

## TROISIÈME LEÇON

## TROUBLES DE LA MICTION

- I. — MICTION FRÉQUENTE. — Par lésion du système nerveux : névropathes, ataxiques, hypochondriaques. — Par affections urinaires : fréquence nocturne, fréquence diurne.
- II. — MICTION IMPÉRIEUSE.
- III. — MICTION DIFFICILE. — Par lésion nerveuse. — Par affections urinaires. — Miction lente. — Miction retardée. — Mictions retardée et douloureuse. — Efforts véritables ; positions prises par le malade.
- IV. — MICTION RARE.
- V. — MODIFICATIONS DE JET. — Conditions complexes qui les régissent. — Changement de forme. — Diminution de volume, de projection. — Interruption brusque ; sa valeur sémiologique ; observations.
- VI. — MICTION DOULOUREUSE. — Douleur provoquée par la miction ; nécessité de savoir à quel moment : avant, pendant ou après. — Douleurs entre les mictions. — Causes qui les provoquent. — Influence du repos et du mouvement. — Siège et degré des douleurs. — Irradiations douloureuses. — Douleurs spontanées. — Conclusion.

I. MICTION FRÉQUENTE. — La fréquence de la miction a une véritable importance sémiologique ; cependant, même à l'état normal, les besoins de la miction se font sentir à des intervalles variables suivant les sujets. Assez souvent aussi vous rencontrerez des cas de fréquence de la miction chez des malades atteints d'affections très étrangères aux voies urinaires.

La fréquence normale de la miction ne peut être définie d'une façon précise. D'une manière générale, il faut admettre que l'état normal ne comporte pas d'envie d'uriner nocturne. Toute modification à cette tolérance du réservoir urinaire pendant le sommeil mérite d'éveiller l'attention.

L'envie d'uriner pendant le jour est influencée par des causes multiples. Sans parler de l'action bien connue des boissons en général et de certaines boissons alimentaires en particulier, tels que les vins blancs, la bière, le café, de certains fruits tels que les poires, il convient d'attirer votre attention sur le rôle de la digestion. Il est un grand nombre de personnes chez lesquelles l'envie d'uriner se renouvelle fréquemment après les repas, pendant la période qui correspond

au travail digestif. Souvent même l'ingestion de tel ou tel aliment qui n'a par lui-même aucune vertu diurétique, et dont la nature est variable suivant les sujets, exagère cette disposition. Vous êtes, en ce cas, en présence de dyspeptiques. Les troubles digestifs qui se compliquent ainsi de fréquence anormale de la miction sont fort variables. Ce ne sont pas seulement des dyspepsies stomacales, mais aussi les troubles digestifs dus aux lésions intestinales qui réagissent ainsi sur la sécrétion urinaire.

Il faut cependant reconnaître que, chez les malades atteints de lésions des voies urinaires, la fréquence de la miction s'exagère singulièrement après les repas. Rien de plus ordinaire pour les prostatiques chez lesquels ce phénomène est souvent très précoce ; les rétrécis y sont assez souvent sujets, les malades atteints de cystite y sont très sensibles. Fait bizarre, mais assez habituel, l'un des repas, et le déjeuner en particulier, détermine la fréquence. Il est donc légitime d'admettre une action réciproque de la digestion sur la sécrétion urinaire et des modifications de l'appareil urinaire sur cette même sécrétion.

Nous aurons plus tard à insister longuement sur la seconde partie de cette proposition. Mais déjà nous devons inférer des faits que nous révèle l'étude du symptôme fréquence que la sécrétion urinaire, physiologiquement augmentée pendant la digestion, est particulièrement excitée par les divers états dyspeptiques et par la plus grande impressionnabilité de la vessie dans les cas de lésions de l'appareil urinaire. Il faut accuser dans ces cas l'exagération de l'action réflexe exercée par la congestion vésicale sur la fonction rénale. Le choix raisonné des aliments qui réussit chez les dyspeptiques échoue en général chez les urinaires. Il suffit, en effet, que la sécrétion augmente pour que la vessie, rendue inapte à supporter la tension par le fait de l'état congestif, se contracte trop activement et détermine par sa suractivité fonctionnelle une sécrétion rénale plus abondante.

La fréquence des mictions après le repas, ou après l'un des repas, oblige donc le chirurgien à rechercher aussi bien si le malade qui le consulte est dyspeptique que s'il est véritablement urinaire. Un bon nombre ne seront que de faux urinaires ;



mais bien fréquemment, ceux-là même qui n'ont guère d'autre détermination morbide bien caractérisée que la fréquence exagérée après les repas devront, après mûr examen, prendre place dans la catégorie des malades auxquels une lésion donne un rang légitime parmi ceux dont nous nous occupons.

Vous observerez aussi une influence réciproque exercée sur la vessie par le gros intestin tout entier et inversement, par le réservoir urinaire sur la partie inférieure du tube digestif. Ces influences morbides, qui se traduisent souvent par de la fréquence — comme il arrive en particulier chez certains hémorrhoidaires, — sont, il est vrai, déterminées par un mécanisme physiologique absolument différent de celui qui préside aux manifestations vésicales qui accompagnent les troubles digestifs des premières voies.

Dans ceux-ci, la fréquence de la miction est habituellement la conséquence d'une exagération de la sécrétion, d'une sorte de polyurie passagère dont les urines pâles et aqueuses fournissent le témoignage. Lorsque le gros intestin et sa portion inférieure sont atteints, la contraction vésicale est seule en jeu : elle est sollicitée par la contraction intestinale, ou naît sous l'influence de l'état congestif que détermine, dans les plexus vésicaux, la réplétion anormale des veines du rectum. Dans ces conditions, la fréquence de la miction peut être nocturne, mais elle se manifeste d'une façon plus habituelle pendant la veille. Il n'est pas besoin de vous faire remarquer que chez les dyspeptiques le symptôme que nous indiquons est surtout diurne. Vous observerez cependant, dans ces cas, de la fréquence nocturne, mais qui aura pour caractère particulier de ne se produire que dans les premières heures de la nuit. La fin de la nuit est calme, tandis que le début, c'est-à-dire le moment qui suit immédiatement la digestion, a été troublé par des envies d'uriner plus ou moins fréquentes.

L'influence de l'appareil digestif sur l'appareil urinaire ne saurait donc trop vous préoccuper. Nous vous indiquons dès à présent, que c'est par le symptôme fréquence que se manifeste en particulier cette action de la digestion sur l'urination. Ces connexions étroites des deux grands appareils devront plus tard être longuement étudiées. Nous aurons, en effet, à vous montrer à quel point les maladies de l'appareil urinaire influencent

l'appareil digestif tout entier. Vous verrez que certaines de ces maladies, dites spéciales, ne se traduisent que par un état général, où les troubles digestifs tiennent une place si prédominante qu'on ne saurait s'étonner des erreurs de diagnostic souvent commises. L'analyse des faits vous montrera cependant que le symptôme « fréquence de la miction » aurait pu mettre sur la voie et amener l'observateur à compléter l'examen de son malade dyspeptique par l'interrogation des organes urinaires. Il nous sera facile de vous démontrer que, dans ces cas souvent graves, la guérison n'est possible que lorsque le chirurgien peut directement traiter la lésion qui s'oppose à la libre excrétion des urines.

Nous n'avons pas à anticiper sur cette importante partie de l'étude générale que nous devons poursuivre. Nous ne voulons que retenir votre attention sur ce fait *entièrement opposable* à celui auquel nous venons de faire allusion, à savoir : que le symptôme fréquence, lié à l'état dyspeptique, ne saurait éveiller l'idée d'une lésion des voies urinaires que s'il est associé à d'autres signes, ou se présente dans certaines conditions que nous allons bientôt examiner.

Nous ne pouvons aborder l'étude du symptôme « fréquence de la miction » tel que nous l'offrent les urinaires, qu'après vous avoir signalé un groupe d'individualités qui le présentent souvent et viendront non moins souvent se plaindre à vous de ce seul symptôme. Ils insisteront avec d'autant plus de ténacité que, pour leur esprit préoccupé et inquiet, l'envie fréquente d'uriner doit être l'irréfutable indice d'une maladie des voies urinaires.

Nous venons de désigner à votre attention toute cette classe si nombreuse, qu'on ne saurait ranger parmi les bien portants, qu'il convient moins encore de compter parmi les malades, qui se plaignent toujours et souffrent quelquefois, que vous ne pourrez que difficilement améliorer, que vous ne guérerez pas, et que vous ne verrez d'ailleurs pas succomber, car ils sont atteints de cette maladie dont on ne guérit pas plus qu'on n'en meurt : de l'hypochondrie.

Il est nécessaire que vous connaissiez bien ces malades qui, parmi les nombreuses affections dont ils craignent de se voir atteints, choisissent une maladie des voies urinaires. Ils dési-



rent un traitement local avec d'autant plus d'ardeur qu'ils espèrent y trouver, d'une façon directe, un allègement qu'ils ont le plus souvent demandé en vain à de nombreuses médications. Le symptôme prédominant accusé par ce groupe de souffrants est la fréquence de la miction. Vous le retrouverez tout aussi bien chez les névropathes, et même chez les gens timides, scrupuleux, préoccupés, chez les sujets continents.

Rien de plus vulgaire d'ailleurs que l'influence bien connue du système nerveux sur la sécrétion urinaire, et que les conditions où souvent il s'exerce, alors qu'une émotion vive, qu'une préoccupation importante vous possède tout entier. Cet état passager occasionnel est celui qui se reproduit sous toute espèce d'incitation physique ou morale, chez les *impressionnables* dont nous vous parlons.

Mais, s'il est bon d'être en garde contre les affirmations des hypochondriaques, il convient aussi d'être averti que les malades qui se plaignent avec obstination et qui si souvent accusent un appareil ou un organe, où il est vraiment impossible d'admettre la moindre lésion, ne sont pas pour cela indemnes d'autres modifications pathologiques. Nombre de fois, des symptômes tout à fait étrangers à ceux qui primitivement étaient sans cesse accusés vous montreront qu'en réalité les hypochondriaques ont quelquefois raison de vouloir un contrôle médical.

A côté des névropathes de toute classe que nous venons de vous signaler, se placent un certain nombre de sujets atteints d'affections médullaires. Ils viennent encore grossir le nombre déjà si grand des faux urinaires.

C'est, en réalité, à la pathologie nerveuse qu'appartiennent la majeure partie de ces malades que nous désignons sous la dénomination de faux urinaires. Ce n'est, en effet, que par un symptôme fonctionnel, assez souvent par la fréquence de la miction, que ces sujets se rattachent à la pathologie urinaire.

Il faut savoir d'autant mieux les reconnaître, les bien différencier, qu'assez fréquemment les troubles de la miction sont, en quelque sorte, prémonitoires, ou tout au moins observés dans la première période de la maladie. Il en est ainsi, par exemple, chez les ataxiques; nombre d'entre eux

présentent avant tout autre symptôme, des troubles de la miction.

Ce fait, qui nous a souvent frappé et dont nous avons maintes fois parlé, a été étudié avec le plus grand soin par l'un de nos internes, M. Geffrier. Dans son excellent travail inaugural<sup>1</sup>, cet auteur démontre que, dans près du tiers des cas, l'apparition des troubles de la miction a précédé celle des premiers symptômes que l'on est habitué à rattacher ordinairement à l'ataxie locomotrice.

Le symptôme fréquence n'est pas, il est vrai, le plus habituel et ne pourrait, par lui-même, avoir de signification sémiologique. Ainsi que le démontre M. Geffrier, les troubles urinaires peuvent se mettre en parallèle avec les autres symptômes tabétiques et se ranger dans le même cadre.

On observe, en effet, du côté des organes urinaires: 1° des douleurs fulgurantes (crises vésicales ou uréthrales); 2° de l'anesthésie, soit de la muqueuse vésicale, soit de l'urètre, soit des deux ensemble; et, dans ces cas, il y a, non pas fréquence, mais retard dans la miction; c'est donc bien à des troubles moteurs et à des troubles sensitifs de la vessie ou de l'urètre que l'on a affaire chez les ataxiques, et, malgré l'importance, la variété et l'intensité des symptômes, l'appareil urinaire est indemne de lésions.

La fréquence de la miction n'est donc pas, vous le voyez, l'expression certaine d'une lésion des voies urinaires. Son importance peut même vous paraître singulièrement atténuée par les faits que nous venons d'exposer, et cependant l'étude de ce trouble de la miction est si peu négligeable pour nos malades que vous ne sauriez omettre, sous peine d'erreur, de leur demander tout d'abord: Urinez-vous souvent et à quels intervalles?

Pour obtenir de l'étude du symptôme fréquence, chez les urinaires, de véritables éléments d'appréciation capables d'éclairer le diagnostic, il faut avant tout distinguer la fré-

<sup>1</sup> GEFRIER, *Études sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux*, Th. de Paris, 1884.



quence de la miction diurne et la fréquence de la miction nocturne.

Pour élucider ce point si important de l'étude du symptôme « fréquence de la miction », il ne faut pas craindre d'obliger le malade à préciser le résultat de son observation. Si la réponse que vous sollicitez n'a pas la netteté voulue, engagez le malade, s'il ne l'a déjà fait, à compter le nombre de ses mictions depuis le moment du coucher jusqu'au moment du lever, et réciproquement. Vous pourrez également lui demander de noter les intervalles des mictions du jour et de la nuit. Ce dernier renseignement peut à lui seul vous permettre de trancher la question de la fréquence diurne et nocturne.

La fréquence nocturne de la miction a par elle-même, ainsi que nous vous l'avons déjà indiqué, une valeur diagnostique importante. Il suffira qu'elle ait été constatée et qu'elle soit habituelle pour que vous admettiez la probabilité d'une lésion des voies urinaires, et même pour que vous la rangiez au nombre des éléments qui vont permettre de reconnaître la nature de la maladie.

La fréquence diurne, au contraire, ne vous fournira de renseignement de quelque valeur que si vous étudiez les conditions sous l'influence desquelles se manifeste l'envie fréquente d'uriner. Informez-vous de suite des modifications que lui apportent la position assise, la station et, en particulier, l'exercice à pied ou en voiture. Cherchez, en un mot, à vous rendre compte des provocations que le mouvement répété et prolongé, que les secousses peuvent adresser à la vessie. Vous établirez ainsi des distinctions précieuses, qui souvent suffisent pour permettre de pressentir le diagnostic.

Si vous êtes consultés par un homme ayant dépassé la cinquantaine, se plaignant d'uriner fréquemment la nuit, tandis que ses journées sont bonnes et d'autant meilleures qu'il reste moins stationnaire ; si, en un mot, le repos au lit favorise la répétition des besoins d'uriner, tandis que la veille, la promenade les atténuent ou les font cesser, vous avez tout lieu de croire à une hypertrophie de la prostate. Si la fréquence ne s'associe pas à quelque autre trouble de la miction et constitue le symptôme dominant, l'examen d'ensemble du malade vous donnera la preuve que les indications fournies par l'étude

comparée de la miction du jour et de la nuit vous avaient permis de faire un diagnostic exact.

Vous avez journellement sous les yeux des exemples du cas que nous venons de supposer. Vous observez actuellement, il est vrai, au n° 40 un malade qui est affecté d'hypertrophie de la prostate, et chez lequel le symptôme fréquence n'est cependant que très peu modifié le jour. Nous avons noté que, la nuit, les mictions ont lieu toutes les heures, et le jour toutes les heures et demie. Mais ce malade ne vide pas sa vessie. Le cathétérisme, pratiqué immédiatement après la miction, fournit encore un verre d'urine, et ce n'est qu'après cette évacuation complète, mais artificielle, que l'intervalle des mictions augmente.

Le symptôme fréquence, à peu près également réparti sur le jour et la nuit, doit donc faire penser à une rétention partielle, c'est-à-dire à une évacuation imparfaite du réservoir urinaire.

Aux cas divers et nombreux, semblables à ceux que nous venons de vous indiquer, vous pouvez opposer l'observation du n° 27.

Le contraste est frappant. La position debout, la marche éveillent des besoins impérieux et répétés, bien plus marqués encore si le malade veut courir, ou même simplement hâter le pas ; mais qu'il s'assie, et le calme commence ; qu'il se couche, et c'est à peine s'il prendra l'urinoir toutes les trois ou quatre heures. Or, vous le savez, Messieurs, ce malade est un calculeux, comme nous l'a montré d'une façon incontestable l'explorateur métallique. Tout ensemble symptomatique semblable devra recevoir la même interprétation diagnostique et éveiller l'idée d'un corps étranger.

Mais pour être en droit de conclure à la présence d'une pierre venant irriter les parois de la vessie par son contact, il faut que l'influence du repos soit non moins manifeste que celle de la marche et des secousses. Il faut, en d'autres termes, bien préciser l'influence des conditions qui favorisent la provocation mécanique de la vessie, ou qui l'empêchent de s'exercer. Il faut établir un contrôle.

Voyez, en effet, nos malades n°s 22 et 23, voyez le n° 4 ; tous trois accusent des besoins fréquents d'uriner, et chez tous les



trôis la marche et la voiture exagèrent la fréquence, mais chez tous les trois également le repos au lit n'a qu'une influence très relative sur le nombre des mictions qui s'élèvent au moins au chiffre de quatre ou cinq par nuit. Ils n'ont pas de calcul ; ils sont atteints, les deux premiers de tuberculose vésicale, le dernier de cystite.

Habituez-vous d'ailleurs, dès à présent, à rencontrer des symptômes très analogues chez les malades atteints de cystite et chez les calculeux. Il y a seulement analogie et non similitude ; toutefois il serait assez facile, si l'on n'était averti, de se laisser induire en erreur.

En vous parlant ainsi, nous avons surtout en vue la cystite tuberculeuse. Le jeune homme couché au n° 20 reproduit à cet égard l'observation de plus d'un malade que déjà vous avez vu arriver dans nos salles avec l'étiquette : calculeux. La marche provoque chez lui des mictions tellement fréquentes et souvent si douloureuses qu'il a dû de très bonne heure renoncer aux jeux de l'enfance. Nous l'avons interrogé devant vous et l'étude du symptôme fréquence nous a appris que le repos n'apportait pas au fonctionnement vésical des modifications parallèles à celles que provoquent d'une façon si prononcée et si immédiate la station et les mouvements. Jamais en effet, le repos, même le plus absolu, ne lui procure sédation réelle.

Ce n'est certainement pas à l'aide de l'étude du seul symptôme fréquence que nous avons pu vous annoncer, avant toute exploration, que, malgré l'étiquette d'envoi, nous ne trouverions pas de calcul. Bien que le symptôme fréquence soit prédominant, nous avons analysé méthodiquement chacun des troubles de la miction, tenu compte de l'état des urines, de l'état général et des commémoratifs.

Il est, en effet, à peine nécessaire de vous dire que le diagnostic ne saurait être établi à l'aide d'un seul symptôme. Quelle que soit son importance, quel que soit le soin avec lequel vous l'aurez étudié, vous n'aurez encore à votre disposition qu'un élément de jugement.

Malgré cette réserve, nous pouvons dire, et nous vous l'avons montré, que la fréquence de la miction a une valeur sémiologique incontestable. Mais elle ne l'acquiert qu'à la con-

dition expresse que vous ferez porter vos questions sur la miction des vingt-quatre heures ; que vous distinguerez avec soin et comparerez entre elles la fréquence nocturne et la fréquence diurne, et enfin que vous ferez la part exacte des diverses influences qui s'exercent pendant la veille, en vous attachant particulièrement à bien analyser les effets des secousses et du mouvement.

Il est rare que les lésions vésicales restent insensibles à cet ordre d'influences, et l'on peut dire que leur étude attentive nous donne un moyen de contrôle d'autant plus précieux pour établir la valeur sémiologique du symptôme, que beaucoup de malades, vous le savez, se plaignent d'uriner fréquemment sans avoir cependant de lésions vésicales.

II. MICTION IMPÉRIEUSE. — L'intensité de la sensation du besoin d'uriner portée assez loin pour être irrésistible s'observe le plus communément dans tous les états douloureux de la vessie, et en particulier dans les cystites. La miction impérieuse sera donc souvent le corollaire de la fréquence. Cela s'explique aisément, car les vessies enflammées ne supportent qu'un très faible degré de tension, et contre les contractions vives que provoque dans ces conditions l'accumulation de l'urine les sphincters sont impuissants. Aussi voyons-nous souvent la miction impérieuse conduire à l'échappement involontaire de l'urine. Ce n'est pas de l'incontinence, comme les malades le disent, ou comme quelques médecins l'acceptent. L'urine ne s'échappe pas en dehors de toute participation de la volonté, mais sans le consentement, malgré la résistance du malade. Il est averti du besoin, mais la sommation est si impérieuse qu'il ne peut y obéir à temps. Il arrive même que, pendant le sommeil, ces contractions répétées ne sont qu'imparfaitement perçues, et que le malade souille son lit, tandis que, pendant le jour, il arrive à éviter de se mouiller. Cela s'observe fréquemment chez des prostatiques atteints de cystite.

La miction impérieuse peut aussi être observée lorsqu'une sécrétion exagérée soumet la vessie à des tensions répétées. Vous rencontrerez des sujets qui n'ont à aucun degré de la cystite et qui ne peuvent, après les repas en particulier, résister au besoin d'uriner ; ce sont des dyspeptiques ou des névro-



pathes excitables. Il est facile de ne pas les confondre avec les cystiques ; le plus souvent ils rendent à la fois une assez grande quantité d'urine ; ce liquide est limpide, aqueux ou fortement coloré, exempt de tout mélange dû à des sécrétions de la muqueuse vésicale.

Les froissements répétés de la surface interne de la vessie peuvent aussi déterminer la miction impérieuse. Vous l'observerez chez quelques calculeux, d'ailleurs exempts de cystite et ne rendant qu'une quantité normale d'urine ; chez eux le repos modifie le caractère du besoin qui cesse d'être impérieux. Il est, au contraire, sans effet dans les cas de cystite douloureuse. Le besoin impérieux se modifie tout naturellement par la suppression des causes qui le déterminent chez les sujets qui n'ont pas de lésions de la vessie ; il ne reparait que passagèrement.

Vous ne sauriez donc attacher à l'intensité du besoin d'uriner une valeur sémiologique absolue ; la miction impérieuse s'observe, en effet, sous l'influence de ces trois causes principales : inflammation de la muqueuse de la vessie, réplétion rapide du réservoir, excitations répétées ou vives de la muqueuse par contacts, sans compter certains états nerveux. Cependant, plus que la fréquence, la miction impérieuse est l'indice d'un état pathologique de la vessie. Son association à la répétition des mictions et la persistance de ces deux phénomènes doivent nécessairement faire penser à une modification permanente de la sensibilité de la vessie, entretenue par un état pathologique qui n'est, en général, autre que la cystite. Elle fait présumer de son degré d'intensité et de gravité, impose des réserves dans le pronostic, et fournit des indications au traitement. L'examen des urines, la recherche directe et méthodique de la sensibilité vésicale, confirmeront les présomptions nées de l'association habituelle et durable de la miction impérieuse, à la fréquence.

III. MICTION DIFFICILE. — La difficulté de la miction est un phénomène souvent accusé par les malades, et sur lequel vous avez à faire porter votre interrogatoire.

Vous vous apercevrez bientôt que sous cette formule banale : « Je pisse mal, » les malades comprennent aussi bien la difficulté d'uriner que la douleur en urinant. La douleur provoque

d'ailleurs l'effort, c'est-à-dire l'un des éléments dont vous avez à tenir compte dans l'étude du symptôme « difficulté de la miction ». Il faut donc que vous sachiez distinguer ce qui appartient à la douleur, et que vous en fassiez le départ pour étudier, avec sa véritable valeur sémiologique : la miction difficile.

Toute difficulté dans la miction suppose un obstacle ou un empêchement à la libre émission de l'urine. L'appareil d'excrétion tout entier peut être mis en cause. La contractilité de la vessie peut être diminuée, la souplesse du col vésical ou celle de l'urètre lui-même peuvent être modifiées, le calibre de ce canal peut être plus ou moins rétréci, ou bien enfin une obstruction mécanique, due à la présence d'un corps étranger, peut, plus ou moins brusquement, déterminer la difficulté d'uriner.

Sous ces diverses influences, la miction peut être modifiée dans sa durée ; pour l'accomplir, des efforts peuvent devenir nécessaires ; le jet de l'urine, enfin, peut subir des modifications qu'il importe de connaître et d'apprécier.

La difficulté de la miction peut vous mettre en présence de malades atteints d'affections étrangères à l'appareil urinaire. Au premier rang se rencontrent les myéliques. Les maladies de la moelle troublent, vous le savez, la miction ; sous leur influence, elle devient souvent laborieuse. Ce n'est pas tout : les neurasthéniques présentent fréquemment ce phénomène. Ils se plaignent d'uriner difficilement avec effort, d'avoir un jet mince, sans projection. Ce n'est point seulement pour entamer la miction, mais pour la continuer qu'ils sont obligés de pousser. Faute de persévérance de l'effort initial, il peut leur arriver de voir le jet s'interrompre et ne reprendre qu'au prix d'une nouvelle impulsion. Il est donc nécessaire de méthodiquement analyser le symptôme que nous étudions pour qu'il puisse nous fournir de sérieux éléments d'appréciation.

La miction lente n'a pas de valeur pathognomonique. La diminution de la contractilité vésicale peut tout aussi bien la déterminer que l'hypertrophie prostatique ou le rétrécissement de l'urètre.

La miction retardée peut, au contraire, être regardée comme caractérisant certaines lésions ; mais, avant de vous les exposer,



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 réciprocité, 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 disions, 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-



finale 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 urétral 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 urétral 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'acquiescent 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 arrétions 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'urètre, 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'urètre. 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'urètre. 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.