avec la cause qui l'a déterminée, et, pour peu que le malade puisse éviter de vives secousses, il pourra, pendant assez longtemps encore, mettre sur le compte d'une circonstance fortuite la production du symptôme douloureux.

Le clinicien ne saurait s'y tromper et devra toujours noter avec soin semblable manifestation.

Elle n'a eu, il est vrai, primitivement aucune relation avec la miction; mais il est rare que le souvenir de l'accident douloureux, s'il a été oublié ou négligé, ne soit rappelé, un jour

ou l'autre, par quelque symptôme analogue qui, cette fois, accompagnera l'émission de l'urine.

La douleur, qui complique si cruellement les lésions organiques, ne se montre que dans les périodes avancées de la maladie; dans ces cas, le symptôme destiné à devenir prédominant ne peut donc servir à déterminer, même approximativement, le début de l'affection.

Ce contraste très absolu, dans le moment et dans le mode d'apparition du symptôme douleur, suivant qu'il s'agit d'affections inflammatoires ou de lésions d'une autre nature, fournit au sémiologiste un élément important d'appréciation. Il lui permet, dès le début de son examen, de juger de la direction qu'il aura à donner à l'interrogatoire à l'aide duquel il va, dès lors, chercher à interpréter les renseignements que ne manquera pas de lui fournir l'étude des phénomènes douloureux qui accompagnent la miction.

C'est, en effet, sous l'influence de l'émission de l'urine que paraît le plus habituellement, ou que s'accuse le plus énergiquement le symptôme douleur. Il est donc naturel de prendre pour base de l'étude de cet important symptôme l'acte de la miction, et de s'occuper principalement de la douleur au point de vue de ses relations avec les fonctions qu'elle vient profondément modifier et troubler.

Nous ne perdrons cependant pas de vue les influences qui, en dehors de la miction, peuvent provoquer la douleur chez les urinaires.

Nous savons déjà quelle peut être l'influence des secousses que nous avons vu posséder parfois une véritable puissance de révélation. La secousse n'est, en somme, qu'un mode exagéré du mouvement; nous sommes conduits ainsi à rechercher l'influence du mouvement, sous toutes ses formes, sur l'apparition et l'intensité du phénomène douleur.

Nous tiendrons note avec tout autant de soin des effets du repos, de l'immobilité. Selon notre habitude, nous opposerons l'un à l'autre l'effet que déterminent l'une et l'autre de ces influences opposées; cette opposition nous fournira le *contrôle*, aussi nécessaire pour établir la valeur du symptôme que pour juger les résultats d'une expérience. Mais nous ne porterons un jugement que lorsque nous aurons associé et mis en paral-

lèle la somme des remarques fournies par l'étude de l'influence de la miction, par celle du mouvement et du repos sur les manifestations douloureuses dont l'appareil urinaire peut être le siège.

Nous aurons enfin à tenir compte des cas où la douleur existe en dehors des mictions, *sans cause provocatrice* appréciable. Cette constatation offre, en effet, nous le verrons, le plus grand intérêt.

Des généralités que nous venons d'exposer, il résulte que la vessie est le *siège le plus habituel de la douleur* chez les urinaires. C'est, en effet, la partie des voies d'excrétion qui participe le plus activement à l'acte de la miction. Sans tenir compte, au point de vue sémiologique que nous poursuivons actuellement, des douleurs qui ont pour siège les reins, nous ne pouvons cependant pas oublier l'influence provocatrice des douleurs nées dans les uretères, dans les bassinets ou dans le parenchyme rénal, sur la vessie, et réciproquement l'influence des douleurs vésicales sur la sensibilité rénale. Ces réflexes, que je désigne en les dénommant : réno-vésical et vésico-rénal, doivent être recherchés avec soin. Les coliques néphrétiques, par exemple, sont souvent accompagnées de ténésme vésical; il pourrait induire en erreur, si l'on n'était prévenu de son intensité dans quelques cas. Le ténésme vésical, qui accompagne la crise, n'est pas constant; il n'est nullement en rapport avec l'expulsion au dehors du gravier encore en route dans l'uretère. Le retentissement de l'état rénal sur la vessie peut, d'ailleurs, on le sait depuis Morgagni, s'observer chez les calculeux rénaux en dehors des crises.

Ce ne sont pas les seuls phénomènes réflexes avec lesquels l'étude de la douleur nous oblige à compter. Le besoin d'uriner provoque dans la verge, particulièrement à sa base et à son extrémité, de pénibles sensations. La douleur du bout de la verge est bien connue, souvent elle semble localisée au méat. D'autre part, la sensibilité du méat paraît, chez certains sujets, provoquer le besoin d'uriner. Nous aurons à revenir sur ces faits.

Nous ajouterons que vous rencontrerez des malades qui n'ont pas d'affection des voies urinaires, et chez lesquels le symptôme douleur se développe sous l'influence du besoin d'uriner ou de la répétition des mictions.

Vous ne pourrez être guidés, au milieu d'un ensemble pathologique aussi complexe que par un interrogatoire méthodique.

Cet interrogatoire aura pour but tout d'abord de rechercher si la douleur se produit seulement au moment des mictions, ou si elle existe en dehors des mictions.

L'étude de la douleur provoquée par la miction devra vous permettre de bien préciser le *moment de la miction*, pendant lequel se montre la douleur, ou tout au moins le moment où elle acquiert la plus grande intensité. Vous demanderez donc à votre malade s'il souffre *avant, pendant* ou *après* la miction, ou enfin au moment où la miction se termine, et dans les instants qui la suivent immédiatement.

L'étude de la douleur qui se montre en dehors des mictions aura surtout pour objectif la constatation des influences qui provoquent l'apparition de la douleur ou en favorisent la diminution et la disparition. Vous rechercherez avec un soin égal les effets du mouvement et du repos; vous noterez à part les cas où la douleur naît et disparaît spontanément, en dehors de toute influence capable de la provoquer ou de l'atténuer. Ces constatations négatives sont fort importantes.

Toute une classe de malades consultent pour des besoins répétés et pressants. Ils ne sont pas polyuriques, car leurs mictions se font par petite quantité; ce sont des pollakiuriques; la fréquence est à peu près exclusivement diurne. Les besoins cessent dès que le sommeil commence et ne se renouvellent qu'avec le réveil naturel ou accidentel; la vigilance de leur muscle vésical peut donc être endormie. Vous connaissez déjà ces malades, car nous nous retrouvons encore dans ces cas devant toute la classe des *impressionnables*, dont nous vous énumérons les représentants à propos de l'étude du symptôme fréquence. Chez eux, l'envie d'uriner est non seulement fréquente, mais vive, pénible; elle demande à être promptement satisfaite pour ne pas devenir douloureuse. Ce sont des excitables. Interrogez bien et vous remarquerez que ce n'est pas seulement à propos du besoin d'uriner que leurs sensations s'exagèrent. Aux différents types pathologiques que nous vous avons signalés, vous pouvez joindre les malades qui ont été, pendant leur enfance, atteints d'incontinence d'urine, car vous les rencontrerez parmi ceux qui se plaignent d'envies fréquentes

et douloureuses, et qui ne souffrent, par conséquent, qu'avant la miction. S'ils éprouvent de la souffrance à propos de la miction, s'ils sont soulagés lorsqu'elle s'est effectuée, ces sujets ne sont pas débarrassés de la douleur pendant ses intervalles. Sans doute, ils se plaignent de souffrir de la vessie et désignent la région hypogastrique. Ils précisent en indiquant le siège sus-pubien au-dessus ou plutôt au pied de la verge, pour employer leurs expressions. Ils concluent en affirmant que cela vient du col de la vessie. Vous interrogez et vous apprenez que cette douleur est absolument spontanée, que le besoin d'uriner ne l'exaspère pas et que la miction, qui cependant soulage, ne la fait nullement cesser. Elle est en réalité continue et, si elle présente des exacerbations, celles-ci sont indépendantes de la miction et de toute cause provocatrice appréciable. Ils se plaignent concurremment, dans la plupart des cas, d'une douleur périnéale qui s'irradie vers l'anus et qui, elle aussi, n'a rien à voir avec la miction. Ils offrent, d'ailleurs, plusieurs des stigmates de l'état nerveux, entre autres, l'anesthésie pharyngée, de l'hémianesthésie sensitive ou sensorielle, du rétrécissement du champ visuel, crises de larmes, sensation de boule, quelquefois la diminution des réflexes patellaires, etc. Ce sont donc bien des névropathes, voire des hystériques, bien que mâles pour la plupart. Mais, si le diagnostic est complètement éclairé par l'examen du sujet, sa ligne de recherche n'était-elle pas établie, la nature de la maladie désignée par la constatation de ce fait que les sensations douloureuses sont indépendantes de l'exercice de la miction.

Ces malades qui n'ont pas de lésions anatomiques, puisque vous ne constatez, en les examinant, rien d'anormal ni dans le prépuce, ni dans le méat, ni dans le canal, ni dans la prostate, en un mot, dans tout l'appareil génito-urinaire, ne sont cependant pas normaux au point de vue physiologique. Ils offrent souvent des modifications dans leur sensibilité et leur contractilité vésicales. Au point de vue de l'étude du symptôme douleur, vous serez frappés, lorsque vous les soumettrez à l'exploration méthodique, de l'extrême sensibilité de la portion sphinctérienne de l'urèthre. Chez eux, la sensibilité normalement nécessaire aux régulières fonctions de cette partie des voies d'excrétion est toujours exaltée et cela au moins dans les deux tiers

des cas. Elle se traduit par une douleur réelle, une cuisson vive sous le contact le plus ménagé; ce peut être, chez certains, un point hystérogène. Vous pourrez la provoquer par le cathétérisme et par le toucher rectal, en exerçant une pression sur la région membraneuse de l'urèthre. Dans des cas assez exceptionnels, la sensibilité de la muqueuse uréthrale peut être exaltée dans toute l'étendue du canal; le méat lui-même y participe. Ce n'est donc point seulement la région normalement sensible de l'urèthre ou du moins spécialement sensible, mais toute sa surface, qui devient intangible. Vous avez alors affaire à des neurasthéniques particulièrement excitables; vous ne sauriez tenir trop compte de cette disposition aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement.

Cette sensibilité anormale qui se rencontre au plus haut degré chez les névrosés s'observe aussi chez quelques malades atteints d'affection de la moelle. La constatation de ce fait peut expliquer les difficultés douloureuses de la miction, assez souvent constatées chez ces malades. Elle a, au point de vue chirurgical, une valeur particulière. Ce n'est, en effet, qu'à vos dépens et aux leurs, que vous interviendrez chez de semblables sujets, s'il vous arrive de vouloir modifier, par la dilatation brusque ou des actions substitutives trop vives, la sensibilité douloureuse de l'urèthre des myéliques.

M. Geffrier<sup>1</sup> a bien décrit les crises vésicales et uréthrales des ataxiques. Notre éminent collègue M. Alfred Fournier les a signalées dans un important travail<sup>2</sup>. Cet observateur a noté qu'elles peuvent éclater brusquement à la période préataxique du tabès. Les faits recueillis par M. Geffrier tendraient à démontrer qu'elles surviennent le plus souvent au moment où la maladie est pleinement confirmée. Nous ne voulons en aucune façon contester la vérité de ce résultat, car nous croyons aussi que les crises douloureuses s'observent à la période d'état. Mais nous devons cependant insister, comme M. Fournier, sur les crises précoces aussi bien vésicales qu'uréthrales qui se rattachent à l'histoire du tabès. Il est des malades qui vous offriront l'ensemble symptomatique le plus douloureux et chez

<sup>1</sup> GEFRIER, *loc. cit.*, p. 79.

<sup>2</sup> A. FOURNIER, *L'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, 1882. p. 93 à 111.

lesquels vous chercherez en vain une lésion de l'urèthre ou de la vessie. Examinez-les avec le soin le plus minutieux, poursuivez aussi longtemps qu'il le faudra votre observation, et vous arriverez, plus d'une fois, à reconnaître que vous êtes en présence de tabétiques.

Vous pourriez, il est vrai, arriver à conclure à moins de frais et inscrire le diagnostic : *vessie irritable*. Mais, avec un diagnostic de cette nature, où trouverez-vous une indication thérapeutique ? Où sera la règle qui devra vous guider en face de cas difficiles à conduire et qu'il faut d'autant plus prendre garde de soumettre mal à propos à des manœuvres instrumentales que la cystite s'établit facilement et disparaît avec grand'peine chez les ataxiques, car ils réunissent plusieurs des conditions de la réceptivité ? Prenez donc bien garde qu'en vous laissant aller à accepter cette interprétation trop facile des phénomènes douloureux vous n'arriviez, après avoir cru à une vessie *irritable*, à avoir une vessie *irritée* et à voir indéfiniment durer les symptômes que vous aurez provoqués. Et alors même que vous auriez procédé aseptiquement sans provoquer d'infection, vous n'aurez fait qu'ajouter aux souffrances d'un sujet dont la vessie n'est irritable que parce qu'il est excitable. Ce n'est pas, d'ailleurs, seulement chez les tabétiques, mais chez les névrosés, que semblables résultats d'une intervention locale trop active sont à redouter, alors même qu'elle est bien conduite. On n'obtient quelques résultats qu'en procédant avec grands ménagements ou en ne tentant l'emploi des actions mécaniques que chez les nerveux non excitables.

La douleur *initiale* de la miction s'observe d'ailleurs dans de tout autres circonstances qui nous ramènent aux véritables urinaires. Chez les uns, l'envie, quelque impétueuse qu'elle soit, est impossible à satisfaire de suite. Le malade, vivement averti, se présente rapidement ; mais, quels que soient ses efforts, il lui faut patiemment attendre pendant quelque temps que l'urine apparaisse au méat. Chez les autres, l'expulsion brusque, instantanée du liquide urinaire, accompagne immédiatement la perception du besoin. Le malade ne peut se retenir ; il urine involontairement, mais avec sensation pénible. Aussi presque tous ces sujets s'accusent-ils d'incontinence. Cela pourrait paraître exact pour la nuit, où souvent le besoin d'uri-

ner ne les réveille que trop imparfaitement pour que le lit ne soit pas largement souillé. Chez eux, la douleur accompagne invariablement la miction et ne peut être rapportée qu'à elle.

Ces malades sont des prostatiques. Dans le premier cas, vous avez affaire, comme nous avons déjà eu l'occasion de vous le signaler, à propos des difficultés de la miction, à une hypertrophie de la prostate avec poussées congestives ou inflammatoires du col. Et, si le malade est obligé de subir, avant d'uriner, une succession d'efforts douloureux analogues aux douleurs de l'accouchement, vous devrez tout mettre en œuvre pour les calmer. Vous êtes, en effet, en présence d'une rétention d'urine imminente, qu'un traitement approprié peut d'ailleurs prévenir. Dans le second cas, qui, lui aussi, doit faire craindre une rétention prochaine, vous avez affaire à une cystite ordinairement subaiguë. Souvent aussi, dans l'un ou l'autre cas, vous êtes en face de vessies incomplètement évacuées, mais plus ou moins enflammées.

La douleur qui précède la miction peut donc être le symptôme d'une sensibilité vésicale exagérée, soit par la nature même du malade, soit par des lésions inflammatoires, peu étendues et peu profondes du col ou même du corps de la vessie. Elle a pour caractère essentiel d'être immédiatement atténuée ou complètement effacée par le fait même de la miction. Lorsqu'elle se prolonge, craignez une modification qui aggrave l'état du malade.

La douleur qui survient *pendant* la miction n'est habituellement que la prolongation de la douleur qui la précède. Celle-ci persiste et souvent s'exaspère pendant toute la durée du passage de l'urine à travers le canal. Cette succession des deux sensations différencie suffisamment le phénomène pathologique dont nous parlons de ce qui se produit pendant la « chaudepisse », pour qu'il ne soit pas besoin d'y insister. Chez les blennorrhagiques, le passage seul de l'urine est douloureux ; chez les malades urinaires, dont nous vous parlons, besoin d'uriner et expulsion de l'urine déterminent la douleur.

La douleur qui se produit pendant la miction est souvent très intense. Certains malades se plaignent vivement et déclarent que le contact de l'urine est brûlant. Presque tous témoignent de leurs sensations par un même ordre de compa-