

LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

MALADIES DES VOIES URINAIRES

SÉMIOLOGIE, DIAGNOSTIC

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

PREMIÈRE PARTIE

SYMPTOMES FONCTIONNELS

PREMIÈRE LEÇON

IMPORTANCE ET BUT DE LA SÉMIOLOGIE

Conditions générales de l'étude des maladies des voies urinaires. — Principes de leur diagnostic. — Les malades doivent être examinés au point de vue médical avant d'être soumis à l'exploration chirurgicale. — Nécessité d'une méthode.

Les maladies des voies urinaires ne constituent pas un département distinct et, pour ainsi dire, isolé au milieu de la Pathologie. Elles offrent, au contraire, au clinicien un terrain mixte où la médecine et la chirurgie, toujours difficiles à séparer, réclament une part dans l'établissement du diagnostic, l'appréciation du pronostic et la formule des indications nécessaires au traitement.

Ce n'est point à des régions que nous avons affaire, il faut nous attaquer à des organes. Ils sont, il est vrai, en partie accessibles aux moyens d'exploration dont le chirurgien fait usage ; mais ils ne peuvent être suffisamment examinés de la sorte, pour que nous nous en remettions à ce que la vue et le toucher per-

mettent de constater. Le rôle préservateur dévolu à l'appareil urinaire a une telle importance que l'organisme tout entier est solidaire des troubles de sa fonction. D'autre part, cet appareil réagit avec grande facilité sous l'influence d'états morbides qui lui sont complètement étrangers. Les manifestations produites sont assez accentuées et assez persistantes, pour amener les malades à s'en préoccuper, à s'en plaindre presque exclusivement. A quelle multiplicité de symptômes, à quelles difficultés de diagnostic vient se heurter l'étude clinique de ces maladies, il est aisé de le prévoir. Il est aussi facile de comprendre combien de questions du ressort de la pathologie générale soulève la pathogénie de semblables affections. Pour ne citer que les principales, il faut aussi bien faire la part des troubles de la nutrition, que celle des désordres de l'innervation, des effets du traumatisme que des conséquences de l'infection. Je devrais dire des infections, car nombreuses sont les espèces et les variétés qui s'y rencontrent. Elles ne pouvaient que prendre une grande part à la genèse des lésions, dans un appareil dont le conduit excréteur, ouvert à la surface du tégument externe, se trouve exposé par ses connexions génitales à des contaminations particulières, et subit si fréquemment l'introduction d'instruments. Son remarquable pouvoir éliminateur le met, en outre, au contact journalier de substances toxiques, et l'oblige, dans maintes circonstances, à donner passage aux agents mêmes de l'infection et aux produits qu'ils élaborent.

Tout cela légitime une étude spéciale, et interdit une étude exclusive et isolée. Le champ est assurément assez vaste pour absorber toute l'activité du médecin qui se consacre particulièrement à sa culture; il est trop fertile pour être épuisé. Mais cette culture, fût-elle intensive, ne donnerait pas les résultats que l'on en doit attendre, si elle n'est dirigée par les méthodes qui régissent l'étude de la pathologie tout entière. A côté de l'éducation spéciale sans cesse agrandie, l'instruction générale sans cesse renouvelée; à côté de la pratique la plus attentive, de l'expérience la plus étendue, les recherches scientifiques les plus suivies: telles sont les conditions indispensables. Et celui qui concentre ses efforts sur l'étude d'une partie de la pathologie doit d'autant plus étroitement s'y soumettre, que, seul le souci du progrès dans la science et du

perfectionnement dans l'art doit le guider. C'est la véritable, c'est l'unique raison d'être de ce que l'on appelle: la spécialité. Elle méritera le rang qu'on lui accorde aujourd'hui, si ceux qui s'y consacrent, se conforment avec scrupule aux conditions nécessaires de son étude.

Sur le terrain pratique, nous aurons donc à rechercher tout d'abord dans quelle mesure il nous faut, aussi bien au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement, demeurer médecins, et jusqu'à quel point nous avons à devenir chirurgiens. Il faudra pour cela nous habituer à l'exacte appréciation de bien des nuances que nous apprendrons peu à peu à distinguer. Il importe de ne pas les laisser passer inaperçues. Les états complexes sont presque la règle, et l'expérience journalière nous montre souvent réuni et comme confondu chez un même malade ce que l'on a coutume d'étudier et de décrire isolément. Aussi est-il besoin de principes et de règles générales; il convient dès maintenant de vous les indiquer.

Dans la partie de la chirurgie que nous abordons, l'exploration instrumentale est le principal auxiliaire du diagnostic. On sait le rôle de premier ordre que joue à cet égard le cathétérisme; son utilité n'est pas moindre pour le traitement. Mais, si les ressources que l'on en doit attendre sont considérables, s'il est vrai que pour la constatation des lésions le dernier mot est presque toujours dit par le chirurgien, il n'est pas moins positif que l'introduction des instruments dans l'urèthre et dans la vessie n'est pas sans danger, qu'elle n'est pas toujours opportune. Sans nul doute, l'antisepsie a permis d'écarter les principaux accidents du sondage; mais la question de son opportunité, c'est-à-dire de ses indications, demeure tout entière. L'examen médical du cas qui vous est soumis permet de les poser.

Le diagnostic médical ne diffère du diagnostic chirurgical que dans son mode d'application. Régi par les mêmes principes il doit, comme lui, être anatomique et, dans la limite du possible, étiologique et pathogénique. Mais, tandis que le diagnostic chirurgical peut presque constamment se faire à l'aide de l'examen direct, le diagnostic médical utilise surtout les symptômes fonctionnels. Il les étudie depuis leur apparition jusqu'à leur apogée, les suit dans leur déclin, tient note des conditions qui ont présidé

à leur naissance, de celles qui contrarient leur évolution, de leurs associations ou de leur isolement, et, lorsqu'il les a complètement passés en revue, méthodiquement groupés et comparés juge de leur valeur en opposant avec soin la physiologie normale à la physiologie pathologique. Il arrive ainsi à localiser la lésion, à la définir d'une façon précise et véritablement anatomique, à apprécier l'ensemble des conditions morbides.

Les sens acquièrent dans leur application au diagnostic chirurgical une délicatesse qui multiplie, en quelque sorte, les sensations en les rendant plus fines; l'esprit, assoupli par les recherches méthodiques et patientes qu'exige le diagnostic médical, donne au jugement une rectitude et une pénétration toutes particulières.

Il est plus brillant et assurément plus facile de recourir à l'examen direct, mais les constatations qu'il nous est donné de faire ne nous autorisent pas à négliger l'étude des signes de la maladie, l'examen raisonné des symptômes; agir autrement nous ferait laisser de côté la sémiologie, qui est l'essence même de la clinique. Nous nous priverions des ressources qui permettent le mieux de remplir, en toute connaissance de cause et avec sa pleine utilité, notre rôle de chirurgien.

Avant d'armer notre main des instruments si précieux dont nous avons la disposition, il faut avoir su décider s'il y a opportunité à les appeler à notre aide. Nous le saurons d'une façon certaine si nous avons appris à connaître toute la valeur des troubles fonctionnels, à nous bien pénétrer de leur importance pour le diagnostic. Dans ces conditions, nous n'infligerons à nos malades que les explorations indispensables; nous saurons, en faisant pénétrer nos instruments dans leurs organes, quels sont les points du diagnostic qu'il nous reste à compléter ou à vérifier. Nous aurons à la fois justifié et précisé leur emploi. Nous ne nous en serons pas rapportés à un moyen, nous aurons été guidés par une méthode. Rarement nous ferons une manœuvre de découverte, cherchant au bout de notre sonde une révélation. Presque toujours nous irons confirmer, d'une façon directe et certaine, les doutes que l'examen médical avait fait naître dans notre esprit, ou vérifier les présomptions qu'il nous avait permis d'établir.

Confirmer bien plutôt que révéler est le véritable rôle de

l'exploration chirurgicale; telle pourrait être sa formule. Les services qu'elle rend au diagnostic ne se limitent pas, vous le savez, à l'introduction d'instruments conduits à travers les voies naturelles ou accidentelles. Les recherches que le bistouri permet de faire au fond d'une incision, ou dans les profondeurs d'une cavité dont il ouvre l'accès, sont dans maintes circonstances du plus grand secours. Aussi serait-il peu chirurgical d'amoindrir la valeur de tels moyens par un recours non raisonné à leur usage; cela ne manquerait pas d'être, si nous n'apprenions à nous bien rendre compte des conditions qui les autorisent, en les rendant légitimes.

Dans la partie de la chirurgie que nous étudions, il y a plus encore. Il ne s'agit pas seulement de juger l'opportunité de l'emploi d'un instrument, il faut encore décider à quelle espèce d'instrument, à quel modèle de sonde ou de bougie nous donnerons la préférence. Quel ne serait pas notre embarras, pour ne pas dire notre confusion, si, voulant faire uriner un malade, nous présentions une grosse sonde à un canal rétréci, ou un instrument rectiligne à une volumineuse hypertrophie prostatique.

Nous ne pouvons vous dissimuler les difficultés que vous rencontrerez en vous soumettant à cette manière de procéder.

Il faut, en effet, savoir interroger les malades, coordonner leurs réponses, si souvent confuses et, le plus souvent encore, absolument étrangères à la question que vous avez posée.

Les malades, il faut le leur pardonner, ont, en effet, la prétention d'être bien meilleurs juges de leur situation que celui qu'ils consultent. Ils ont sur la valeur des symptômes qu'ils accusent des idées préconçues. Ils se répondent à eux-mêmes et vous soumettent le produit de leurs réflexions; ils vous exposent quand même leurs théories. On peut appliquer à plus d'un malade ce que Renan a dit de l'enfant: « Le narré simple et objectif du fait lui est impossible; il ne sait point l'isoler du jugement qu'il a porté et de l'impression personnelle qui lui en est restée. Il ne raconte pas les choses, mais les imaginations qu'il s'est faites à propos des choses. » Il faut, pour apprendre les choses qui serviront de base à votre jugement, pour écarter les imaginations que les malades se font à propos de ces choses, que vous sachiez poser des questions précises,

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 démontrés¹.

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.

¹ Sir Henry Thompson, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, 2^e 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'urètre: 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'exactement 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, uréthrorrhagie, 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'urèthre. 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'urètre 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'urètre 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 urètre 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

résultats il a fournis, est chose dont l'utilité est trop facile à saisir pour que j'y insiste. Vous serez à même ainsi de vous expliquer telle ou telle lésion, telle ou telle fausse route, comme aussi vous pourrez trouver dans ces renseignements un guide précieux, soit pour éviter de renouveler un cathétérisme mal supporté, soit pour établir de suite un traitement favorable.

Le traitement a, d'ailleurs, pu être l'occasion d'un traumatisme d'origine chirurgicale. Nous vous disions, il y a un instant, qu'un malade qui n'a pas eu de blennorrhagie et qui n'a pas subi de traumatisme ne peut avoir de rétrécissement. Il n'y a aucun droit parce qu'il n'est pas sous l'influence des deux grandes causes qui les déterminent habituellement. Mais il a pu avoir un traumatisme chirurgical si, comme il arrive souvent, il a été sondé à propos d'un trouble quelconque de la miction, si l'on a extrait péniblement un calcul de son urètre. Nous avons, pour notre part, observé des rétrécissements qui ne reconnaissent pas d'autre origine. Il y a plus. Le cathétérisme, bien qu'il ne soit pas la seule cause de l'infection de l'appareil urinaire, en est l'agent le plus habituel. Il y a donc intérêt majeur à s'informer si le malade qui se présente à vous a été sondé. L'interrogatoire serait insuffisant et très imparfait, si vous négligiez cette question. Le cathétérisme le mieux fait peut avoir été contaminateur.

II. SYMPTÔMES FONCTIONNELS ; DIVISION ET CLASSIFICATION. — Si, comme nous l'avons dit, une partie de l'appareil urinaire échappe à l'exploration directe, si les portions accessibles ne doivent être parcourues par l'instrument qu'en connaissance de cause ou de parti pris motivé, il est de toute nécessité de s'adresser d'abord aux signes fonctionnels et de demander à l'interrogatoire du malade sinon une certitude absolue, du moins une grande probabilité diagnostique. Aussi bien est-ce toujours pour un trouble fonctionnel que le malade vient nous trouver : c'est parce qu'il souffre, c'est parce qu'il urine avec peine, ou bien, enfin, parce que ses urines présentent des modifications plus ou moins considérables.

Ce qui domine habituellement la scène pour le sujet, ce qui doit dominer aussi l'interrogatoire, ce sont les modifications de la miction.

Comment se fait la miction ? Tel est le premier renseignement qu'il faut se faire donner par le malade. Mais si vous vous contentiez de l'interroger d'une façon générale en lui demandant : Comment urinez-vous ? vous n'obtiendriez certainement pas de réponse satisfaisante. Devant une semblable question, votre consultant aurait le droit absolu de vous raconter son observation telle qu'il a cru devoir la prendre, et peut-être vous serait-il difficile de sortir du dédale, fait de vrai et de faux, où vous vous seriez laissés conduire.

Il faut, pour arriver à la vérité et pour écarter l'erreur, préciser et par conséquent diviser et subdiviser vos questions. Il importe cependant de vous mettre en garde contre un nouvel écueil. A côté du malade que vous avez laissé répondre suivant sa seule inspiration, prenez garde de placer un malade que vous amèneriez à répondre à peu près au hasard, par oui ou par non, à un interrogatoire trop pressé, trop absolu, où le patient perdrait l'initiative de ses remarques. Apprenez à la fois à interroger et à écouter.

Dans la majorité des cas, vous aurez avantage à faire passer l'examen du malade avant l'examen des urines, ou, en d'autres termes, à interroger sur les troubles de la miction avant de vous informer de l'état des urines. Il y a cependant des cas où il convient d'arriver promptement aux questions relatives aux modifications subies par l'urine. Vous apprendrez facilement à juger de l'opportunité des questions que vous devez poser et à placer rapidement sous l'objectif de votre interrogatoire ce que nous avons appelé : *le symptôme dominant*. Mais nous suivrons une marche rationnelle en nous occupant en premier lieu de l'étude des troubles de la miction.

Lorsqu'elle se modifie, la miction peut devenir : *fréquente, impérieuse, difficile, rare, douloureuse, involontaire, impossible*. L'étude attentive de la physiologie pathologique de ces points principaux devra donc nous préoccuper avant tout, et vous interrogerez votre malade de manière à être renseignés sur :

La fréquence des mictions ;

L'intensité de la sensation ;

La difficulté des mictions ;

La rareté des mictions ;

La douleur des mictions ;

L'impossibilité des mictions, qui caractérise les rétentions ;
Les mictions involontaires, qui s'observent dans les incontinenances.

A chacune de ces modifications de la miction se rattache nécessairement un ensemble de signes, qui donnent au fait principal une physionomie particulière. En apprenant à les grouper autour du symptôme principal et, pour ainsi dire, primordial, vous arriverez à définir, non plus seulement le genre probable de la lésion, mais son espèce. Il importe donc d'être très exactement renseigné sur la valeur plus ou moins grande de chacun des signes qui va contribuer à constituer la physionomie pathologique et accuser les traits principaux du tableau morbide.

Les résumés synoptiques que nous vous présentons sont destinés à classer les divisions et les subdivisions que comporte l'étude complète de notre sujet. Ils vous en donnent un aperçu rapide et vous permettront de nous suivre plus facilement dans la description.

TROUBLES DE LA MICTION

I. — Miction fréquente

Habitudes du sujet.

Fréquence en vingt-quatre heures.

Influence { du jour et de la nuit.
de la marche et du repos.

Conditions qui la provoquent : { fatigues.
secousses.
repos.
décubitus prolongé.

Conditions qui la calment : { exercice.
repos.
décubitus prolongé.

II. — Miction impérieuse

Conditions qui la provoquent.

Conditions qui la calment.

III. — Miction difficile

Temps nécessaire..... { miction lente.
miction retardée.

Efforts : { à quel moment de la miction ? { au début ?
tout le temps ?
à la fin ?
dans quelle position le malade urine-t-il ? { couché ?
accroupi ?
debout ?

IV. — Miction rare

V. — Modifications du jet

Forme...
Volume... { Ces modifications sont-elles légères ou très marquées ?
Projection.

Interruption : quelle est la position du malade au moment de la miction ? { debout ?
couché ?

VI. — Miction douloureuse

A quelle époque et dans quelles circonstances le malade l'a-t-il ressentie pour la première fois ?

A quel moment de la miction ? { avant ?
pendant ?
à la fin ?

Est-elle éveillée par des causes précises ? { fatigue ?
secousses ?
miction debout ?

Apparition brusque ou graduelle.

Influence du repos ? { calme-t-il la douleur ?
la fait-il disparaître tout à fait ?
l'exagère-t-il ?

Siège ? { méat.
urètre.
hypogastre.
périnée.

Irradiation et intensité.