

pagnent souvent d'hémorragies avant, pendant et après l'accès (Guyon). Là encore les divergences individuelles sont considérables, certains calculeux n'urinant du sang qu'après un exercice forcé, alors que d'autres ne peuvent faire quatre pas sans voir leurs urines teintes en rouge. De ce que l'urine ne présente pas de variations apparentes de couleur, il ne faut pas en conclure qu'elle ne contient pas de sang. L'examen microscopique est nécessaire dans tous les cas où vous soupçonnez

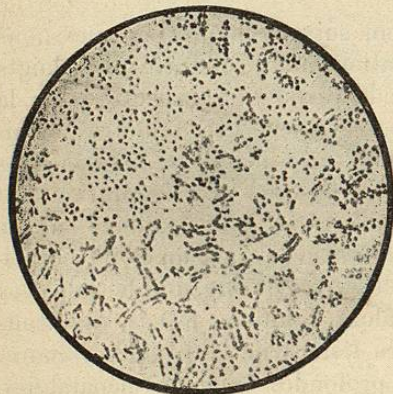


FIG. 67. — Urate de soude.

un calcul rénal, et j'ai vu ainsi un malade dont l'urine contenait des hématies toutes les fois qu'il se soumettait à un exercice violent ou prolongé capable d'amener une hématurie. En dehors de ces circonstances, l'examen microscopique était négatif. Quand une pareille constatation se renouvelle indéfiniment, elle acquiert une réelle valeur diagnostique. Musser insiste sur la présence d'un peu d'albumine ou de quelques cylindres hyaliens comme moyens de diagnostic.

L'examen microscopique de l'urine montre, suivant les variétés, les cristaux caractéristiques (fig. 67, 68, 69).

Signes physiques. — La palpation du rein ne donne aucune sensation anormale dans la lithiase rénale aseptique et sans rétention, et on ne perçoit la glande que si elle est abaissée; c'est alors presque toujours du côté droit. Cet abaissement est très précieux; il permet quelquefois de constater une cré-

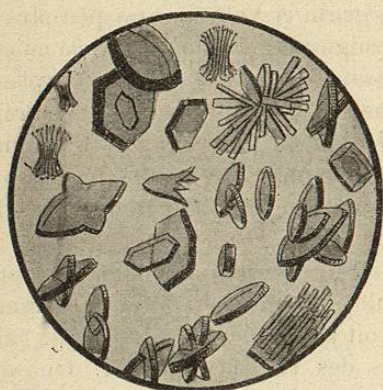


FIG. 68. — Cristaux d'acide urique.

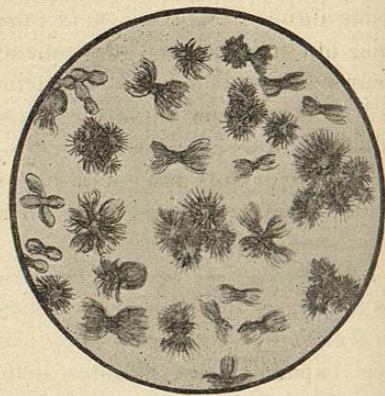


FIG. 69. — Urate d'ammoniaque.

pitation sourde due au frottement réciproque des calculs. J'ai constaté une seule fois ce signe caractéristique qui mérite le nom de *collision crépitante*. Au contraire, dès que la glande est dilatée, dès qu'une complication inflammatoire a transformé l'affection en pyélo-néphrite, la palpation révèle l'existence d'une tumeur rénale que nous étudierons plus loin.

L'exploration métallique par le cathétérisme urétéral et la radiographie restent

des méthodes d'exception. La première, avec les intéressants travaux de Kelly⁽¹⁾ me paraît cependant devoir entrer dans la pratique pour certains cas difficiles (voy. fig. 48, p. 150). Cet auteur place à l'extrémité de la bougie qui sert à faire le cathétérisme une gaine de cire qui prendrait l'empreinte du calcul urétéral ou rénal.

Quant à la radiographie, j'ai dit plus haut, au chapitre de l'exploration rénale, combien ses résultats étaient inconstants. La méthode de Röntgen, en effet, appliquée au diagnostic des calculs rénaux et vésicaux, a été loin de donner les résultats qu'on en attendait. Dans la grande majorité des cas, ces résultats sont restés négatifs, bien que les symptômes cliniques, corroborés plus tard par l'opération ou l'autopsie, témoignassent manifestement de l'existence d'un ou de plusieurs calculs. Frappé de ce fait, et désireux d'en connaître la raison, Ringel⁽²⁾ a entrepris à ce sujet une série d'expériences d'où il ressort que les résultats différents fournis par la radiographie, dans les cas de calculs du rein ou de la vessie, dépendent de la composition chimique de ces calculs. — Lorsqu'on place sur une même plaque photographique des échantillons des types principaux des calculs rénaux, savoir un calcul oxalique, un calcul urique et un calcul phosphatique, et qu'on les expose pendant le même temps aux mêmes rayons cathodiques, on voit que le calcul oxalique fait sur l'écran une tache très nette; le calcul urique produit une ombre moins accentuée; quant au calcul phosphatique, il laisse passer les rayons presque entièrement, tout comme le font les calculs biliaires. Ces différences dans la manière dont les calculs rénaux se comportent vis à vis des rayons X apparaissent encore plus évidentes quand on radiographie ces calculs après les avoir placés dans le bassin d'un cadavre qu'on a choisi de corpulence moyenne: les calculs oxaliques se projettent avec la même netteté qu'une balle enfouie dans les parties molles; l'image des calculs uriques, bien que moins tranchée, est encore très apparente; mais les calculs phosphatiques ne font pas la moindre tache sur l'écran. On comprend que sur le vivant ces différences s'accroissent encore: les mouvements respiratoires qui modifient sans cesse la position des reins, l'existence dans le bassin, autour du calcul, de liquides divers, urine, sang, pus — toutes choses n'existant pas sur le cadavre — rendent les résultats de la röntgenisation encore bien moins positifs. Les calculs oxaliques, à de rares exceptions près, restent toujours visibles; mais les calculs uriques n'apparaissent plus que dans les cas particulièrement favorables, par exemple, quand le sujet est très maigre; quant aux calculs phosphatiques, ils restent absolument invisibles. Si on veut bien se rappeler, d'autre part, que la fréquence de ces différents calculs est précisément en raison inverse de leur impénétrabilité par les rayons de Röntgen, c'est-à-dire que les calculs phosphatiques se rencontrent presque toujours et les calculs oxaliques presque jamais, on s'expliquera facilement pourquoi, les trois quarts du temps, la radiographie dans la lithiase rénale, même en présence de symptômes cliniques très affirmatifs, ne donne que des résultats négatifs. D'où cette conclusion très importante qu'il ne faudra accorder de valeur aux résultats radiographiques, en matière de lithiase rénale, que lorsque ces résultats seront positifs; en aucun cas, un résultat radiographique négatif ne pourra être

(1) KELLY, *Med. News*, 30 nov. 1895. — Diagnostic des calculs du rein chez la femme.

(2) RINGEL (Hambourg), *Contribution au diagnostic de la lithiase rénale par la radioscopie*. *Centralbl. für Chir.*, 10 décembre 1898, n° 49, p. 1217.

opposé aux constatations cliniques. Les considérations qui précèdent s'appliquent également et intégralement aux calculs vésicaux. Cependant Macintyre et James Swains (de Clifton) auraient ainsi découvert des calculs rénaux⁽¹⁾. Le dernier Congrès de chirurgie allemand (1894) plaide dans le même sens.

Accidents et complications. — Les calculs du rein peuvent ne pas provoquer d'autres accidents que la douleur et l'hémorragie; ils grossissent sur place et arrivent ainsi à détruire le parenchyme rénal et à se substituer à lui. Mais dans le cours de leur évolution divers accidents se manifestent, accidents dus : 1° à leur migration, 2° à l'infection urétérale. Le calcul en totalité ou en partie s'engage dans l'uretère, il le traverse à frottement, et provoque une *colique néphrétique*; s'il est arrêté dans son trajet, il détermine une *hydronéphrose*, et si la lésion est bilatérale, une *anurie calculeuse*.

1° *Accidents de migration.* — *Colique néphrétique.* — C'est l'ensemble des phénomènes douloureux dus au passage d'un corps étranger dans l'uretère. Dans l'immense majorité des cas, ce corps étranger est un calcul; mais on a vu quelquefois un caillot fibrineux, une hydatide, un fragment de vêtement, à la suite d'une plaie du rein, provoquer les mêmes symptômes. Le début des accidents est quelquefois précédé dès longtemps de douleurs lombaires vagues, suivies d'expulsion de sable rouge, véritable colique néphrétique atténuée. Quelquefois même la douleur peut débiter par le testicule qui est rétracté, gonflé et douloureux⁽²⁾. Mais le début peut être brusque, tantôt spontané, tantôt à la suite d'un choc, d'un heurt, d'un cahot de voiture, et le syndrome atteint d'emblée toute son intensité. C'est une douleur débutant dans la région lombaire, exceptionnellement dans la vessie et l'abdomen, s'irradiant vers le pli de l'aîne, vers les grandes lèvres chez la femme, vers le testicule qui se rétracte à l'anneau, ou enfin vers le membre inférieur correspondant. Cette douleur est aiguë, entrecoupée de paroxysmes extrêmement douloureux; les malades sont immobilisés par leurs souffrances dans une attitude fixe. Plus souvent ils se tordent sur leur lit, et prennent les attitudes les plus variées pour atténuer leur douleur, qui est même quelquefois assez forte pour leur arracher des gémissements et des cris, et pour provoquer chez les enfants ou les névropathes des convulsions ou un délire qui n'a rien d'urémique. Les cuisses sont fléchies sur le ventre; en même temps le corps est baigné de sueur, les extrémités sont violacées. Quelquefois la compression de l'abdomen amène un soulagement. Après quelques heures de durée, quelquefois après quelques minutes, le calme renaît; puis bientôt une nouvelle crise se manifeste, souvent plus violente encore que la première, et l'état persiste ainsi plusieurs jours et plusieurs nuits, sans autre trêve que quelques instants de repos relatif. Cette douleur s'accompagne de *ténésme vésical* et *rectal*, l'abdomen est distendu par les gaz, et cet état, joint à une constipation opiniâtre, peut faire croire à une *obstruction intestinale*; le testicule peut être gonflé et douloureux, l'ovaire même pourrait être gros et sensible (Abraham). Au bout de quatre à six heures, quelquefois de un à six ou même huit jours, les accidents tombent brusquement et, dans les jours qui suivent, un calcul est expulsé. Exceptionnellement, la douleur va en s'atténuant, se localise en un point plus net, sous forme d'endolorissement général, qui

⁽¹⁾ POISSON, *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 725.

⁽²⁾ ABRAHAM, *New-York Med. Journ.*, 1897, p. 549 (une hématurie prémonitoire et également fréquente).

indique l'arrêt du calcul dans l'uretère. Pendant ce temps, la quantité des *urines* est notablement diminuée, mais il n'y a pas de phénomènes fébriles tant que le malade n'est pas infecté. L'urine est trouble, boueuse, souvent sanguinolente pendant ou après l'accès. Si l'on vient à *explorer* le rein et l'uretère au milieu de cette période aiguë, on constate que la glande et son conduit sont douloureux et restent longtemps sensibles après la disparition des accidents. Par le toucher rectal on trouve la portion de l'uretère correspondant douloureux (Guyon). La colique néphrétique se présente quelquefois avec des intermittences parfaitement réglées, tantôt sur le type annuel, tantôt sur le type mensuel ou bi-annuel, plus souvent sous l'influence du retour d'une mauvaise hygiène. Après l'accès, les urines sont d'abord troubles et chargées de mucus pendant plusieurs jours, puis se manifeste une polyurie abondante.

Lorsque l'accès se présente avec ce syndrome complet, son siège lombaire, ses irradiations, le trouble de l'urine assurent le diagnostic. Ils le distinguent de la colique hépatique, des névralgies iléo-lombaires simples, des entéralgies, de la péritonite, de l'étranglement interne, et de certains accidents du rein mobile symptomatiques de l'hydronéphrose intermittente. La terminaison de cet accident est en général favorable; exceptionnellement il est suivi d'une anurie mortelle.

2° *Anurie calculeuse.* — Au premier rang des accidents d'obstruction, nous devons signaler l'*anurie calculeuse*. C'est la suppression de la sécrétion urinaire. Très bien étudiée dans la remarquable thèse de Merklen⁽¹⁾, elle a donné lieu à un certain nombre d'interventions qui la font rentrer dans le domaine chirurgical.

Elle peut débiter *brusquement*, au cours ou à la suite d'une colique néphrétique ou s'établir sans cause appréciable en pleine santé. L'anurie constituée évolue en deux périodes : une période de *tolérance* et une période *urémique*. Dans la période de *tolérance*, la santé des malades semble parfaite. Quelques-uns cependant accusent certains troubles : faux besoins d'uriner, picotements au bout de la verge, douleurs dans l'hypogastre; d'autres, sans souffrir, paraissent inquiets, anxieux. Cette première phase a une durée variable suivant les sujets : chez les uns elle est très courte, chez d'autres elle peut se prolonger, pendant 5, 6 jours, parfois même jusqu'à 15 jours. Puis le malade présente des phénomènes toxiques, atténués mais non douteux : il se sent affaibli, manque d'entrain, se fatigue vite et cherche la tranquillité; ou, au contraire, il s'agite, sans se reposer ni dormir. Certains ont déjà de la céphalalgie, le plus grand nombre présentent des troubles digestifs : perte d'appétit, nausées, vomiturations, langue saburrale, constipation ou diarrhée. Tous ces symptômes vont bientôt s'accroissant : la deuxième période, *période urémique*, est constituée. Elle est caractérisée par des troubles qui portent sur tous les appareils organiques. Avant tout il faut noter l'absence complète d'urine dans la vessie; quelquefois un peu de liquide (1/2 verre) est émis, et encore est-il de faible densité. La durée des accidents est bien différente, suivant que l'anurie est absolue ou relative; dans ce dernier cas, les accidents persistent plusieurs semaines. Du côté du tube digestif il se manifeste des vomissements incoercibles; le malade est tourmenté par une soif horrible; la langue devient sèche et noirâtre; il existe une constipation opiniâtre; le ventre est ballonné. La peau qui est d'abord le siège de

⁽¹⁾ MERKLEN, Thèse de Paris, 1881.

sueurs abondantes devient à la fin d'une sécheresse extrême. On a signalé des éruptions cutanées diverses, de l'œdème généralisé ou localisé à certains points. La respiration, intacte pendant assez longtemps, devient bientôt de la dyspnée avec de véritables accès de suffocation. Le cœur, quand l'intoxication est profonde et ancienne, faiblit; le pouls devient irrégulier. La température, dans les derniers jours, s'abaisse au-dessous de la normale. Du côté du système nerveux on note, outre la céphalée, des sensations de paralysie, de froid, des crampes aux membres inférieurs (jambes). Les tiraillements musculaires du tronc, des membres ou de la face, signalés par Roberts, ont une valeur considérable, car ils sont un des premiers symptômes de l'urémie confirmée. Il en est de même du rétrécissement pupillaire. Certains malades conservent toute leur intelligence jusqu'à la période ultime de l'intoxication, mais la plupart voient leurs facultés intellectuelles faiblir peu à peu; ils deviennent indifférents à ce qui les entoure et sont plongés dans un état de demi-coma ou de délire tranquille dont il est facile de les tirer, mais dans lesquels ils retombent aussitôt après. Rarement ils sont pris de délire bruyant et de convulsions. La mort est la terminaison habituelle de cette période. Dans 28 pour 100 des cas d'anurie, la guérison a lieu spontanément; on l'a vue survenir au bout de vingt jours même. Dans 71 pour 100 des cas la mort est survenue du cinquième au vingt-cinquième jour (Legueu).

L'anurie calculeuse complète est en général déterminée par une altération ancienne de l'un des reins, et une lésion récente aggravée du rein le moins altéré; et c'est alors une lésion mécanique, le déplacement d'un calcul qui provoque l'oblitération. Ce n'est que dans des cas absolument rares, dont nous n'avons relevé que deux exemples (Guyon et Tuffier), que l'un des reins est indemne. Il faut bien admettre alors qu'il y a là un réflexe inhibitoire amenant la suppression fonctionnelle du rein déjà malade. D'ailleurs les observations prouvent que l'oblitération urétérale n'est pas indispensable pour qu'il y ait anurie. En résumé: le plus souvent, la cause d'une anurie est une lésion calculeuse bilatérale, plus rarement l'absence du rein opposé, ou une altération déjà ancienne de ce rein. L'oblitération siège en général au niveau du bassin et par conséquent l'incision lombaire et la néphrostomie sont indiquées en pareil cas aussi bien pour enlever le calcul que pour assurer l'écoulement de l'urine (voy. p. 595, 599).

5° *Hydronéphrose*. — L'hydronéphrose par oblitération calculeuse de l'urètre, plus fréquente que l'anurie, est cependant plus rare que ne le ferait supposer la fréquence relative des calculs du rein. Dans 142 cas d'hydronéphrose acquise que Morris a trouvés dans ses autopsies à Middlesex-Hospital, cette cause pathogénique n'est pas même indiquée. Roberts, au contraire, la signale 11 fois sur 22 cas d'hydronéphrose, et Simon 7 fois sur 18 (1). Dans ces derniers temps les faits d'hydronéphrose calculeuse se sont multipliés (2). J'en ai moi-même observé plusieurs dans lesquels le calcul occupait la région moyenne de l'urètre (3). Je renvoie d'ailleurs, en ce qui concerne cette complication de la lithiasé rénale, au chapitre de l'*Hydronéphrose* (Étiologie, p. 514).

(1) LEGUEU, Thèse de Paris, 1891, p. 15.

(2) DESFONTAINES, Soc. belge de chir., 1894. — DELBET, Ann. des mal. des organes génito-urinaires, 1894, p. 535. — MAZZONI, Gazz. med. Lombarda, 20 janvier 1894. — LEGUEU et ALBARAN, 1^{er} Congrès de l'Assoc. franç. d'urolog., 22 oct. 1896.

(3) TUFFIER, Soc. de chir., 6 avril 1892.

4° *Complications infectieuses*. — *Pyélo-néphrite*. — Nous venons de voir jusqu'à présent les accidents dus au seul calcul, *lésion aseptique*; celles que nous allons étudier maintenant, *lésions septiques*, ont trait à des accidents inflammatoires antérieurs ou consécutifs à la présence du calcul: les lésions d'urétéropylérite dominent la situation. Lorsque, dans le cours d'une pyélo-néphrite, il se développe quelques concrétions, l'ensemble symptomatique ne varie guère. Au contraire, si le calcul est primitif, l'apparition du pus dans les urines, sa persistance, son abondance sont les premiers symptômes révélateurs de l'infection. En même temps une tumeur peut apparaître dans le flanc, tumeur douloureuse, formée par le rein: c'est la pyélo-néphrite avec distension qui s'établit. Les douleurs deviennent alors plus vives, l'état général jusque-là indemne s'altère, le malade maigrit, la fièvre s'allume, affecte parfois le type rémittent, et on voit survenir ces faits curieux d'alternative de réplétion et de vacuité de la tumeur, la réplétion coïncidant avec les accès fébriles; ce sont des signes de *pyonéphrose intermittente*. Cette pyonéphrose peut s'ouvrir à la région lombaire, dans le côlon, dans l'estomac, dans le duodénum, voire même dans les bronches (Rayer). Les symptômes du calcul disparaissent alors au milieu de l'ensemble des symptômes de la pyélo-néphrite avec ou sans distension. Dans certains cas rares, on retrouve dans les signes de cette pyélo-néphrite l'accentuation des accidents par le mouvement, phénomène qui est symptomatique d'un calcul. En général tous les symptômes sont alors ceux d'une pyélonéphrite avec distension (voy. *Pyélonéphrites calculeuses*, p. 244).

Pronostic. — La gravité de la lithiasé rénale primitive est subordonnée à l'évacuation des graviers et à l'état d'asepsie du rein. Le passage incessant de l'acide urique en excès amène bien une altération progressive de l'organe, mais tant que les graviers ne sont pas retenus la maladie est bénigne.

Parmi les lésions aseptiques, les accidents de migration sont les moins sérieux: la colique néphrétique est beaucoup plus bruyante que grave. Lorsqu'elle est suivie de l'émission du calcul, elle assure la perméabilité de l'urètre, elle éveille l'attention du malade et du médecin de ce côté, et permet par conséquent un traitement préventif, qui peut être efficace. De même ces états douloureux continus que nous avons indiqués ne compromettent pas la vie du malade, et ce n'est que dans les formes particulièrement intenses qu'ils commandent une intervention. La présence du calcul dans le rein n'a de gravité que par la rétention de liquide qu'il provoque; ainsi les calculs situés dans un calice peuvent rester impunément pendant des années dans la glande. Mais s'ils siègent dans le bassin, s'ils gênent le cours de l'urine, ils amènent lentement mais sûrement une atrophie rénale complète. Lorsque les symptômes de calculs sont *bilatéraux*, *alternativement* ou *simultanément*, le pronostic est plus sérieux encore, car la menace d'une anurie calculeuse est constante. Lorsque la pierre siège dans l'urètre, le pronostic est des plus graves, le rein étant fatalement voué à la destruction: c'est dire que l'*hydronéphrose* ne doit sa gravité qu'à l'ancienneté des lésions.

Si les accidents d'obstruction sont sérieux, les accidents d'infection sont beaucoup plus graves, d'autant plus qu'ils se surajoutent souvent à l'obstruction pour créer des *pyélo-néphrites avec distension*. Ils peuvent heureusement se prolonger pendant longtemps sans menacer directement la vie du malade, mais

ils ne tendent guère à rétrocéder et deviennent des indications opératoires qui, malheureusement, sont moins brillantes que celles dont la lithiasé rénale primitive et aseptique est justiciable. Je laisse de côté ici les calculs secondaires dont le pronostic est intimement lié à la lésion infectieuse causale.

L'anurie calculéuse est de la plus haute gravité. Je regarde comme n'ayant aucune valeur les statistiques qui nous prouvent qu'elle peut guérir spontanément. Sans doute un gravier arrêté dans un uretère alors que l'autre rein est calculéux peut être expulsé, mais les chances de mort augmentent avec chaque jour de maladie, et l'intervention précoce me paraît ici le seul moyen capable d'alléger le pronostic. Là comme ailleurs, l'état probable des reins et surtout de la glande du côté opposé au siège des lésions actuelles sont des éléments dont il faut tenir le plus grand compte pour établir un bilan exact; mais tout ce que j'ai vu me porte à croire que c'est à la rapidité du diagnostic et de l'intervention que ce pronostic est lié. Je ne suis pas le seul d'ailleurs à penser ainsi, et la discussion à laquelle a donné lieu la communication de Begouin à l'avant-dernier congrès de l'Association française d'urologie appuie cette opinion (*Comptes rendus*, 1897, p. 87 et suivantes).

Diagnostic. — Aucune des affections rénales n'a donné lieu à des erreurs aussi fréquentes que la lithiasé. Qu'il me suffise de dire qu'on a incisé ou enlevé 27 fois des reins qui n'étaient coupables que de simulation calculéuse, et le fait est arrivé à des chirurgiens comme Morris⁽¹⁾, Mac Cornac⁽²⁾, Lloyd⁽³⁾, Clément Lucas⁽⁴⁾, Weir⁽⁵⁾, Israel⁽⁶⁾, Bruce Clarke⁽⁷⁾. Je dois dire que ces erreurs, fréquentes à l'avènement de la chirurgie rénale, sont beaucoup plus rares depuis que nos moyens de diagnostic sont plus efficaces. Cependant il n'y a pas de signe pathognomonique des calculs du rein, et l'incision lombaire exploratrice elle-même est souvent insuffisante. J'ai vu maintes fois de petits calculs passer inaperçus à l'exploration la plus minutieuse du rein et n'être découverts qu'après incision du rein; ces cas difficiles ont été étudiés dans la thèse de mon élève Piedvache⁽⁸⁾. Le diagnostic mérite donc qu'on s'y arrête.

Le chirurgien peut se trouver en présence de deux accidents bien différents : la douleur et l'hématurie. C'est l'association et la dissociation de ces deux symptômes qui constituent les types cliniques qui portent à l'erreur. L'anurie calculéuse mérite un diagnostic spécial.

I. Il y a douleur. — La douleur peut faire croire à une névralgie pariétale ou rénale, à une lithiasé biliaire, à un mal de Pott, enfin à une lésion rénale autre qu'une affection calculéuse.

La névralgie pariétale présente des points douloureux bien déterminés : point lombo-iliaque, hypogastrique, et la percussion lombaire dans ces cas ne réveille pas la douleur qu'elle provoque dans le rein calculéux. Cette névralgie elle-

(1) MORRIS, *Med. chir. Transact.*, 1885, p. 69.

(2) MAC CORNAC, *New-York med. Journal*, 1888, p. 35.

(3) LLOYD, *Lancet*, 1885, t. I, p. 948.

(4) CL. LUCAS, in NEWMANN, *Privat. Letter*, p. 991, t. III.

(5) WEIR, *New-York med. Journal*, 29 sept. 1880.

(6) ISRAEL, *Berliner klin. Woch.*, 1891, p. 224.

(7) BRUCE CLARKE, *Lancet*, 1891, t. II, p. 984.

(8) PIEDVACHE, *De la néphrolithotomie dans les petits calculs du rein*. Thèse de Paris, 1896.

même peut être symptomatique d'une lésion vertébrale, utérine ou rectale; dans ces cas, l'examen de tous les viscères s'impose. — La névralgie lombaire peut être idiopathique, ou symptomatique d'un mal de Pott; elle amène alors une rigidité du tronc. C'est surtout la marche de la maladie qui permettra le diagnostic, car la déviation spéciale de la tuberculose vertébrale finit par se manifester. — Les cystalgies d'origine rénale se reconnaîtront par l'insensibilité vésicale aux diverses explorations. Il serait plus fréquent, d'après Morris, de croire à un calcul du rein, alors que ce calcul est dans la vessie, qu'inversement. L'exploration métallique, indispensable en pareil cas, lèvera tous les doutes. — Les calculs biliaires peuvent coïncider avec des calculs rénaux; le fait est même fréquent, et si la colique hépatique n'est pas suivie d'ictère, on peut croire à une colique néphrétique. En général il se produit rapidement une tumeur de la vésicule biliaire qui vient éclairer le diagnostic. Wright rapporte un fait de coïncidence d'un calcul biliaire avec un calcul urétéral; on fit la taille de la vésicule, mais l'autopsie montra en outre une pierre dans l'extrémité vésicale de l'uretère. Dans tous ces cas le cathétérisme de l'uretère permettrait d'éviter l'erreur.

Névralgie. — Rayer a décrit sous ce nom une névralgie idiopathique du rein lui-même. Cet état douloureux paraît fréquent, si l'on en juge par le nombre des opérations auxquelles il a donné lieu. Mac Lane Tiffany⁽¹⁾ a publié une excellente monographie sur ce sujet, basée sur 21 observations, et Legueu⁽²⁾ a pu reprendre cette question. Ce sont des accidents douloureux, simulant d'une façon absolue ceux de la lithiasé et pouvant même s'accompagner d'hématuries (Sabatier⁽³⁾). Certains reins mobiles douloureux donnent lieu à des crises d'hydronéphrose intermittente, qui ressemblent à la colique néphrétique⁽⁴⁾: il suffit d'avoir été prévenu pour éviter l'erreur, et d'appliquer au malade un bandage qui fait disparaître les douleurs s'il s'agit d'un rein mobile. Dans d'autres cas, le diagnostic est d'autant plus difficile que le rein ne semble plus en cause. L'ataxie locomotrice peut provoquer des douleurs néphrétiques, que Maurice Raynaud⁽⁵⁾ a décrites, et qui simulent absolument les douleurs du calcul rénal. Il faut alors interroger les signes concomitants de l'ataxie, et étudier l'influence de la marche et du repos sur ces douleurs. Chez les hystériques, on peut voir ces mêmes états douloureux accompagnés d'hématuries (Sabatier). Morris⁽⁶⁾ a écrit sur ce sujet un chapitre intéressant, dans lequel il reconnaît l'impossibilité du diagnostic, en dehors de l'incision exploratrice. Signalons encore certaines névralgies liées à l'infection paludéenne⁽⁷⁾. Enfin la simple acidité de l'urine chez les goutteux (mais, dans ces derniers cas, la médication alcaline suffit à lever tous les doutes), et certaines névralgies rénales, sans aucune lésion locale ou générale capable de les expliquer, viennent encore ajouter aux difficultés du diagnostic des calculs.

Tous ces faits justifient l'importance du cathétérisme des uretères et de l'incision exploratrice. Cette incision est absolument inoffensive, tous les auteurs sont d'accord sur ce point et, dans les 25 observations que nous avons relevées, nous n'avons pas trouvé un accident mortel; enfin elle peut être curatrice si

(1) MAC LANE TIFFANY, *Annals of surgery*, 1889, p. 104.

(2) LEGUEU, *Annales génito-urinaires*, 1891, p. 564-651 et 778.

(3) SABATIER, *Revue de chir.*, 1889, p. 62.

(4) CAILLAUD, TUFFIER, Des pseudo-coliques néphrétiques. *Sem. méd.*

(5) MAURICE RAYNAUD, *Arch. gén. de méd.*, 1876, p. 525, t. XXVIII.

(6) MORRIS, *British med. Journal*, 1885, p. 311.

(7) KIRKHAM, *Med. Times*, 1885, t. I, p. 345.