

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Geffrier¹ a bien décrit les crises vésicales et uréthrales des ataxiques. Notre éminent collègue M. Alfred Fournier les a signalées dans un important travail². Cet observateur a noté qu'elles peuvent éclater brusquement à la période préataxique du tabès. Les faits recueillis par M. Geffrier tendraient à démontrer qu'elles surviennent le plus souvent au moment où la maladie est pleinement confirmée. Nous ne voulons en aucune façon contester la vérité de ce résultat, car nous croyons aussi que les crises douloureuses s'observent à la période d'état. Mais nous devons cependant insister, comme M. Fournier, sur les crises précoces aussi bien vésicales qu'uréthrales qui se rattachent à l'histoire du tabès. Il est des malades qui vous offriront l'ensemble symptomatique le plus douloureux et chez

¹ GEFRIER, *loc. cit.*, p. 79.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nous devons enfin vous signaler des douleurs ano-péri-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

détermination précise du temps de la miction dans lequel le symptôme apparaît ou acquiert sa plus grande intensité.

Un trouble véritable de la miction, un trouble dû à une lésion des voies urinaires, doit en effet se présenter dans des conditions différentes, selon qu'il est observé la nuit et le jour; il doit être influencé, dans ses manifestations, par le mouvement ou par le repos; il doit avoir une expression dominante dans l'un des temps de la miction.

Dépourvu de ces traits caractéristiques, le trouble de la miction n'est plus l'expression d'une lésion des voies urinaires, mais d'un désordre fonctionnel né sous la dépendance de toute autre cause. Vous devez, dès lors, soupçonner que vous êtes en présence de faux urinaires, et chercher en dehors de l'appareil de sécrétion et d'excrétion de l'urine l'explication des phénomènes observés.

Au contraire, le trouble de la miction qui obéit et se subordonne aux influences bien déterminées que nous vous rappelions, vous oblige à penser que vous avez affaire à de vrais urinaires et votre devoir est alors de chercher, par une analyse plus complète, à pressentir le siège et la nature de la lésion.

L'influence du lit, il ne faut pas l'oublier, peut être excitante ou calmante; en d'autres termes, les troubles de la miction peuvent s'exagérer, ou, au contraire, s'atténuer et même disparaître sous l'influence du décubitus.

L'atténuation ou la disparition des troubles de la miction, sous l'influence du séjour au lit, constitue ce que l'on pourrait appeler son effet normal. En effet, vous savez que dans l'état de santé le besoin d'uriner ne se fait pas sentir pendant la nuit. L'atténuation ou la disparition des troubles de la miction, sous l'influence du lit, donne une note favorable sur l'état vésical, mais il n'a pas de valeur sémiologique absolue. Il ne vaut qu'autant qu'on oppose aux effets du décubitus ceux de la station ou de la marche.

Tout autre est l'importance des effets du séjour au lit, lorsque, sous son influence, les troubles de la miction sont provoqués ou exagérés. Leur valeur sémiologique est absolue, et leur simple constatation permet d'affirmer qu'il y a un état pathologique de la vessie, ou tout au moins que l'état normal a cessé d'être. En étudiant la polyurie chez les urinaires,

nous verrons même que l'influence du séjour au lit peut être utilisée pour apprécier l'état des reins; c'est dans ces conditions que s'affirme l'influence du sommeil unie à celle du décubitus.

Malgré leur importance, les effets du séjour au lit, de même que les effets du simple repos — qui ne doivent pas être assimilés à ceux que détermine le décubitus et le sommeil, — ne peuvent être sainement et complètement appréciés que lorsqu'ils sont opposés aux effets du mouvement.

Il faut ici encore établir ce *contrôle* que nous vous avons plus d'une fois indiqué, et que vous devez regarder comme nécessaire à l'étude exacte des symptômes fonctionnels. Il faut sans cesse opposer l'observation du jour à celle de la nuit, les effets du mouvement à ceux du repos.

Et, dans ces constatations et ces contrôles, l'analyse clinique ne saurait s'en tenir au fait brutal et grossier. Il faut noter les nuances. C'est ainsi que les effets du repos et ceux du mouvement devront être appréciés selon leur durée.

Le repos produit des effets immédiats et éloignés fort différents, suivant les cas. Un calculeux est rapidement calmé lorsque sa vessie est saine ou peu irritée, comme souvent il arrive; un cystique est plus lentement ou plus incomplètement soulagé. De même, la marche prolongée ne donne pas les mêmes résultats qu'une petite promenade.

L'intensité, le degré, la nature des mouvements doivent encore être tenus en grande considération. Les secousses ont d'autres effets que les mouvements mesurés, la marche n'agit pas de la même façon lorsqu'elle est lente ou lorsqu'elle est accélérée. C'est souvent à la suite d'une secousse, d'un faux pas, d'une marche précipitée que sont révélés des symptômes que les mouvements simples n'avaient fait qu'imparfaitement percevoir.

Ainsi, l'observation des symptômes est délicate et ne vaut que selon la manière dont elle a été exercée. L'interprétation des troubles fonctionnels ne peut avoir de chances d'exactitude que si leur analyse a été conduite avec une véritable méthode.

Mais de l'exactitude des détails, de leur rapprochement, de leur contrôle réciproque, se dégagent les données les plus rationnelles; leur interprétation permet non seulement de