

(Tuffier) conduira au diagnostic en permettant d'éliminer une affection des voies urinaires.

Dans la *névralgie lombo-abdominale* on retrouve habituellement les points lombaire, iliaque, hypogastrique, inguinal; le point postérieur occupe l'interstice du muscle long dorsal et du sacro-lombaire; il est plus interne et en même temps plus nettement limité que celui de la lithiasé situé en dehors de la masse sacro-lombaire ou sous la douzième côte (Le Dentu).

La colique néphrétique peut aussi s'accompagner de douleurs violentes du côté du foie et simuler la *colique hépatique*. Si le diagnostic n'est pas immédiatement posé, l'issue d'un calcul dans les jours qui suivront l'attaque suffira pour rapporter la douleur à sa cause véritable. L'expulsion d'un gravier faisant parfois défaut, on ne doit pas trop compter sur ce signe révélateur, d'autant que la colique hépatique et la colique néphrétique peuvent coïncider.

L'arrêt momentané d'un calcul dans le trajet inférieur de l'uretère suscite parfois des douleurs limitées au petit bassin avec quelques élancements du côté de la vessie ou de l'anus pouvant simuler certaines *douleurs utérines et ovariennes*. Les coliques utérines sont, d'après Le Dentu, les plus propres à donner le change, par suite de la propagation de la douleur le long du plexus utéro-ovarien jusqu'aux lombes, mais ordinairement la sensation douloureuse occupe les deux côtés de l'abdomen et le maximum est derrière le pubis. La difficulté serait plus grande pour certaines névralgies ovariennes, pour les crises de colique appendiculaire et les accès douloureux de salpingite chronique, n'étaient les renseignements recueillis sur l'état de santé antérieure.

Lorsque les douleurs de la colique néphrétique simulent des crises vésicales, Guyon conseille de faire coucher les malades et de les faire uriner. Si la douleur disparaît dans ces conditions, elle est d'origine vésicale.

A l'occasion d'une première et violente attaque de colique néphrétique, le médecin peut se trouver dans l'impossibilité d'arrêter son jugement, et dans l'obligation d'attendre une atténuation notable des symptômes pour affirmer son diagnostic. La confusion peut être faite alors avec les affections intestinales les plus graves, l'*étranglement interne*, la *hernie étranglée*, la *péritonite par perforation*. Il est important dès le début de différencier toutes ces maladies, puisque plusieurs d'entre elles réclament une intervention chirurgicale et peuvent en bénéficier, tandis que la colique néphrétique, malgré ses manifestations les plus bruyantes, et sauf exception, guérit.

A côté des altérations de l'intestin, il convient de signaler les fausses coliques néphrétiques, c'est-à-dire toutes les névralgies développées dans la même région, mais dues à un simple trouble nerveux (Rayer, Legueu, Tuffier)⁽¹⁾.

Les hystériques présentent parfois des attaques de ce genre, mais en général elles ne sont pas limitées exactement au trajet de l'uretère et s'associent à des crises hépatiques ou à d'autres crises douloureuses (Sydenham, Chopart, Boyer, Laboulbène, Le Dentu, Brault). C'est surtout dans l'ataxie locomotrice que des crises d'une violence extrême ont été signalées (M. Raynaud)⁽²⁾ avec émission possible d'urines teintées de sang. Le diagnostic de ces faits complexes reposera sur la connaissance des antécédents.

La *néphralgie* due aux calculs retenus est constante, toujours prête à s'exa-

⁽¹⁾ TUFFIER. Des pseudo-coliques néphrétiques. *Sem. méd.* 1895, et CAILLAUD. Th. Paris. 1895.

⁽²⁾ M. RAYNAUD. Des crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice progressive, 1876.

gérer sous l'influence d'une fatigue et souvent en disproportion avec la cause qui la produit.

Enfin, il faut penser que la colique néphrétique n'est pas uniquement la conséquence de l'irritation produite par un calcul ou de la migration de ce calcul du rein dans la vessie. Tous les corps étrangers en contact avec la muqueuse urétérale peuvent réaliser le même complexe symptomatique. C'est ainsi que l'élimination des *hydatides* et autres parasites, que le cheminement de *caillots sanguins*, de *fragments de tumeurs* ou de *produits tuberculeux* provoqueront des contractions douloureuses de l'uretère au même titre que les graviers ou les calculs. Les urines renferment toujours dans ces conditions les parasites ou les caillots migrateurs.

Civiale, Bartholin, Brongniart, citent quelques exemples de lithiasé ou de gravelle simulée.

ACCIDENTS DUS A LA NON-ÉLIMINATION DES CALCULS

A. — DOULEUR PERMANENTE — HÉMATURIE

Nous venons de voir que, suivant la règle, les calculs de petite dimension s'engagent dans l'uretère et provoquent la crise de colique néphrétique, conséquence presque inévitable de l'effort nécessaire à leur évacuation.

Mais, de temps à autre, cet effort n'amène aucun résultat, le calcul revient occuper sa situation première pour un temps indéterminé. Une nouvelle crise peut survenir qui assurera ou non l'élimination. Il arrive, en effet, que malgré des crises réitérées, le calcul trop volumineux ne peut s'engager dans l'uretère et reste définitivement cantonné dans le bassin.

Il se comporte alors comme les *grosses pierres* qui occupent le bassin depuis de longues années sans provoquer la moindre réaction. On peut admettre alors que l'irritabilité de la muqueuse s'est épuisée.

Mais les calculs retenus ainsi que les grosses pierres ignorées des malades peuvent occasionner divers accidents que nous voyons à l'état d'ébauche dans la lithiasé commune; ce sont les *douleurs permanentes* et les *hématuries*.

Les gros calculs, ainsi que le fait remarquer Dieulafoy⁽¹⁾, sont ceux de qui relèvent le plus habituellement ces troubles, mais il faut ajouter que des calculs de moyenne dimension ou même simplement des graviers accumulés dans le bassin donnent parfois lieu aux mêmes désordres.

Quoi qu'il en soit, on rencontre des malades qui se plaignent de douleurs survenant par crises localisées à l'une des régions lombaires. Les douleurs sont profondes, gravatives, et particulièrement énervantes. La gêne éprouvée par les calculeux en dehors des crises est comparée par eux à celle d'un corps étranger pesant qui meurtrit.

Dans les intervalles de crise, pendant les premiers temps du moins, les patients n'éprouvent aucun malaise, mais peu à peu ils s'habituent à rester allongés observant que la douleur réapparaît à l'occasion des mouvements, de la marche et des secousses.

⁽¹⁾ DIEULAFOY. *Path. int.*, t. III.

Il est donc vraisemblable que chez eux les calculs ne sont pas complètement immobilisés, qu'ils conservent au contraire une certaine facilité de déplacement ou de translation, par simple glissement peut-être. Les phénomènes douloureux sont probablement la conséquence de l'attrition de la muqueuse déjà congestionnée par les changements de situation des calculs.

Lorsqu'on explore la région rénale, il est rare de ne pas constater à son niveau un endolorissement qui rend l'investigation difficile. Lorsque la main postérieure soulève la paroi dans la recherche du palper bimanuel les malades éprouvent une sensation pénible qui peut devenir réellement douloureuse si l'on insiste et provoque de leur part un mouvement de défense étant déjà par lui-même une indication de la plus grande valeur pour le diagnostic.

Quand la douleur lombaire reste bien localisée, tout en étant perçue dans une étendue assez large, le doute n'est guère possible; mais, si elle vient à irradier dans plusieurs directions, il faudra procéder comme nous l'avons dit à propos du diagnostic différentiel de la colique néphrétique, car les névralgies réflexes sont perçues à toute distance.

Mais ordinairement les douleurs se fixent de plus en plus dans leur siège électif, les crises se rapprochent, deviennent aiguës et déchirantes de contusives qu'elles étaient, ou, sans être aussi violentes, s'installent en permanence. Dès lors, les malades demandent que l'on mette fin à une situation intolérable qui se juge aujourd'hui par une opération souvent efficace, la *néphrotomie* suivie de l'extraction du calcul.

L'ensemble symptomatique que nous venons d'indiquer suffit presque toujours pour arrêter le diagnostic. Mais eût-on la moindre hésitation que de nouveaux troubles viendront confirmer l'impression première, ce sont les *hématuries*.

Assez souvent observées à la fin des coliques néphrétiques, quelquefois même avant, à titre de symptôme prémonitoire, les hématuries appartiennent surtout à la symptomatologie des gros calculs ainsi que le font remarquer Legueu⁽¹⁾ et Dieulafoy.

A n'en pas douter, l'hématurie résulte du traumatisme porté par le calcul au moment de son chevauchement sur la muqueuse congestionnée. Il est exceptionnel, en effet, de voir le sang apparaître quand les malades sont au repos; mais la marche, le travail avec ou sans effort, la simple station debout provoquent immédiatement une hématurie, peu abondante il est vrai, mais tout à fait caractéristique. Que les malades se couchent à nouveau et ces troubles disparaissent avec une très grande rapidité.

L'hématurie calculeuse est bien dans ces conditions le type des hématuries provoquées, et, vu les circonstances dans lesquelles on la voit se produire, pourrait être appelée *hématurie orthostatique*.

Presque toutes les observations sont concordantes sur ce point, y compris les plus anciennement connues comme celle de Sydenham citée par Dieulafoy. C'est en effet six ans après avoir ressenti la première douleur lombaire que Sydenham vit apparaître le sang dans ses urines à l'occasion d'une marche un peu longue. L'hématurie se reproduisit constamment dans les mêmes circonstances ou à la suite d'un trajet en voiture sur une route pavée.

La sensibilité de certains malades est telle que même avec une douleur insigni-

⁽¹⁾ LEGUEU. *Calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical*. Thèse de Paris, 1891. — POUSSON. *Le Mercredi médical*, 1895.

(réflexe réno-vésical), de l'uretère et de l'extrémité de la verge. On les observe également dans le flanc, le pli de l'aîne, la région hépatique, splénique, l'épigastre, la partie postérieure du tronc remontant vers les épaules.

Dans un grand nombre d'observations, les symptômes de la gravelle ou des calculs sont atténués au point de ne plus représenter qu'une simple gêne. Les patients supportent facilement cet état d'équilibre instable entre la santé et la maladie, à moins que de nouveaux épisodes ne surviennent. Le plus important de tous est la crise de *colique néphrétique* qui éclate souvent aussi en pleine santé, sans avoir été précédée ou annoncée par l'ensemble des phénomènes que nous venons de décrire.

Traitement de la lithiasé rénale. — Lorsque des malades présentent des signes non douteux de lithiasé urinaire, on doit s'efforcer par un traitement interne et une diététique appropriée: 1° d'empêcher l'accroissement ou la reproduction des calculs; 2° de faciliter l'élimination de ceux qui occupent les calices ou le bassin; 3° de lutter contre les accidents que la rétention des graviers fait surgir.

Pour répondre à la première indication, il faut engager les malades à s'abstenir le plus possible des aliments trop riches en azote, tels que les viandes noires et fumées, le gibier, les condiments, les légumes contenant une grande quantité d'acide oxalique (oseille, rhubarbe comestible, asperges, haricots verts, tomates, fruits non parvenus à maturité). On doit proscrire aussi les boissons alcooliques, gazeuses, sucrées, les bières, les vins riches en alcool, les aliments d'épargne comme le thé, le café.

L'alimentation se composera surtout de viandes blanches, d'œufs, de poissons légers, de légumes verts cuits, de fruits, sans omettre les farineux ou les mets sucrés pris avec mesure. Parmi les boissons, on conseillera les vins rouges ou blancs, pauvres en alcool; les eaux de table non gazeuses et à faible minéralisation, soit les eaux de source, soit l'eau d'Évian en assez grande quantité. Il faut, en somme, combattre par le régime les conditions qui favorisent ou entretiennent l'uricémie, la diathèse arthritique ou les nutrices retardantes dans leurs multiples manifestations. Cette diététique s'applique aux gravelles acides (urique, oxalique) et à celles qui en dérivent comme la lithiasé cystique ou la lithiasé xantique. Les gravelles phosphatiques, presque toujours secondaires, réclament une autre médication.

A ces règles hygiéniques, on doit ajouter l'indication d'un exercice quotidien, de promenades de courte durée faites sans fatigue, au grand air. Les frictions sèches, le massage, seront d'utiles auxiliaires à ce traitement; mais la gymnastique allant jusqu'à la fatigue doit être déconseillée.

Les bains simples, alcalins, salés, pris à une température assez élevée, stimulent les fonctions de la peau. Les bains de vapeur ont moins d'utilité; quant aux bains sulfureux, qui semblent activer la production de l'acide urique, ils ne trouvent pas ici leur emploi (Bouchard).

L'usage des eaux alcalines (Vichy, Carlsbad, Pougues, Vals, Saint-Alban, Condillac), prises peu de temps avant les repas, permet de lutter contre la tendance aux gravelles acides; lorsque les malades élimineront des calculs en trop grande quantité, les eaux de Contrexéville, de Vittel, de Royat, de Capvern, de Baden-Baden, seront indiquées. Les eaux de Contrexéville, stimulantes, parfai-

tement tolérées par l'estomac, peuvent être ingérées à la dose de 2 à 5 litres par jour.

L'action des eaux chlorurées de Wiesbaden et sulfatées sodiques (Carlsbad) semble agir en modifiant la nutrition d'une façon indirecte, en particulier chez les arthritiques gras souvent débilités en même temps.

Le traitement hydriatique, en apparence simple, n'est nullement inoffensif. Il convient sans réserve aux graveleux proprement dits dont les fonctions digestives sont bonnes; il est contraire à ceux qui ont des calculs de la vessie, dont il faut éviter les contractions trop fréquentes ou trop énergiques.

Les boissons abondantes seront également nuisibles *aux prostatiques*, car il pourrait en résulter une rétention d'urine suivie de cystite grave. Ces accidents s'observent assez fréquemment chez des malades considérés comme graveleux, et qui d'eux-mêmes, ou sur avis, sont dirigés sur les stations où l'absorption d'une grande masse d'eau est considérée comme indispensable (Évian, Contrexéville).

En cas de gravelle dûment constatée, les eaux minérales doivent être, autant que possible, prises à la source. Dans les périodes intercalaires, on peut faire usage d'eaux transportées ou de médicaments capables de fragmenter les calculs, comme les sels de lithine et de soude : le carbonate de lithine sera pris de 50 à 60 centigrammes par jour, le benzoate de soude de 2 à 4 grammes; le bicarbonate de soude de 2 à 4 grammes et même davantage. On ne doit cependant jamais pousser l'administration du bicarbonate de soude jusqu'à produire l'alcalinité des urines, qui persiste, ainsi qu'on le sait, pendant quelque temps, après cessation du traitement. Il faut demander au bicarbonate de soude d'empêcher les dépôts de se produire ou d'augmenter; on ne doit pas chercher à les redissoudre (Bouchard). Si la limite où le bicarbonate de soude est toléré venait à être dépassée, les phosphates terreux se déposeraient : on irait ainsi à l'encontre du but poursuivi. On se trouve souvent bien d'employer, avec le bicarbonate de soude, les sels de Carlsbad.

On a conseillé encore l'usage de la *pipérazine*, médicament très infidèle et donnant les résultats les plus opposés; de l'huile de *Haarlem*, surtout utile lorsqu'il existe un certain degré d'irritation des voies urinaires.

L'oxalurie est quelquefois d'origine digestive et nerveuse réclamant une médication appropriée ainsi que la lithiase phosphatique lorsque, au lieu de dépendre d'un état d'irritation du système urinaire, elle indique une déphosphatation en rapport avec le surmenage cérébral et la neurasthénie.

ACCIDENTS DUS A LA MIGRATION DES CALCULS

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

Quelquefois d'une façon progressive, mais *presque toujours subite*, les malades éprouvent dans l'abdomen une douleur lancinante, d'une acuité excessive; cette douleur continue s'exaspère par moments et devient bientôt intolérable. Partie du flanc ou de la région lombaire et presque toujours d'un seul côté, elle s'irradie par le trajet le plus direct en suivant la voie de l'uretère jusqu'à la vessie en même temps qu'elle est ressentie dans l'aîne et dans la cuisse

correspondante. Le membre inférieur du côté douloureux est engourdi, à demi-contraturé, agité par instants de tremblements convulsifs.

Chez l'homme, la douleur s'étend au *testicule* qui est rétracté vers l'anneau, chez la femme vers les grandes lèvres; ce phénomène devient plus apparent à chaque paroxysme. Le visage est pâle, exprime une angoisse indescriptible, le corps est secoué par de violentes contractions qui s'accompagnent de nausées et de vomissements bilieux. Au plus fort de la crise, les malades ne peuvent rester en place, s'agitent sans cesse, quelques-uns se roulent par terre (Grisolle). Pendant les périodes d'accalmie, ils redoutent par contre le moindre mouvement.

Dans les attaques de moyenne intensité, les patients indiquent comme siège initial de la douleur un *point assez précis* sur le trajet de l'uretère. Si la partie supérieure du conduit a été franchie par le calcul sans que le contact éveillât de souffrance, le point se trouve assez rapproché de la vessie.

A mesure que la crise se prolonge, ainsi que dans les grandes attaques, les malades sont incapables de répondre aux questions qui leur sont faites; tout l'abdomen est endolori et d'une sensibilité extrême; la région hypogastrique, le périnée, le rectum, sont également atteints par les irradiations douloureuses.

De pareilles secousses retentissent sur le système nerveux, quand elles se répètent, en produisant du *délire* chez les adultes et des *convulsions* chez les enfants, le pouls s'accélère et devient imperceptible, le corps est inondé de sueurs, les extrémités se refroidissent.

La cyanose peut apparaître et la mort survenir par suite de la prolongation de la crise, terminaison très exceptionnelle, d'ailleurs, et qui ne pourrait guère s'observer que dans le cas où tout secours viendrait à manquer au malade (Le Dentu). Une pareille issue n'est à redouter que dans les formes exceptionnelles de la lithiase; mais ici, comme dans la colique hépatique, le danger vient non de la crise elle-même, mais de l'état antérieur du sujet. Chez les *goutteux*, les *diabétiques* et tous les malades atteints de *cardiopathie* ou d'*affections rénales* anciennes, une syncope ou une attaque d'urémie peuvent terminer l'attaque.

Le plus souvent, les accidents offrent une marche continue, persistent pendant plusieurs heures, se prolongent fréquemment pendant vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures. Les symptômes graves diminuent peu à peu, cessent quelquefois tout à coup : les malades passent alors sans transition des souffrances les plus vives à un état de santé presque parfaite (Grisolle). Les attaques prolongées laissent à leur suite un anéantissement profond, l'abdomen reste comme meurtri, et le retour à la santé ne se fait qu'après plusieurs jours.

Pendant que se déroulent ces phénomènes, les urines sont ou *totale*ment *suspendues* ou *notablement diminuées*. On sait aujourd'hui que, dans la plupart des cas, la suspension totale des urines doit être attribuée à une influence réflexe sur le rein du côté sain, dont l'uretère est le siège de contractions spasmodiques. Aussi s'explique-t-on que l'urine ne coule que goutte à goutte ou par petites quantités, chaque miction s'accompagnant d'épreintes et de ténésme vésical.

Les urines sont parfois troubles, sanguinolentes : elles indiquent que l'obstruction urétérale a été momentanément levée, ou que le rein du côté opposé est atteint lui-même de pyélite ou d'urétérite.

Lorsque l'*anurie* succède à la dysurie, cela dépend presque toujours de l'arrêt