

raison : « Ils urinent de l'eau bouillante, ils urinent du feu. » Le liquide qu'ils expulsent leur paraît avoir acquis un très haut degré de température.

Il n'en est rien, bien entendu. Cependant, c'est bien à une modification de l'urine que sont dues les sensations douloureuses dont ils se plaignent. Chez ces malades, vous trouverez les urines ammoniacales dès l'émission; ce qui revient à dire que la transformation ammoniacale s'est effectuée dans la vessie. Aussi le pus a-t-il l'apparence d'un magma glaireux. C'est lorsque les flocons épais sont expulsés que les douleurs atteignent leur maximum d'intensité.

Vous pourrez donc, avant tout examen des urines, chez les malades qui se plaignent de cette ardeur extrême en urinant, indiquer leur qualité alcaline. Vous pourrez aussi diagnostiquer une cystite, car c'est grâce à l'influence de l'inflammation de la muqueuse urinaire que s'opère, ainsi que nous espérons vous le démontrer, la transformation ammoniacale des urines.

Ce n'est cependant pas la seule modification du liquide urinaire qui puisse influencer la sensibilité de l'urèthre.

On peut, en effet, observer, comme chez le malade du n° 6 atteint de tuberculose génito-urinaire, des sensations analogues, alors que le liquide urinaire est très dilué et très aqueux. Ces faits sont bien moins fréquents que ceux que nous venons de signaler : la douleur est beaucoup moins accusée : c'est plutôt une sensation pénible qu'une véritable souffrance. Néanmoins ils méritent d'être placés à côté des précédents. Ils témoignent, en effet, dans le même sens et contribuent à mettre en lumière un point intéressant de la sémiotique. Nous pouvons le formuler en disant : lorsque la douleur se produit pendant la miction avec un siège urétral bien caractérisé et qu'il n'y a pas de lésion urétrale, elle est l'indice d'une modification dans la composition de l'urine. Tout le monde sait, d'ailleurs, que l'urine fébrile donne à son passage une sensation pénible, et qu'il en est de même de l'urine concentrée rendue pendant les grandes chaleurs.

La douleur qui accompagne la miction peut, comme nous vous l'avons dit, n'être que la prolongation, le retentissement de la douleur qui la précède. Mais alors la douleur : pendant est moins prononcée que la douleur : avant. Le malade ne

se plaint pas des sensations spéciales que nous avons cherché à définir.

Les douleurs qui surviennent *à la fin de la miction* et lui survivent plus ou moins se présentent avec un caractère très accusé, qui permet aux malades de les bien définir. Vous les rencontrerez surtout chez les calculeux. Elles sont si souvent le symptôme de la présence d'un calcul dans la vessie que l'on serait tenté de les considérer comme un signe pathognomonique de cette affection. Malheureusement, pour la facilité du diagnostic, il n'en est pas toujours ainsi. Ce que vous observez dans nos salles vous a déjà montré qu'elle n'est pas constante chez les calculeux, et qu'on la rencontre d'une façon très accusée chez d'autres malades. Au point de vue de la physiologie pathologique, l'interprétation de ce symptôme est simple, et il nous est facile de rattacher cette douleur finale à une lésion du col vésical. C'est le cri de l'organe souffrant, au moment où il se contracte énergiquement pour expulser les dernières gouttes d'urine. Mais, quelle que soit l'importance de ce symptôme, rien ne nous autorise à admettre une simple irritation mécanique plutôt qu'une altération inflammatoire ou organique.

Ajoutons de suite que les mêmes considérations s'appliquent à la douleur qui se montre *dans l'intervalle des mictions*. Elle trahit l'état de souffrance de la vessie sans rien préjuger de sa cause immédiate.

Ce n'est donc plus seulement l'influence de la miction sur la production de la douleur qui devra guider votre recherche diagnostique. Il faut, pour trancher la question et déterminer votre ligne de conduite ultérieure, examiner avec le plus grand soin les conditions qui, en dehors de la miction, favorisent ou atténuent la production des symptômes douloureux.

C'est alors qu'il faut recourir à ces questions si simples et presque banales dont nous avons appris déjà à reconnaître l'importance. Comme pour la difficulté de la miction, recherchez l'influence de la position; comme pour le symptôme fréquence, comparez ce qui se passe le jour et ce qui s'observe la nuit; opposez les résultats de la marche, de la voiture, etc., à ceux fournis par le repos et par le lit. Analysez les symptômes et établissez-en le contrôle.

Si la douleur finale ne se montre que dans la miction debout, si elle disparaît ou diminue notablement lorsque le sujet prend le soin d'uriner couché, si les exercices violents, ou même le simple fait de marcher, provoquent des crises que le repos fait cesser absolument, si, en un mot, l'influence des mouvements est presque toujours provocatrice, si les journées sont mauvaises tandis que les nuits sont calmes, si le malade qui peut se croire guéri le matin est obligé de reconnaître le soir qu'il est encore souffrant, vous êtes en droit de soupçonner l'existence d'un corps étranger, et votre devoir est de pratiquer sans retard le cathétérisme explorateur.

Dans le cas d'altérations inflammatoires ou organiques, le symptôme douleur qui accompagne la fin de la miction se produit, augmente ou diminue sans que l'influence du repos ou des mouvements se fasse sentir d'une façon régulière et nettement appréciable. C'est en vain que le malade reste sur le dos pour uriner, c'est en vain qu'il évite toute fatigue, c'est en vain qu'il garde la chambre, voire le lit; toutes ces précautions sont inutiles, ou à peu près, la douleur persiste le plus souvent avec la même force, elle est aussi constante. Bien plus, tandis que le jour est relativement calme, les nuits s'accompagnent d'une véritable recrudescence douloureuse.

Les faits ne sont pas toujours aussi tranchés, et certaines cystites douloureuses, surtout celles qui sont d'origine tuberculeuse, peuvent simuler l'affection calculeuse. Vous rencontrerez souvent de ces malades qui ne peuvent marcher longtemps, ni aller en voiture, sans avoir des envies plus fréquentes d'uriner, sans souffrir davantage à la fin de la miction. Vous en observerez même qui ne peuvent se lever d'une chaise, descendre de leur lit, laisser leurs jambes pendantes, sans ressentir immédiatement une douleur qui les oblige à renoncer à la station verticale.

Le malade du n° 13 est atteint de cystite chronique, probablement tuberculeuse, consécutive à une uréthrite; quelque peu amélioré sous d'autres rapports, il nous accuse toujours de la douleur qui se montre dès qu'il se met debout. Cette douleur, il est vrai, s'atténue plutôt qu'elle n'augmente, si le malade marche. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Le malade du n° 6, que vous savez atteint de tuberculose prostatique et vésicale,

ne peut marcher longtemps et a dû renoncer à aller en voiture.

Sans doute, l'étude d'ensemble des symptômes, étude avec laquelle vous devrez, en définitive, établir le diagnostic, vous permet le plus souvent d'éviter toute confusion. Mais, même si nous nous en tenons au seul symptôme douleur accompagnant la fin de la miction, nous pouvons arriver au diagnostic. En effet, nous apprendrons, en poursuivant l'interrogatoire, que ces malades n'obtiennent jamais du repos ce soulagement rapide et souvent complet, qui est l'apanage des calculeux tant qu'ils ne sont pas atteints de cystite.

Le plus souvent aussi, nous constaterons que la douleur ne suit pas immédiatement le mouvement. Il faut que la provocation se renouvelle, se continue, se multiplie, pour que l'état douloureux s'accuse complètement. Ce n'est que pendant le cours d'une promenade à pied, après avoir assez longtemps supporté la voiture, et même après être rentré en plein repos, que la douleur se manifeste.

Chez le calculeux, la douleur est mécanique, elle est influencée directement par toutes les causes qui déterminent le mouvement de la pierre. Les effets du mouvement et du repos s'accusent presque instantanément, et les symptômes peuvent, jusqu'à un certain point, être produits ou empêchés, selon la volonté du malade; la somme des mouvements, l'intensité des secousses, n'est pas sans influence. Tel calculeux ne souffre pas d'une petite promenade et ne peut en supporter de plus longues; il peut marcher à pas comptés et ne pourrait prendre une allure moins mesurée; de faibles secousses le laissent à peu près indifférent. Mais l'influence de l'action mécanique due à la locomotion de la pierre est telle que l'étude des résultats du repos et du mouvement sur le symptôme douleur est toujours démonstrative, lorsqu'elle est bien faite.

Dans les cystites, dans les lésions organiques et en particulier dans la tuberculose prostatique et vésicale, qui peut souvent induire en erreur le praticien le plus attentif, le symptôme douleur, à la fin de la miction, est en réalité continu.

Il échappe le plus souvent, au moins en partie, aux influences du repos et du mouvement. Les crises douloureuses au moment

des exacerbations se montrent tout aussi bien dans le décubitus que pendant la veille, et l'atténuation du symptôme est bien loin d'être toujours en rapport avec les précautions prises par le patient. Il y a, en un mot, dans ces cas, plus de spontanéité morbide et moins d'influence mécanique.

Les remarques faites par les malades sont souvent instructives, et plus d'une fois elles nous ont appris d'intéressants détails, dont l'observation scientifique doit faire son profit. C'est ainsi qu'au point de vue des causes qui provoquent la douleur sous l'influence des secousses il faut savoir établir une très grande différence entre les effets de la voiture proprement dite et ceux du chemin de fer et de l'omnibus.

La voiture à deux ou quatre roues, alors même qu'elle est construite dans les meilleures conditions, est toujours fort mal supportée par les calculeux. La douleur se produit dès les premiers ébranlements, et, pour peu que le pavé soit mauvais, ce mode de transport devient intolérable. A ce point de vue, la voiture peut être utilisée comme moyen de diagnostic, car il est bien peu de calculeux qui n'en souffrent pas.

Il n'en est plus de même du chemin de fer qui souvent est facilement supporté. Ce mode de locomotion offre cependant bien plus d'inconvénients que l'omnibus.

Chose véritablement imprévue, l'effet de ce véhicule est souvent absolument nul au point de vue de la production de la douleur. Tel calculeux, qui ne peut se promener dans l'équipage le mieux suspendu, circule en omnibus, et, s'il lui arrive de voyager sur l'impériale, il s'y trouve encore plus complètement à l'aise que dans l'intérieur de la voiture. Nous ne nous attarderons pas à rechercher l'explication de pareils faits, mais il est nécessaire de les connaître, sous peine de ne pouvoir tirer de l'étude des causes qui peuvent déterminer la douleur par la secousse tous les renseignements qu'il convient d'y chercher. La gamme des véhicules doit nous être familière.

Le *siège et l'intensité* de la douleur ne vous fourniront en général que peu de renseignements. La douleur au niveau du gland a cependant été considérée comme un symptôme propre aux calculeux. De même que la souffrance à la fin de la miction, elle n'est, en réalité, que le retentissement physiologique vers la périphérie d'une douleur profonde dont le siège est

ordinairement au col. Elle doit donc être souvent observée chez les calculeux; mais elle peut aussi être l'expression de toute autre lésion de la vessie.

C'est vous dire que ce symptôme ne peut vous fournir que des renseignements d'un intérêt très secondaire.

Nous avons même eu l'occasion de vous montrer au commencement de cette année un malade, présentant cette douleur au plus haut degré, et qui a guéri complètement par la simple incision d'un méat légèrement rétréci. Cette névralgie du gland, si vous voulez nous permettre cette dénomination, est excessivement rare; nous n'en avons vu que trois cas pour notre part, mais nous avons été frappé chez nos deux derniers malades d'un signe particulier que nous devons vous signaler. Il existait une sorte d'hyperesthésie du méat, telle que le simple contact de la chemise pendant la marche provoquait des souffrances vives avec besoins d'uriner fréquents et impérieux. Dans l'état physiologique et même dans les uréthrites douloureuses, l'excitation du méat ou celle de l'urèthre antérieur ne détermine pas le besoin d'uriner.

L'influence de l'étroitesse relative du méat au point de vue de la production du symptôme douleur et de divers troubles de la miction, voire même de lésions dont elle favoriserait l'évolution, a été acceptée et singulièrement généralisée par quelques chirurgiens. L'observation la plus attentive ne nous permet pas de partager les opinions auxquelles nous faisons allusion; aujourd'hui comme autrefois, ce n'est guère que pour favoriser l'introduction des instruments dilatateurs ou lithotriteurs que l'incision du méat nous paraît utilisable. Je n'ai pas vu le spasme de la portion membraneuse succéder d'avantage à l'étroitesse du méat ou du prépuce qu'aux rétrécissements de l'urèthre. L'étude physiologique démontre, ainsi que nous l'avons dit (page 40), que la résistance du méat détermine la mise en tension de la colonne d'urine contenue dans le canal, au cours de la miction. Sans doute l'exagération de la tension intra-urétrale est douloureuse; il suffit de fermer le méat pendant que l'on urine pour s'en convaincre. Mais pour que pareil phénomène se produise, pour qu'il puisse retentir sur la vessie, voire sur les reins, à en croire certains auteurs, il faut non pas une étroitesse relative, mais un rétrécissement

vrai de l'orifice externe de l'urèthre. Ces cas, je n'ai pas besoin de le dire, réclament une intervention, car ils sont absolument pathologiques; ce n'est pas à eux que je viens de faire allusion. La discussion ne porte que sur les cas d'étranglement relative, qui ne créent pas les conditions physiologiques nécessaires à la production de la douleur et de ses conséquences.

L'intensité de la douleur peut être observée dans les cystites aiguës, dans les cas de dégénérescence, chez les calculeux. Elle ne saurait donc avoir une grande valeur sémiologique. Il ne faut cependant pas oublier que l'exagération des symptômes douloureux se lie souvent à la présence de la pierre dans la vessie. En l'absence des signes qui caractérisent la cystite ou les affections organiques, l'attention doit être ramenée vers l'hypothèse d'un calcul. Il faut alors ne pas négliger de recourir à de nouvelles explorations, alors même qu'un ou plusieurs cathétérismes auraient déjà été pratiqués. Cette règle de conduite est d'autant plus indiquée que les symptômes de la cystite sont faciles à constater et que les lésions organiques ne déterminent de grandes douleurs pendant la miction qu'à une période avancée de leur évolution.

Des *irradiations* douloureuses variées accompagnent souvent la douleur qui survient à la fin de la miction. Le plus habituellement, cette douleur se propage à l'anus, au périnée, à la racine de la verge.

Ces irradiations constituent même un phénomène des plus pénibles dont les malades se plaignent toujours vivement.

Il en est d'autres moins communes, mais également pénibles et que nous avons déjà plusieurs fois observées. Nous voulons parler des irradiations douloureuses dans les membres inférieurs.

C'est à la face interne des cuisses, parfois aussi dans toute l'étendue du membre inférieur qu'elles se dirigent. Plusieurs fois les malades se plaignaient du talon, et presque toujours c'est dans l'un des talons, et non indifféremment à droite ou à gauche, que se font sentir ces pénibles échos. Un malade, que nous observons actuellement et qui est médecin, se plaint à chaque miction de chaleurs vives dans le pied gauche.

Il est beaucoup plus rare d'observer ces irradiations douloureuses dans la moitié supérieure du corps; nous avons pu

cependant constater chez deux femmes des irradiations qui avaient pour siège le thorax et les membres supérieurs.

Ces douleurs, curieuses à observer, n'ont pas de valeur sémiologique absolue, elles semblent, comme la douleur du gland, se relier à la douleur ressentie dans la vessie. Nous avons eu l'occasion de constater, de la façon la plus positive, qu'on peut les rencontrer chez les calculeux et chez des malades n'ayant dans la vessie aucun corps étranger. Vous les observerez même chez des malades qui n'ont aucune lésion de l'appareil urinaire et, en particulier, chez des sujets atteints d'affections médullaires.

Les irradiations douloureuses dans les membres inférieurs peuvent cependant offrir une véritable et très importante valeur sémiologique. Elles sont alors indépendantes de la miction ou seulement exagérées sous son influence. Elles sont continues et durent déjà depuis longtemps lorsque les malades viennent consulter pour leur vessie. Ces irradiations douloureuses, qui suivent le plus souvent le nerf sciatique s'observent chez des sujets atteints de dégénérescence cancéreuse de la prostate ou de la partie du bas-fond de la vessie la plus rapprochée de cette glande. Nous avons même observé un malade chez lequel cette irradiation sciatique était assez prononcée pour déterminer la claudication.

La douleur qui se produit à la fin des mictions est celle qui revêt le plus ordinairement les caractères les plus pénibles.

Elle arrive dans bien des cas à un degré d'intensité des plus marqués, et peut s'accompagner de ces efforts violents, de ces cris, de cette agitation générale dont vous avez été témoins chez certains calculeux et chez les malades atteints de lésions organiques.

Si l'intensité de la douleur ne peut toujours vous guider au point de vue du diagnostic, elle a plus de valeur au point de vue du pronostic: elle est habituellement le symptôme d'une situation grave. Il faut, néanmoins, se souvenir, toutes les fois qu'il s'agit du symptôme douleur, de la part qu'il convient de faire à la nature morale et à la constitution même du sujet.

Nous devons enfin vous signaler des douleurs ano-péri-

néales se produisant en dehors des mictions, alors qu'aucune cause provocatrice apparente ne vient les expliquer. Vous rencontrerez ces douleurs chez un certain nombre de névropathes ; la sensibilité de la région membraneuse, si développée chez un grand nombre, et sur laquelle nous avons insisté, l'explique aisément. Mais on les observe aussi chez des sujets atteints d'affections des voies urinaires. On peut même dire qu'elles existent chez presque tous ceux qui sont porteurs d'une lésion de quelque gravité. Elles ont habituellement pour siège les régions périnéales et anales, et peuvent, dans certains cas, être facilement réveillées ou augmentées par la pression. C'est ainsi que certains malades ne peuvent s'asseoir ou doivent tout au moins empêcher toute pression de s'exercer sur la région périnéale. Ces douleurs, sans avoir de caractère pathognomonique ; car vous les observerez chez les névropathes par le fait de l'exagération de sensibilité de la région membraneuse, sont souvent l'indice d'une inflammation de la prostate. Vous avez pu les observer dernièrement au n° 18, chez un jeune homme qui nous est arrivé avec une poussée aiguë dans une prostate tuberculeuse. L'inflammation prostatique s'est d'ailleurs terminée par résolution, et vous avez pu constater qu'avec la lésion les phénomènes douloureux disparaissaient.

Ces phénomènes douloureux sont bien distincts d'un autre symptôme appartenant au groupe douleur, et que vous entendrez accuser par presque tous les malades atteints de lésions vésicales. Nous voulons parler de la pesanteur ressentie vers l'anus, sentiment pénible plutôt que réellement douloureux, qu'il nous suffit de vous signaler.

Nous avons cherché, Messieurs, à retracer aussi complètement que possible les résultats de l'observation qui permettent l'étude sémiologique du symptôme douleur ; nous l'avons envisagé surtout dans ses relations avec la miction. C'est, en effet, l'un des plus importants, l'un de ceux dont vous devrez le plus vous occuper au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, l'un de ceux qui peuvent le plus contribuer à vous éclairer.

Nous en tenant pour le moment au diagnostic, nous désirons vous faire bien remarquer que, quelle que soit l'importance

d'un symptôme, il n'est jamais possible, ou tout au moins il n'est jamais permis, d'établir le diagnostic d'après cette seule donnée.

La douleur à la fin de la miction peut nous servir d'exemple.

La discussion à laquelle nous nous sommes livré vous a montré combien ce symptôme perdait de sa valeur, lorsqu'il était isolé. Mais il y a plus encore. Le symptôme douleur, étudié aussi complètement que possible, doit être nécessairement rapproché des autres signes tirés de l'étude de la miction.

La fréquence du besoin d'uriner, par exemple, est absolument en rapport avec le phénomène douleur. Le calculeux souffre en finissant d'uriner et sous l'influence des mouvements ; mais il éprouve aussi, sous l'influence du mouvement, de plus fréquents besoins : il urine moins souvent la nuit que le jour.

Les remarques que nous vous soumettons en ce moment pourraient être renouvelées à propos de l'étude de chacun des symptômes qu'il nous reste à apprécier. En vous les présentant maintenant, nous n'avons d'autre but que de vous prémunir contre la tentation d'un diagnostic trop rapide. Il faut, avant de porter un jugement sur la nature d'une maladie, avoir épuisé toutes les juridictions, c'est-à-dire avoir réuni tout ce qui peut rendre votre conclusion irrécusable.

Il est d'autant plus utile de vous mettre en garde contre une appréciation hâtive, que déjà l'étude des troubles de la miction caractérisés par les symptômes : fréquence, difficulté et douleur a pu vous démontrer quelles précieuses ressources en retire le diagnostic. Pris isolément, chacun de ces symptômes a pu, en effet, vous fournir d'exactes indications. Vous sentez que, dans la généralité des cas, vous pourriez, en les réunissant et en les contrôlant l'un par l'autre, poser les principaux termes du problème clinique qui consiste à déterminer le siège et la nature des lésions, peut-être les résoudre.

Vous ne devez donc jamais perdre de vue la méthode à suivre pour arriver à l'analyse exacte des symptômes.

Vous avez dû remarquer que l'étude clinique des troubles de la miction reposait tout entière sur l'observation des conditions offertes par le malade : pendant le jour et pendant la nuit, sous l'influence du repos et du mouvement ; et, d'autre part, sur la