

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

PAR

Georges JIVANOVITCH

Né le 9 août 1896 à Belgrade

Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

sur la

DOULEUR DANS LES AFFECTIONS

DU REIN, DU BASSINET

ET DE L'URETÈRE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

PAR

Georges JIVANOVITCH

Né le 9 août 1896 à Belgrade

Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

sur la

DOULEUR DANS LES AFFECTIONS

DU REIN, DU BASSINET

ET DE L'URETÈRE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	RENON.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUC ET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
	DUPRE.
	JEANSELME.
	P. MARIE.
	TEISSIER.
	DELBET.
	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	DE LAPERSONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	J. E. FAURE.
	Aug. BROCA.
	VAQUEZ.
	SERILEAU.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique des maladies contagieuses	
Clinique chirurgicale	
Clinique ophthalmologique	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile	
Clinique thérapeutique	
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	

Agrévés en exercice

MM.			
ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FIESSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETTEBER.
BAUDOÛN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GREGOIRE.	LEREBoulLET.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUS-Y.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GULLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ. A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TEBHEN.
CLERC.	LABBE HENRI.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE-LJSBITZA
ET DE MON FRÈRE SVETISLAV, MÉDECIN
MORT POUR LA PATRIE (DÉCEMBRE 1916)

A MON PÈRE

A MA TANTE

A MON COUSIN

AUX MIENS ET A MES AMIS FRANÇAIS ET SERBES

A NOTRE CHER MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

Qui nous a si bien appris la pratique urologique

Hommage respectueux

et de vive reconnaissance

A M. LE DOCTEUR PAPIN

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH

*Hommage respectueux et reconnaissant
pour les idées qu'il nous a inspirées
et les conseils qu'il nous a donnés*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1916-17

(stage et
fonc. d'externe)

M. LE DOCTEUR DESMAREST

CHIRURGIEN DES HOPITAUX, PROFESSEUR AGRÉGÉ

1918

(fonc. d'externe)

M. LE DOCTEUR BARIÉ

MÉDECIN DE L'HOPITAL LAËNNEC

(fonc. d'interne)

M. LE PROFESSEUR GAUDIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE, DE LILLE
MÉDECIN PRINCIPAL A L'HOPITAL SAINT-ROCH A NICE

1918-19

(fonc. d'externe)

M. LE DOCTEUR BROCC

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

M. LE DOCTEUR BOUFFE DE SAINT-BLAISE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE

1919-20

(externe)

M. LE DOCTEUR OMBREDANNE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS MALADES
PROFESSEUR AGRÉGÉ

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES VOIES URINAIRES
A L'HOPITAL NECKER

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE SUR LA DOULEUR DANS LES AFFECTIONS DU REIN, DU BASSINET ET DE L'URETÈRE

Pour pouvoir étudier la douleur dans les affections du rein, du bassinet et de l'uretère, il est indispensable de donner un aperçu anatomique sur le système nerveux du rein et de la paroi abdominale :

Les nerfs du rein proviennent du système sympathique en particulier du plexus rénal du petit splanchnique et quelquefois des deux premiers ganglions lombaires.

Le plexus rénal est une subdivision du plexus solaire. Pour étudier le plexus rénal il faut connaître le plexus solaire. Ce plexus est formé d'après les auteurs classiques, par un ensemble des nerfs et des ganglions compris entre la terminaison du grand splanchnique droit et du grand splanchnique gauche.

1° *Le grand splanchnique* est généralement formé, comme le disent les classiques, par des rameaux qui proviennent des sixième, septième, huitième, neuvième et

dixième ganglions thoraciques ou des cordons intermédiaires. La première branche est la plus volumineuse. Elle descend obliquement en bas et en dedans et reçoit successivement les autres branches, issues des ganglions

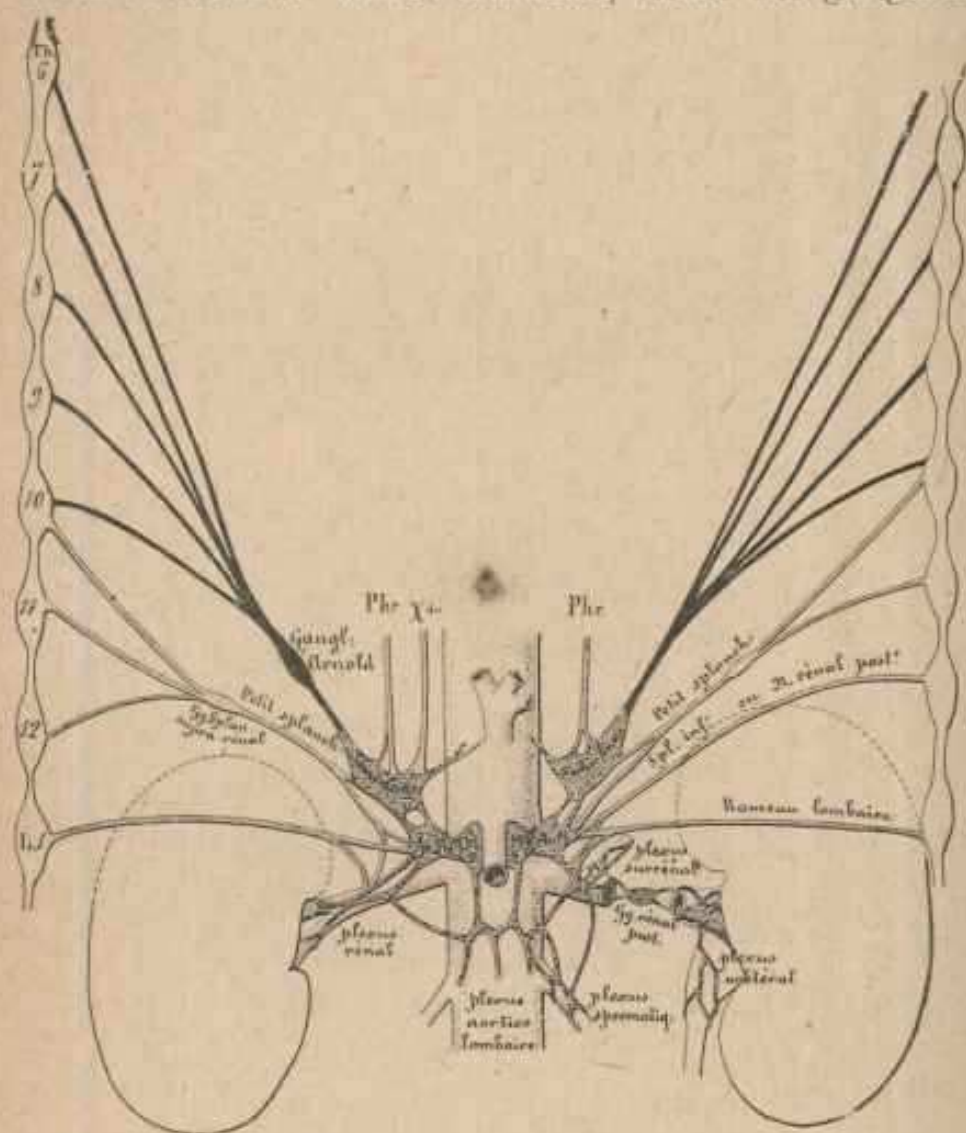


FIG. 1. — Schéma des nerfs du rein

thoraciques. Le point d'implantation de la dernière branche répond généralement au corps de la onzième vertèbre dorsale. D'après Cunningham on trouve un renflement ganglionnaire au-dessus du diaphragme, connu sous le nom de ganglion de Lobstein. Il semble que ce gan-

gllion est inconstant du côté gauche. Le grand splanchnique arrivé dans la cavité abdominale se termine dans l'extrémité supéro-externe du ganglion semi-lunaire, se trouvant appliqué contre les fibres des piliers diaphragmatiques en dedans des capsules surrénales, au-dessus

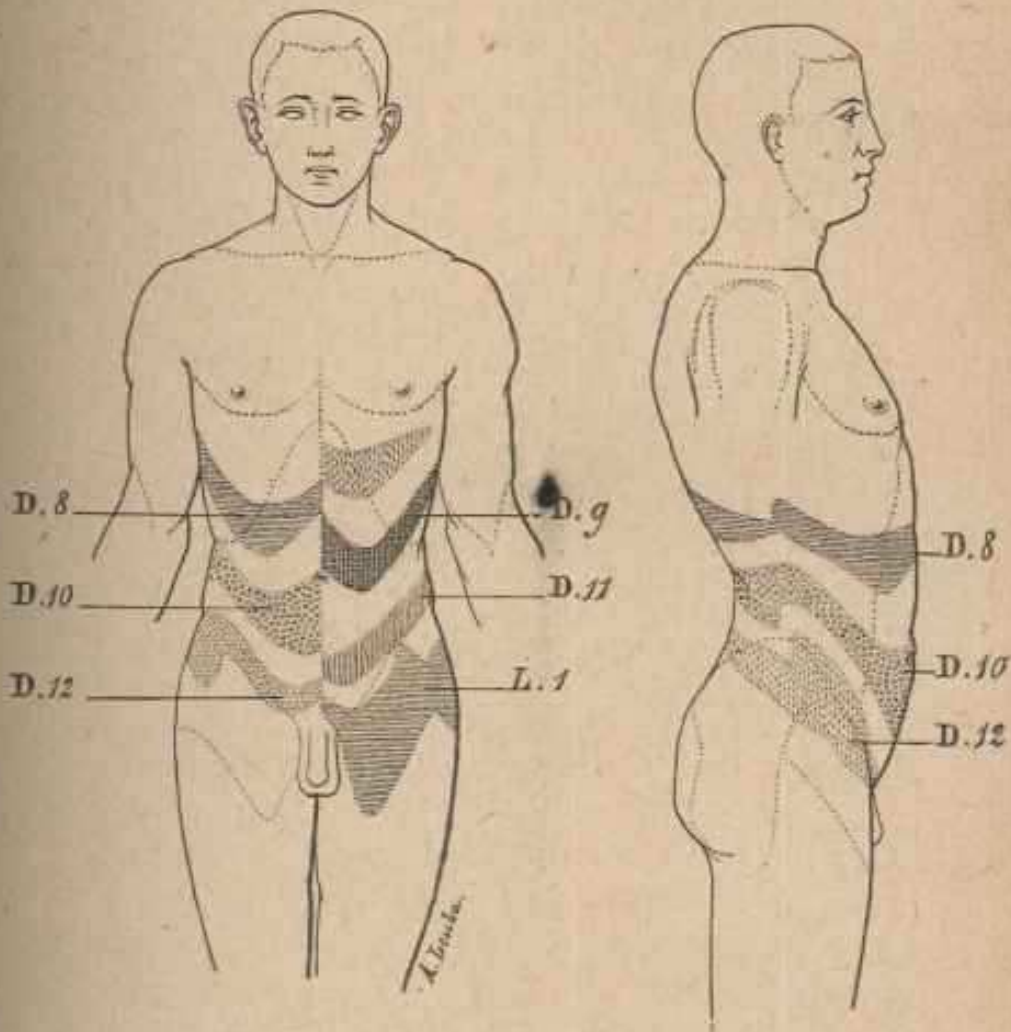


FIG. 2. — Zones douloureuses de Head

du pancréas. Le grand splanchnique forme avec le pneumo-gastrique du côté droit l'anse mémorable de Wrisberg. D'après Laignel-Lavastine on trouve la même disposition du côté gauche, c'est-à-dire le pneumo-gastrique droit donne un rameau qui se termine dans le ganglion semi-

lunaire gauche et qui forme avec le grand splanchnique gauche une anse semblable à celle du côté droit.

Le petit splanchnique est formé par deux ou trois racines émanant des derniers ganglions thoraciques. Il traverse le diaphragme un peu en dehors du grand splanchnique. Arrivé dans la cavité abdominale il se divise en plusieurs rameaux, qui se terminent dans le ganglion semi-lunaire et principalement dans le plexus rénal.

Le plexus rénal (fig. 1) est formé de branches issues des ganglions semi-lunaires et du petit splanchnique et quelquefois du grand splanchnique aussi. Ce plexus présente des fibres et des renflements ganglionnaires connus sous le nom de ganglions aortico-rénaux. Ils sont situés sur la paroi antérieure de l'artère rénale ou à côté d'elle. Un, le plus volumineux connu sous le nom de ganglion d'Hirschfeld, se trouve situé sur la face postérieure. Ces ganglions reçoivent des filets venant du ganglion semi-lunaire, du petit splanchnique, du nerf rénal postérieur (quand il existe) et des différents plexus venant de l'aorte et de ses branches. Les ganglions aortico-rénaux donnent des branches qui accompagnent l'artère, jusqu'au hile du rein. Pappenheim a montré que les filets nerveux pénètrent autour des artères dans le sinus et dans la parenchyme rénal. Kölliker a trouvé des petits filets nerveux dans les artères interlobulaires ; Rétzius a démontré leur terminaison, par la méthode de Golgi, dans la paroi des artères et dans les glomérules.

Le plexus urétéral est issu du plexus rénal, il est renforcé par des fibrilles qui accompagnent les artérioles uré-

térales, issues de l'aorte, de la spermatique, de l'iliaque, de la vésiculo-déférentielle ou de l'utérine;

2° Les nerfs de la paroi abdominale proviennent des nerfs intercostaux inférieurs (10, 11 et 12) et du plexus lombaire.

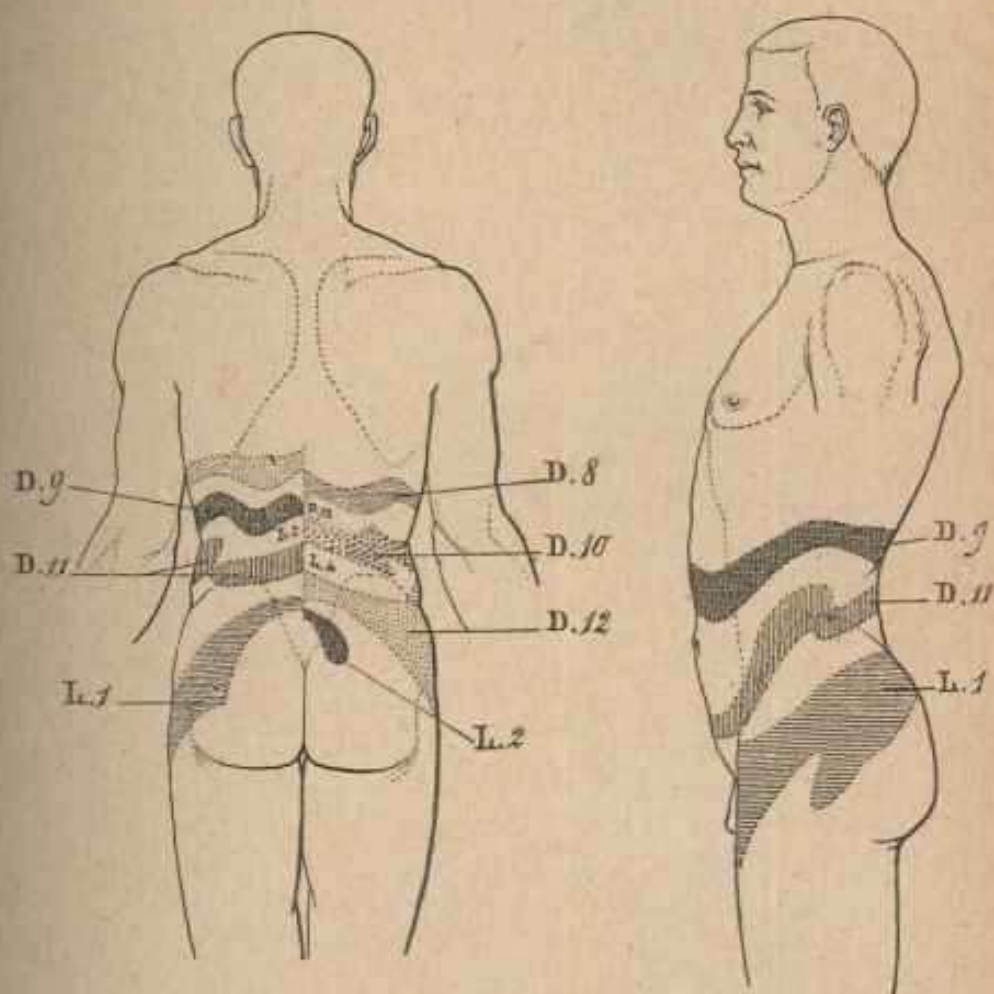


FIG. 3. — Zônes douloureuses de Head

Les nerfs inter-costaux (8, 9, 10 et 11) arrivés dans la paroi abdominale entre le petit oblique et le transverse perforent la gaine du grand droit de l'abdomen et se distribuent à la face postérieure de ce dernier muscle.

Chaque nerf donne une branche perforante latérale et une perforante antérieure.

Le XII^e nerf intercostal présente un trajet différent des autres nerfs intercostaux. Il est placé d'abord sur les insertions costales du carré de lombes, il traverse ensuite l'aponévrose du transverse et se divise en deux branches : l'une abdominale ; l'autre fessière. La branche abdominale chemine d'abord entre le transverse et le petit oblique et puis entre le petit oblique et le grand oblique jusqu'à la gaine du grand droit de l'abdomen où elle passe sur la face postérieure de ce dernier muscle. La branche fessière perfore le petit et le grand oblique au niveau du milieu de la crête iliaque et se distribue à la peau de la région fessière, presque jusqu'au grand trochanter.

Le plexus lombaire est formé par l'ensemble des branches anastomotiques provenant du premier, deuxième, troisième, et d'une partie du quatrième nerf lombaire.

La première branche s'anastomose avec le douzième nerf intercostal; elle se divise en trois rameaux : le grand et le petit abdomino-génital, qui se dirigent en dehors et légèrement en bas, et un rameau anastomotique de la deuxième branche lombaire, formant la première anse lombaire. Cette anse donne deux branches qui se rendent au premier ganglion lombaire du sympathique.

La deuxième branche donne aussi trois rameaux : le nerf fémoro-cutané, génito-crural et un rameau anastomotique pour la troisième branche. Le rameau communiquant provient tantôt de l'anse tantôt de la branche.

La troisième branche donne, en plus grande partie,

le nerf crural. En dehors de ce rameau principal, elle donne deux rameaux communiquant au sympathique et la racine moyenne du nerf obturateur.

La quatrième branche après avoir donné deux rameaux communicants, se divise en trois troncs secon-

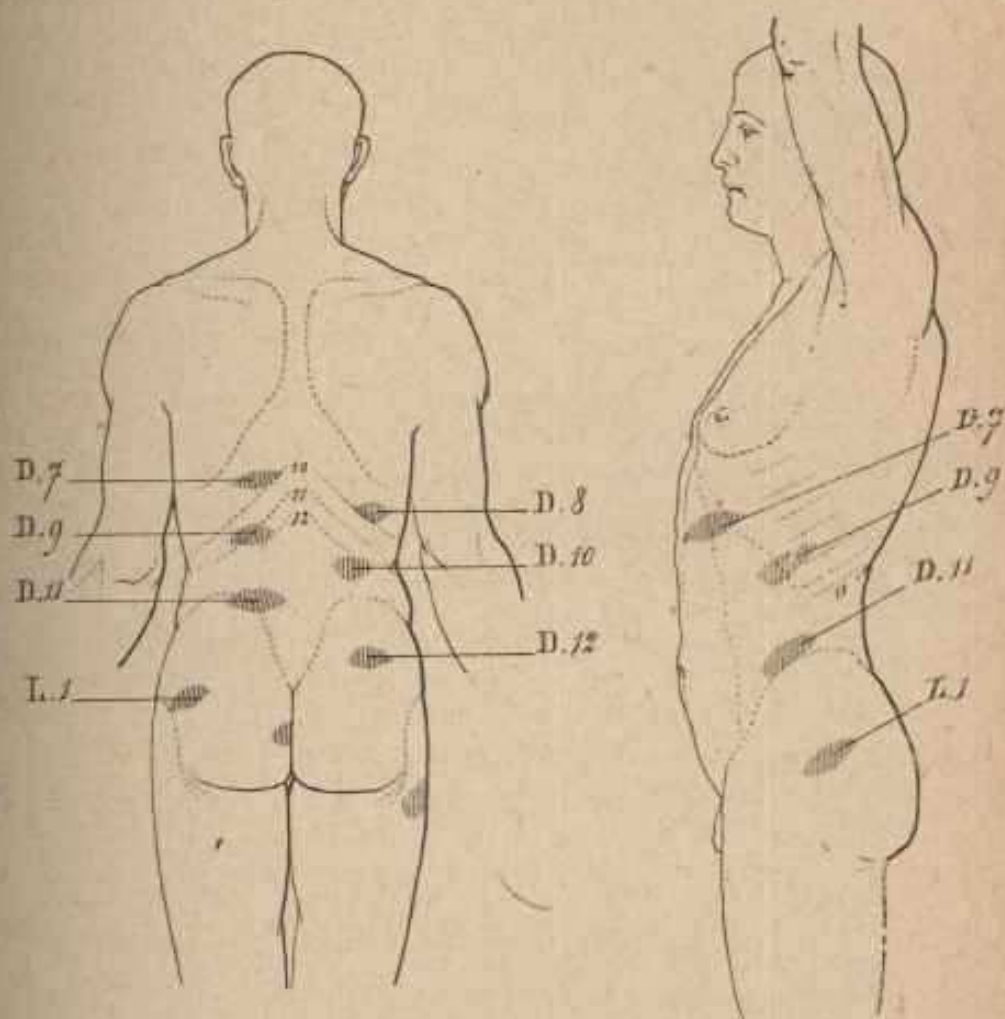


FIG. 4. — Points maxima des douleurs (Head)

daïres. Le premier se dirige vers le crural, le deuxième donne la racine inférieure du nerf obturateur et le troisième s'anastomose avec la cinquième branche lombaire.

Le plexus lombaire, ainsi formé, est situé entre les fibres du muscle psoas.

Pour pouvoir comprendre les différents points dou-

loueux au cours d'un examen de l'appareil urinaire, il faut connaître le trajet et surtout l'émergence des différentes branches du plexus lombaire.

1.^o Le *grand nerf abdominogénital* continue la direction de la première branche lombaire, croise l'apophyse transverse de la deuxième lombaire puis se dirige en dehors de l'apophyse transverse de la troisième lombaire et arrive au bord externe du psoas. D'ici il chemine sur la face antérieure du carré des lombes dans le tissu graisseux sous-péritonéal et répond en avant au tiers inférieur du bassin et du rein. Arrivé au bord externe du carré des lombes, il se trouve en avant de l'origine du transverse sous le mésocolon ascendant ou descendant (suivant le côté). Après un trajet de trois à quatre centimètres sous l'aponévrose du transverse, il apparaît à un ou deux centimètres au-dessus de la crête iliaque entre le transverse et le petit oblique.

Très souvent dans cette région il se divise en trois branches :

a) Branche perforante. Après sa naissance, elle traverse le petit et le grand oblique et apparaît sur la crête iliaque entre les insertions du grand oblique et celle du grand fessier. Elle se termine, en se divisant dans la région fessière.

b) Branche abdominale. Chemine entre le transverse et le petit oblique, puis entre les deux obliques au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Arrivée au bord de la gaine du grand droit elle se divise en deux rameaux : le rameau perforant et le rameau musculo-cu-

tané. Le premier perfore la gaine et se distribue à la peau, le second passe en arrière du grand droit, contourne son bord interne, perfore la gaine et devient sous-cutané ;

c) Branche génitale. Après avoir traversé le petit oblique, elle reçoit au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, le petit abdomino-génital, qui descend à deux centimètres au-dessus de l'arcade crurale, contre la partie supérieure du cordon spermatique. Au niveau de l'orifice externe du canal inguinal elle se divise en filets pubiens et inguinaux ;

2° Le *petit abdomino-génital*. Son trajet est analogue à celui du grand abdomino-génital ; il se trouve situé au-dessous de ce dernier. Lorsqu'il arrive au-dessus de la crête iliaque, il perfore l'aponévrose du transverse à deux centimètres environ au-dessous et en avant du grand abdomino-génital. Après un trajet de quelques centimètres entre le transverse et le petit oblique, il arrive au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure où il se divise en deux rameaux. L'un innerve quelquefois le grand droit, l'autre s'anastomose avec la branche génitale du grand abdomino-génital et celle du génito-crural ;

3° *Nerf génito-crural*. Perfore le psoas au niveau du disque entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire et descend en arrière de l'uretère et au côté externe de l'artère iliaque primitive. Au niveau de la crête iliaque, il croise à angle aigu la face postérieure de l'uretère. Dans la fosse iliaque il chemine en arrière de l'iléon ou de l'S iliaque. Près de l'épine iliaque antéro-supérieure,

il perfore l'aponévrose du transverse. Dans tout son trajet il est contenu dans un dédoublement de la gaine du psoas. Il se divise en deux branches ; l'une externe ou crurale l'autre interne ou génitale ;

a) Branche externe ou crurale accompagne les vaisseaux iliaques externes et arrive sur la face antérieure de l'artère fémorale ;

b) Branche interne ou génitale pénètre dans le canal inguinal cheminant en dedans et en arrière du canal déférent, s'anastomose avec le petit abdomino-génital, et donne des filets pour le cremaster et la peau du scrotum ;

4° *Nerf fémoro-cutané.* Du bord externe du psoas, il se dirige vers la crête iliaque passant par la partie inféro-interne du carré crural, de la crête iliaque il se dirige en dehors et en bas et apparaît en dedans et un peu en haut de l'épine iliaque antéro-supérieure où il se divise en trois branches ; une fessière et deux fémorales ;

5° *Nerf crural.* Descend dans la fosse iliaque dans la gouttière entre le psoas et l'iliaque, passe sous l'arcade crurale en dehors des vaisseaux fémoraux. La distribution de ce nerf ne nous intéresse pas ;

6° *Nerf obturateur.* Descend en dedans du crural, en dehors du tronc lombo-sacré, gagne le détroit supérieur et la paroi latérale du bassin dans la portion pelvienne, passe par la face postérieure des vaisseaux iliaques primitifs au niveau de la bifurcation, ou bien quelquefois en arrière des vaisseaux hypo-gastriques. Ensuite il se dirige parallèlement à la crête du détroit supérieur vers la gouttière sous-pubienne. Dans cette portion, chez

l'homme, il croise l'uretère devant les vaisseaux hypogastriques. Chez la femme, au contraire, l'uretère passe très rarement en avant du nerf obturateur.

Après avoir étudié l'innervation de la paroi abdominale nous allons dire quelques mots sur les segments spinaux et les zones de Head.

La moëlle épinière des vertébrés inférieurs, à l'œil nu, présente une série de rétrécissements et de renflements formant plusieurs segments spinaux. Une disposition semblable a été observée aussi chez les vertébrés supérieurs, chez le chien par Schifferdecker, et par Waldeyer chez les anthropoïdes (gorille).

Si on pratique une section au-dessus d'un segment et l'autre au-dessous, on observe que le segment ainsi isolé, peut suffire à lui-même pour produire des réflexes.

La moëlle épinière des vertébrés supérieurs et de l'homme est anatomiquement uniforme, au contraire, physiologiquement nous pouvons supposer quelle est formée de segments appelés neuromères. A chaque segment nerveux appartient à droite et à gauche une zone cutanée ou dermatomère et un groupe musculaire ou myomère.

Le rein à l'état normal paraît insensible à la douleur. Mais lorsqu'il est atteint d'une affection quelconque, il semble que les fibres sympathiques viennent irriter les segments spinaux ayant leur origine dans les mêmes segments médullaires.

Head, après de nombreuses recherches cliniques, avait observé que les troubles des organes viscéraux peuvent

être accompagnés de certaines modifications de la peau. Elle peut devenir très sensible et peut être le siège d'une éruption vésiculaire. D'après ces modifications de la peau il est arrivé à donner des champs segmentaires de la paroi abdominale (zones de Head, fig. 2, 3, 4), ne représentant pas la distribution des nerfs cutanés mais une expression métamérique de la substance grise de la moëlle.

Le rein est accompagné des troubles de la zone D 10, principalement et D 11, D 12 en partie. Le bassin et l'uretère D 11, D. 12, L 1.

D 10, sous ombilicale ou 10^e zone dorsale commence au niveau des trois ou quatre premières vertèbres lombaires, se dirige vers l'épine iliaque antéro-supérieure, se réfléchit en haut et se termine en s'élargissant de plus en plus à 6 ou 7 centimètres 1/2 au-dessous de l'ombilic.

D 11, sacro-iliaque ou 11^e zone dorsale commence au niveau de la quatrième lombaire, longe la crête iliaque et l'arcade crurale, et se termine sur la ligne médiane à un ou deux centimètres au-dessus du pubis; Cette zone peut être divisée en deux portions ; l'une postérieure, l'autre antérieure.

D. 12. sacro-inguinal ou 12^e zone dorsale commence entre les quatrième et cinquième lombaires, se dirige en bas vers la région fessière, passe au-dessus du grand trochanter vers la région inguinale et se termine au-dessus de la verge.

L 1. sacro-fémoral ou première zone lombaire, commence au niveau du sacrum, se porte en bas et en dehors, passe par le grand trochanter et se termine au niveau du pubis.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Avant de passer à la physiologie pathologique du rein, il faut dire quelques mots sur la sensibilité normale.

Sensibilité du rein à l'état normal

Un rein normal est-il sensible à la pression ?

Il est facile de s'en rendre compte sur certains reins abaissés et mobiles, qu'on peut considérer comme des reins presque normaux, en cherchant à prendre le rein et le faire glisser entre les doigts comme un noyau de cerise. On provoque souvent une sensation de douleur et d'angoisse semblable à celle que donne la pression du testicule.

D'autre part, la manipulation d'un rein au cours d'une opération faite à l'anesthésie locale n'est pas tout à fait indolore (pour l'anesthésie régionale le cas est différent).

La sensibilité du rein au froid et à la chaleur n'a guère été explorée ; elle paraît faible.

La sensibilité à la piqûre ou à la section paraît presque

nulle. On peut faire une néphrotomie sans anesthésie locale sans pour cela provoquer de douleur au moment de l'incision du rein. Les plaies du rein ne présentent pas de douleurs spéciales.

Le tiraillement du pédicule rénal est douloureux. Il est facile de s'en rendre compte dans les opérations avec l'anesthésie régionale.

La distension du rein est douloureuse quand elle se produit surtout brusquement. Cette distension est due à la congestion active ou passive. Les quelques cas de torsion du pédicule rénal que l'on connaît en donnent en quelque sorte la preuve expérimentale. Cette torsion produit une énorme congestion du rein et une douleur atroce.

Sensibilité normale du bassin et de l'uretère

L'uretère et le bassin sont sensibles au contact. Le malade sent bien une sonde urétérale pénétrer dans l'uretère, il la sent remonter tout le long du canal. Enfin, si la sonde est trop enfoncée, ou si le rein est abaissé, elle vient buter soit contre la paroi du bassin, soit contre une papille et produit la douleur.

Le sensibilité de l'uretère et du bassin au froid et à la chaleur est peu marquée. Mais c'est surtout la distension qui est douloureusement ressentie par ces organes. Elle est surtout remarquable en ce qui concerne le bassin. Alors que la capacité anatomique du bassin et des calices atteint ordinairement 20 à 25 cmc, l'injection de plus de trois à sept cmc. de liquide dans cet

organe suffit en général à déterminer une vive douleur, analogue à la colique néphrétique, que nous allons décrire ultérieurement.

A l'état pathologique le rein peut devenir douloureux à la pression même spontanément. Le bassin et l'uretère distendus et enflammés peuvent voir la douleur par répétition augmenter, le simple contact peut même devenir douloureux.

Explication de la douleur

Pour donner une idée sur la production et l'explication de la douleur, nous allons décrire quelques expériences et exposer quelques théories faites sur ce sujet.

Les expériences ont été faites par Neuman, Langley, Kappis, etc.

Neuman a expérimenté chez la grenouille.

Sur 100 grenouilles :

Excitation	}	bistouri	}	mouvements
faite avec		pince		réflexes
		courant faradique		
		acides		

Après section de la tête les mouvements réflexes sont plus marqués. Il a trouvé des organes très sensibles et peu sensibles. Parmi les organes très sensibles il note la vessie.

Parmi les organes peu sensibles il trouve : reins, rate, ovaires. Langley expérimentant sur la grenouille par la section des nerfs spinaux montre :

- N. I. — Aucune dégénérescence du sympathique ;
N. II. — Dégénérescence des gang. symp. de 1 à 6 ;
N. VI. — Dégénérescence des gang. sym. de 5 à 9 ;
N. VIII à X. — Rien.

Kappis pour rechercher la conduction douloureuse a fait des sections du pneumo-gastrique, de deux splanchniques et de la moelle. Il trouve : La section du pneumo-gastrique n'a aucun rôle dans la sensibilité des viscères abdominaux.

La section des deux splanchniques ne supprime pas la sensibilité des reins ni celle de l'uretère.

La section de la moelle entre les segments 8 et 9 provoque une suppression de la sensibilité du rein, de l'uretère et de leur enroulage (Koehler a observé des fractures du rachis avec péritonite sans douleurs).

Kappis a recherché aussi de quelle façon on peut expliquer les douleurs abdominales spontanées, et notamment la douleur rénale. Il n'a pas employé de narcotique.

Il a fait une opération préparatoire :

a) Section de la moelle au-dessus de l'origine des nerfs de la paroi abdominale ou :

b) Incision en angle parallèle aux côtes de façon à permettre alternativement de mettre à nu un espace rhomboïde dépourvu de filets sensibles où l'on pouvait ouvrir la paroi sans douleur.

Pour le rein, il trouve que le tiraillement du rein était très douloureux, de même que le pincement au voisinage du bassin et le long de l'uretère.

Kappis n'a pas recherché la sensibilité même du rein

et de l'uretère, parce que les expériences de Lennander établissent que ces organes sont insensibles à la douleur.

L'entourage du rein et des uretères est très sensible à la douleur. Il est possible que les coliques rénales soient dues à une sorte de tiraillement sur les tissus qui entourent le bassin et l'uretère.

Si le bassin contient un calcul que le courant de l'urine ne peut chasser seul à travers l'uretère, il faut que celui-ci se contracte et ainsi il diminue de diamètre, exerce une traction sur son entourage. Cette traction se continue naturellement sur l'uretère et s'exerce de bas en haut. L'uretère se contracte lui-même et tire en haut ses parties inférieures. Ainsi le calcul est poussé par la pression intérieure dans le bassin et dans l'uretère, mais aussi par la poussée de l'uretère lui-même. Qu'il y ait aussi de violents tiraillements dans des tissus qui entourent le bassin (vaisseaux) et sur le trajet de l'uretère, cela est évident et ainsi s'expliquent les douleurs de la colique rénale, principalement celle qui s'irradie vers la vessie et les organes pelviens suivant le trajet de l'uretère, tirailé vers le haut. Naturellement les nerfs spinaux, qui innervent la région rénale peuvent être irrités et sensibles dans tout leur territoire (testicule). Il est possible mais non nécessaire que la pierre pressée par l'uretère joue un rôle dans l'apparition de la douleur, car parfois il y a des coliques sans obstruction de l'uretère par un calcul ou un caillot. Il faut alors penser aux douleurs des néphrites et des infarctus et à la participa-

tion de la capsule fibreuse et de la capsule graisseuse, comme origine de la douleur. Et que la distension excessive du bassinet et du rein comme dans l'hydronéphrose aiguë puisse être douloureuse ; cela s'explique par de nombreux organes douloureux de voisinage sur lesquels la pression et le tiraillement s'exercent.

D'après Schrwald les nerfs sensitifs manquent complètement à la substance rénale et à la capsule rénale. Il est impossible de provoquer des sensations douloureuses par des irritations mécaniques, thermiques, électriques, et chimiques. Aussi toutes les maladies du rein n'intéressant que la substance rénale sont-elles indolores. Par contre le péritoine est extrêmement sensible au hile du rein ; mais aussitôt passé sur le rein même, il perd déjà après quelques millimètres toute la sensibilité à l'irritation mécanique. Les processus pathologiques ne sont accompagnés de douleurs rénales que quand l'enveloppe rénale du péritoine est aussi affectée et plus le péritoine situé au niveau du hile est affecté, plus les douleurs sont vives.

Si le péritoine du hile est plus atteint, par exemple tirailé dans le rein flottant, alors des douleurs extrêmement vives apparaissent. Les voies de la sensibilité cheminent de préférence vers le grand splanchnique du même côté. Mais en plus de cette irradiation, il reste encore de la sensibilité de ce côté. Il faut que d'autres nerfs probablement des branches du splanchnique du côté opposé y prennent part.

D'après Muller les viscères ne réagissent pas aux exci-

tations habituelles, mais à des excitations adéquates, ce qui paraît possible au point de vue anatomique. Les ramis communicants vont en grande partie aux racines postérieures de la moelle, mais aucune voie directe ne relie le sympathique au cerveau. Les douleurs des viscéres abdominaux gagnent le cerveau par irradiation aux nerfs spinaux. C'est aussi l'opinion de Mackenzie et de Head. D'après Head les organes internes peuvent bien avoir des sensations douloureuses, mais elles sont très vagues, elles sont projetées vivement à la surface du corps dans le territoire dont les nerfs sont en relation avec les organes intéressés.

Buch, rappelle la théorie des isolateurs de Keil d'après laquelle les ganglions forment à l'état normal des corps isolants qui réagissent aux excitations sans les transmettre au cerveau mais qui, à l'état de maladie deviennent eux-mêmes conducteurs.

Théorie de Volkmann, d'après laquelle les faisceaux sympathiques insensibles à l'état normal peuvent devenir sensibles à la douleur dans certaines circonstances par ce fait, qu'il s'établit entre eux et le sensorium une conduction qui n'existe pas à l'état normal. Cette théorie se trouve aussi dans Ludwig.

Théorie de Wundt, la cellule sympathique oppose aussi bien aux excitations centripètes que centrifuges un obstacle qui sera seulement franchi par les excitations violentes : c'est pourquoi on ne perçoit pas, venant du sympathique, les irritations très fortes, qui naturellement comme pour les autres nerfs sensibles, sont douloureuses.

Muller, pense que dans les douleurs du rein et de la colique néphrétique les douleurs proviennent du sympathique.

Renner, pense que les douleurs apparaissent quand il y a une lésion de la capsule rénale.

Pour finir avec ce chapitre je crois utile de donner l'opinion de Mackenzie sur ce sujet. Il dit : les nerfs afférents du bassin et de l'uretère viennent des plexus mésentériques inférieur, spermatique et hypogastrique.

Le niveau auquel ces nerfs quittent la moelle peut être déduit de l'étude des nerfs intéressés dans les phénomènes réflexes des cas de calculs rénaux. Or il résulte de cette étude que les nerfs du bassin et de l'uretère atteignent la moelle au niveau des nerfs thoraciques inférieurs et lombaires supérieurs. La distribution de la douleur et de la contracture musculaire dans un cas de colique néphrétique montre quels sont les nerfs cérébraux-spinaux, excités par voie réflexe par les nerfs sympathiques du bassin et de l'uretère. La douleur débute dans le dos et au-dessus de la crête iliaque. Elle contourne le côté jusqu'en avant et descend obliquement dans le testicule. Elle traverse donc le champ de distribution de plusieurs nerfs spinaux du 11^e nerf thoracique au 2^e lombaire. De même la contraction musculaire qui accompagne la douleur montre quels sont les nerfs cérébraux spinaux qui sont excités. La contraction du crémaster qui est souvent la caractéristique de la colique rénale implique une excitation atteignant la moelle au niveau des 1^{er} et 2^e nerfs lombaires. Il est intéressant de noter qu'une portion des fibres

du crémaster est la continuation du petit oblique et que ces deux muscles se contractent pendant la colique néphrétique. La branche du nerf génito-crural contient les nerfs moteurs du crémaster et le nerf sensible de la vaginale, qui devient si hyperesthésique dans la colique rénale, lorsque la douleur fulgure dans le testicule. Il est manifeste, que c'est à la périphérie de la distribution de ce nerf que la douleur est transmise. Il faut se rappeler que le scrotum est innervé par les nerfs sacrés et que la peau du scrotum n'est jamais affectée dans la colique rénale. Le point de départ de la douleur est de la plus grande importance, car il peut donner une idée du siège approximatif du calcul. Il faut se rappeler que le déplacement graduel de la douleur qui part du dos contourne le côté pour passer en avant et se diriger vers l'aîne, ne constitue pas une preuve que le calcul est lui-même graduellement déplacé dans l'uretère. Il ne faut pas s'imaginer que la douleur est perçue le long de l'uretère, parce que sa perception semble suivre le même trajet, que celui de cet organe. La douleur et son irradiation suit dans la moelle un trajet déterminé; elle affecte les centres médullaires des nerfs distribués à l'enveloppe extérieure du corps. Sans aucun doute ce trajet particulier est directement associé avec les nerfs du bassin et de l'uretère et comme la contraction péristaltique envahit successivement chaque portion de ce canal, une excitation est transmise de chacune d'elle à la moelle. Il se passe la même chose que dans le péristaltisme intestinal.

L'explication du siège de la douleur est la suivante : les centres médullaires de certaines fibres du 2^e nerf thoracique, qui sont distribués dans la région dorsale, sont d'abord excités, puis la vague péristaltique descend et envoie des excitations à d'autres centres du 11^e et du 12^e nerfs thoraciques, ensuite à la branche génitale du génito-crural, qui innerve la tunique vaginale, d'où résulte la douleur qui figure dans le testicule et la sensibilité de cet organe ou plutôt de la tunique vaginale, après un accès de colique rénale.

La douleur descend jusqu'au testicule et cela signifierait, si mon raisonnement est juste, que la contraction péristaltique a atteint l'extrémité inférieure du canal. Il n'en serait probablement pas ainsi, si le calcul était fixé au milieu de l'uretère et en bloquait complètement la lumière. Il ne se produirait pas de contraction en dessous de ce point. Ce détail mérite d'être pris en considération par ceux qui ont l'opportunité de déterminer le siège du calcul par une opération."

Après avoir vu toutes les théories et les expériences d'ailleurs insuffisantes, faites à ce sujet, nous sommes dans l'impossibilité pour le moment de dire quoi que ce soit sur la production de la douleur et sur son origine. Le jour où nous aurons les anastomoses exactes de la moelle et des fibres du plexus rénal et urétéral, à ce moment seulement nous pourrons dire l'origine de la douleur et sa production.

LA DOULEUR PYÉLIQUE

Pour étudier la douleur pyélique rien ne vaut la pyélographie qui est une véritable expérience reproduisant d'une façon aussi modérée que possible la colique néphrétique.

Les recherches faites dans le but de déterminer la capacité du bassinet ou de prendre une pyélographie permettent d'observer le mode exact de réaction du bassinet à la douleur. Nous avons réuni dans une série de tableaux (pages 106 et suivantes) les résultats obtenus par M. Papin, une partie des pyélographies exécutées par lui. Pour faire ces examens, il faut d'abord placer une sonde urétérale jusqu'au bassinet si c'est possible ; puis une sonde vésicale destinée à contrôler le reflux possible dans la vessie.

La douleur est déterminée par l'injection du liquide opaque destiné à la pyélographie, injection qui doit se faire toujours à la pression atmosphérique, à l'aide d'une burette graduée et jamais à la seringue.

La quantité de liquide à injecter pour obtenir de la douleur varie beaucoup suivant les cas : depuis 3 à 4 cc. jusqu'à plusieurs centaines de cent. c. En moyenne, chez l'homme 4 à 7 cc. suffisent pour un bassinet normal. Chez la femme la capacité est plus grande, surtout si la femme est réglée depuis longtemps et si elle a eu plusieurs enfants, 10 à 12 cc. n'ont rien d'anormal chez une femme.

On peut dire que la douleur est d'autant plus vive que le bassin est plus petit. Dans des bassins normaux de petit volume, la douleur débute brutalement et elle est toujours très violente : dans les bassins plus gros, la douleur survient lentement, progressivement. Dans les grosses poches la douleur est pour ainsi dire nulle : le liquide reflue vers la vessie avant que la douleur apparaisse.

L'intensité de la douleur est extrêmement variable. On voit des malades se plaindre vivement et d'autres n'accuser qu'une très légère douleur : c'est un peu affaire de tempérament.

Il est curieux d'observer parfois que la douleur s'aggrave alors qu'on a cessé l'injection et commencé à évacuer le bassin.

La durée de la douleur est aussi très variable : nous avons vu des malades se lever et partir aussitôt sans manifester une grande gêne : d'autres se plaignent pendant plusieurs heures : il faut quelquefois une piqûre de morphine.

La douleur débute d'une façon presque constante par la région sous-costale : le malade indique de la main le rebord des fausses côtes dans la ligne axillaire antérieure. Parfois la douleur siège plus bas dans la région urétérale iliaque : dans ce cas il fut toujours constaté que l'injection avait distendu l'uretère sans atteindre le bassin.

Lorsque la douleur est devenue assez vive on constate en général les points douloureux ordinaires, costo-lom-

baire, sous-costal, para-ombilical, iliaque (parfois). En outre des irradiations peuvent se faire à l'épigastre, à la cuisse, au testicule et à la grande lèvre, au rein opposé. Parfois la douleur s'étale à la région du flanc et on peut constater de la sensibilité à la palpation superficielle ou au pincement de la peau.

Des phénomènes réflexes plus ou moins marqués peuvent accompagner la douleur pyélique : ce sont des nausées, des vomissements, la pâleur avec sueurs froides : le pouls et la respiration restent en général normaux : ils ne s'accélèrent que dans des cas tout à fait exceptionnels.

En résumé la distension du bassinet au cours de la pyélographie reproduit exactement le syndrome de la colique néphrétique d'une façon volontairement atténuée, mais il est bien évident que ce syndrome est bien dû à la distension du bassinet et qu'il s'agit d'une douleur purement pyélique.

CHAPITRE III

ÉTUDIONS MAINTENANT CLINIQUEMENT LES DOULEURS RÉNALES

A) Les cas où elles se produisent ; leurs causes

Le parenchyme rénal n'est pas très sensible à l'état pathologique. On peut voir des malades présentant des lésions sérieuses du rein ne pas souffrir. Par exemple : tuberculose enkystée avec destruction de presque totalité du parenchyme sans ouverture dans le bassinet, donne des douleurs légères et supportables. D'autre part une lésion limitée des papilles, accompagnée d'expulsions de débris caséeux donne des douleurs très aiguës, douleurs de la colique néphrétique qui sera décrite ultérieurement.

La douleur peut être due à des causes suivantes :

a) Obstruction de la lumière au cours de l'urine. C'est une cause la plus fréquemment observée. L'obstruction peut siéger sur n'importe quelle partie de l'uretère. Elle est due à des corps étrangers (calculs, débris caséeux), à un épaissement de l'uretère, à une compression par une tumeur abdominale, à la fermeture complète de l'orifice

vésical par une tumeur vésicale, à l'occlusion de la lumière du conduit due à l'insertion angulaire de l'uretère dans la vessie.

b) Augmentation de la tension du rein, causée soit par une augmentation de la pression sanguine, soit par la formation d'un tissu à évolution rapide (par exemple congestion du rein, tuberculose à évolution aiguë, tumeurs, etc.)

e) Tiraillements sur le pédicül rénal — provoqués soit par l'augmentation du volume de l'organe, soit par un déplacement (par exemple rein mobile).

d) Compression du plexus lombaire — par une tumeur.

e) Epaisissement et sclérose de la capsule du rein ou du tissu para-néphrétique.

B) Leurs caractères

Les douleurs peuvent être aiguës ou bien chroniques. On observe la douleur aiguë dans tous les cas où il y a augmentation brusque de l'organe, ou bien distension du bassinet. La douleur aiguë se présente toujours sous forme de crise intermittente, crise de la colique néphrétique.

La colique néphrétique a un début insidieux ou plus souvent brusque.

Il y a des malades qui sont avertis d'une crise prochaine soit par des douleurs lombaires, soit par des douleurs hypo-gastriques ou testiculaires. Guyon cite une légère hématurie « avertissante » la colique commence spontané-

ment sans cause, ou bien elle est provoquée par la marche, la station debout prolongée, une course à cheval ou en voiture. On observe assez souvent la même cause qui provoque une attaque.

La douleur est atroce sous forme d'élançements, de tiraillements. Elle est continue avec paroxysme. Le malade prend des positions différentes pour atténuer l'intensité de la douleur. Il est couché sur le dos, les jambes pliées ou soulevées. Dans un cas de Sternberg le malade était obligé de se mettre « sur la tête » pour atténuer la douleur.

La douleur commence presque toujours au même point. C'est le plus souvent dans la région lombaire ou dans l'hypocondre. Elle contourne le flanc se dirige vers le canal inguinal dans le testicule, ou dans la grande lèvre chez la femme, et dans la cuisse, suivant le génito-crural ou le fémoro-cutané.

Quelquefois l'irradiation se fait vers la poitrine, vers l'épaule et le diagnostic devient plus difficile.

Les phénomènes réflexes accompagnent la colique rénale, ce sont : les sueurs froides, le refroidissement des extrémités, la pâleur ou cyanose de la face, le pouls petit et filiforme (on peut observer des asystolies réflexes), les nausées et les vomissements. Les symptômes digestifs peuvent être prépondérants et les malades se plaignent uniquement de l'estomac et de l'intestin. C'est une forme gastro-intestinale de la colique néphrétique qui a été décrite pour la première fois par Morgagni, présentant un cas à l'Académie de médecine, dans lequel les crises

périodiques se manifestaient par « vomitiones per intervalla ingruentes ».

Lorsqu'on se trouve en présence de ces cas anormaux le diagnostic peut être très difficile, il peut être facilité par la disparition ou atténuation de la valeur à la suite de la position couchée, les jambes élevées (cas de Sternberg).

Les phénomènes réflexes vésicaux ne manquent presque jamais; la dysurie et la pollakiurie sont constantes, quelquefois anurie. La température est normale, mais lorsque le rein est infecté il n'est pas rare de la voir monter vers 39 ou 40°. Si on examine le malade au cours de la crise, on trouve une hyperalgie superficielle et profonde, décrite par Head. Le rein est généralement augmenté de volume par suite de la congestion, mais on ne le sent pas à cause de la défense musculaire. La douleur principale peut se trouver dans l'angle costo-musculaire ou la région sous-costale. Le testicule est très sensible à la pression. Mackenzie attire l'attention sur la constriction très forte des fibres du sphincter anal, senties au toucher rectal.

La durée de la crise est très variable : deux ou trois heures, six heures ou davantage.

La terminaison est le plus souvent brusque. Le malade a une sensation de bien-être agréable, qui peut être suivie dans certains cas d'un abattement assez prononcé. Après l'attaque la polyurie commence, les jours suivants l'endolorissement léger de la région lombaire et de la paroi abdominale est presque la règle.

b) La douleur chronique s'observe dans tous les cas où il y a une augmentation progressive de l'organe et la distension progressive du bassinet. Cette douleur sous forme de pesanteur, sensation de gêne, est presque toujours continue, localisée dans la région lombaire, sans exacerbation ou bien elle présente des petites crises paroxystiques. Par exemple une grosse hydro-néphrose, tumeur à évolution lente, néphrite tuberculeuse, etc.

C) Irradiations

L'irradiation de la douleur se fait suivant les différentes branches nerveuses de la paroi abdominale. En outre de cette irradiation constante, qui sera décrite à propos des différentes maladies, on peut trouver l'existence de la douleur du côté opposé, du côté de l'uretère, de la vessie, de l'urètre, du testicule ou ovaire, et du côté de l'intestin

Ces douleurs à distance sont connues sous le nom de douleurs ~~à~~ réflexes. Parmi ces douleurs on distingue : a) réno-rénal, b) réno-urétéral, c) réno-vésical, d) réno-urétral, e) réno-testiculaine ou réno-ovarien, f) réno-intestinal.

a) Douleurs Réno-Rénales

a) *Douleurs Réno-Rénales.* — Praut, en 1840, a le premier attiré l'attention sur la douleur réno-réflexe en disant : « j'ai vu la douleur siégeant uniquement du côté sain et j'ai actuellement vu plus d'une fois une ouverture faite sur le rein qui n'avait rien ». Depuis ce moment

encore beaucoup de chirurgiens ignoraient l'existence de la douleur du côté sain, d'où de graves erreurs de diagnostic. En particulier Morris dans son « traité des maladies des reins » nie complètement l'existence de la douleur du côté opposé. Il dit : « la douleur du côté opposé est seulement occasionnelle et n'arrive jamais qu'en même temps qu'une douleur plus marquée du côté malade. Il n'y a pas, du moins autant que je sache, de cas probants n'ayant donné de douleurs que du côté sain. Le fait que les douleurs ont cessé par ablation d'un calcul du côté qui ne faisait pas souffrir, n'est pas concluant. Cela peut être tout simplement une coïncidence due soit à un changement de position du calcul dans le rein douloureux, ou à ce que le calcul est devenu mobile. Il peut y avoir une maladie très avancée du rein douloureux et un calcul sans symptôme du côté opposé. Dans un cas que j'ai observé récemment il y avait une tumeur sarcomateuse avec hématurie, mais l'absence complète de la douleur et d'une tumeur perceptible du côté droit pendant le cours de la maladie. Cependant il y avait une douleur très vive dans la région rénale gauche et irradiant dans tout le côté gauche. On devrait déduire que c'était un cas typique de douleur réflexe réno-rénale, s'il n'y avait de symptômes durant les dernières semaines de la vie et une autopsie montrant une douleur du côté gauche était due à un nouveau néoplasme semblable, occupant l'apophyse transverse gauche et la partie gauche du corps de la dernière vertèbre dorsale. Je considère la doctrine de la douleur réflexe-réno-rénale, sans douleur du côté malade

comme n'ayant pas de base et pouvant conduire à de graves erreurs ».

Guyon a affirmé la douleur du côté opposé sans douleur du côté malade.

Aujourd'hui nous sommes convaincus que la douleur peut exister du côté sain sans aucune lésion rénale. Je rapporte deux observations personnelles. Dans la première (OBS 1) le malade présentait de la pyurie, vue au cysto, alors une infection de son rein. Il est impossible d'admettre qu'un malade ayant un calcul dans le bassinet infecté et présentant des hématuries, dues probablement à la mobilité du calcul ne provoque aucune douleur. La douleur dans ce cas ne se manifeste pas du côté malade mais du côté sain.

La 2^e (OBS... 19) nous montre une tuberculose rénale avancée du côté droit avec la douleur du côté gauche sans aucune lésion rénale (lombotomie double a été faite).

En dehors de ces cas je rapporte d'autres observations empruntées à Newman (OBS. 23).

b) Douleurs Réno-Urétérales Vésicales et Uréthrales

L'existence de la douleur à la fin des mictions avec les phénomènes de la pollakiurie fait toujours penser à une cystite. Quelquefois ce symptôme seul sans aucune douleur dans le rein peut être l'indice d'une lésion rénale. Lorsqu'on examine un malade à la cystoscopie ayant de la douleur à la fin des mictions et de la pollakiurie, il faut

trouver des lésions de la cystite. Quand on n'en trouve pas il faut penser au rein et rechercher la cause dans une lésion rénale. Newman en rapporte un cas (obs. 24).

c) **Douleurs Réno-Testiculaires**

Ainsi la douleur dans le testicule peut exister seule sans aucune douleur lombaire. Cette douleur s'explique facilement quand on sait, que l'innervation du testicule provient du même segment de la moelle que celle du rein (obs. 26).

d) **Douleurs Réno-Ovariennes**

Plus de la moitié des femmes qui viennent consulter pour douleurs lombaires et les phénomènes de la cystite, n'ont que des lésions de l'utérus et des annexes. L'innervation de l'utérus provient du 10, 11 et 12° segment dorsal, celle de l'ovaire du 10) et celle de la trompe du 11° 12° et 1° lombaire. La douleur dans les lésions de ces organes présente les mêmes irradiations que celle des reins. Il est facile maintenant de comprendre pourquoi les femmes ayant des lésions des organes génitaux se plaignent de douleurs dans les régions lombaires.

e) **Douleurs Réno-Intestinales**

Les phénomènes intestinaux : vomissements, nausées, douleurs abdominales, peuvent être les seuls symptômes d'une lésion rénale ou plus souvent d'un déplacement

rénal. Il n'est pas rare de voir une malade ayant un rein abaissé présenter des symptômes d'une affection intestinale.

D) Douleurs provoquées

On peut exercer une pression assez forte au niveau de l'hypocondre ou de la région lombaire sans déterminer aucune sensation douloureuse. La douleur apparaît lorsqu'il existe une lésion du parenchyme rénal, du bassinet ou de l'uretère, ou bien une lésion inflammatoire de la capsule ou du tissu environnant.

Pour examiner un rein il faut que le malade soit dans la position couchée, jambes fléchies, la tête basse. Il faut procéder toujours méthodiquement. Il faut que la main soit réchauffée pour éviter la sensation désagréable due au contact de la main froide et la contraction musculaire qui empêchera chaque tentative d'exploration (ce point est assez souvent négligé). L'examen du malade se fait par le procédé bi-manuel. Une main glissée sous les lombes, l'autre exerçant une légère pression au niveau de l'hypocondre. Cette pression doit être progressive et doit se faire avec toute la face palmaire (il faut se méfier de presser seulement avec le bout des doigts, parce que l'on risque de ne rien sentir). Pendant que la main abdominale palpe, on donne avec la main lombaire des coups secs, qui sont transmis à la main abdominale lorsqu'il y a une tumeur interposée. De cette manière on peut obtenir le ballottement rénal, le contact lombaire.

La douleur provoquée est différente au cours d'une crise ou en dehors de celle-ci.

a) **La douleur au cours de la crise**

Si on examine un malade au cours d'une crise aiguë, on est frappé de l'existence d'une hyperalgie de la paroi abdominale. D'après Head il y a deux sortes d'hyperalgies : superficielle et profonde. Pour rechercher la première on se sert d'une épingle comme dans un examen neurologique, avec cette différence qu'on pratique l'examen avec la tête et non avec la pointe ; on fait des attouchements de la paroi abdominale en commençant toujours du côté sain et en remontant vers la région douloureuse. Le malade éprouve une sensation désagréable, dès qu'on approche de la région malade, quelquefois une légère douleur ou bien une douleur tellement vive qu'il prend l'attouchement avec la tête pour une vraie piqûre.

Une autre méthode moins certaine consiste à employer une éponge imbibée d'eau tiède ou bien un tube à essai moitié rempli d'eau tiède. On fait la même manœuvre comme avec l'épingle. Si on arrive sur une zone sensible le malade éprouve une forte sensation de chaleur.

En dehors de cette hyperalgie superficielle, il existe aussi une hyperalgie profonde, musculaire. On cherche cette hyperalgie par le procédé de pincement, qui au niveau de la région sensible peut devenir très douloureux et être accompagné d'une contraction musculaire réflexe.

La pression de la paroi abdominale est douloureuse, la

main appliquée sur cette paroi ressent une résistance, due à la contraction des muscles larges et du grand droit de l'abdomen. Lorsque les douleurs s'apaisent et lorsque la contracture diminue, on peut constater des points de douleur maximum. Ces points ont été décrits par Pasteau, ils sont au nombre de dix.

1° Le point costo-vertébral de Guyon est situé dans l'angle formé par le bord externe de la colonne vertébrale et la 12° côte. Ce point correspond au 12° nerf intercostal.

2° Le point costo-musculaire se trouve à l'union du bord externe de la masse sacro-lombaire et du bord inférieur de la 12° côte. Ce point répond au 12° nerf intercostal devenu plus superficiel en dehors de la masse lombaire.

3° Le point sous-costal se trouve au-dessous de l'extrémité antérieure de la 10° côte. Ce point correspond au rameau perforant antérieur du 9° intercostal.

4° Le point para-ombilical ou urétéral de Bazy, situé à deux ou trois centimètres de l'ombilic sur une ligne horizontale passant au niveau de ce dernier, répond à la branche perforante du 11° nerf intercostal.

5° Le point urétéral de Hallé, situé au lieu d'intersection des deux lignes, l'une horizontale et transversale partant de l'épine antéro-supérieure et l'autre verticale montant de l'épine pubienne. Ce point répond au génito-crural.

6° Le point sus-intra-épineux de Pasteau situé au dedans et un peu en haut de l'épine iliaque antéro-supérieure, répond au fémoro-cutané ;

7° Le point sus-pubien de Bazy, situé au-dessus du pu-

bis à deux ou trois centimètres de la ligne médiane ; correspond au rameau perforant du grand abdomino-génital ;

8° Le point inguinal, situé au niveau de l'orifice inguinal externe, correspond aux branches terminales des abdominaux génitaux ;

9° Le point sus-iliaque latéral, situé à la partie moyenne de la crête iliaque et un peu au-dessus de celle-ci ; correspond à la branche fessière du 12^e intercostal.

10° Le point urétéral inférieur de Bazy et Legueu se trouve situé au niveau de la portion intra-murale de l'uretère.

La pression au niveau du point para-ombilical de Bazy peut provoquer une douleur qui s'irradie vers l'épigastre ou vers la poitrine du côté opposé. Le plus souvent ces douleurs s'irradient vers l'hypogastre et quelquefois sont accompagnées d'une forte sensation d'envie d'uriner. Ce phénomène est connu sous le nom de réflexe pyélo-vésical (Bazy) (ce terme est inexact car ce point ne correspond pas au bassinet) ;

La pression au niveau du point inférieur c'est-à-dire au niveau de l'embouchure de l'uretère dans la vessie, peut être accompagnée d'un besoin d'uriner. Ce phénomène est connu sous le nom de réflexe urétéro-vésical. Quelquefois la pression à ce point peut déterminer une douleur qui s'irradie le long de l'uretère vers le rein, c'est le réflexe urétéro-rénal, Chez la femme on provoque ces douleurs assez facilement, mais chez l'homme au contraire très difficilement à cause de la situation haute et à cause

des vésicules séminales qui peuvent être enflammées en même temps.

b) Douleurs en dehors des crises

Dans l'intervalle des crises l'hyperesthésie cutanée n'existe jamais. Au contraire la contracture musculaire existe souvent seule ou bien associée avec des points douloureux différents suivant les affections.

Après avoir donné les caractères principaux des douleurs spontanées réflexes et provoquées, il ne faut pas passer sans dire un mot sur l'incurvation du rachis et l'éruption d'herpeszoster au cours des différentes maladies rénales.

La déviation du rachis s'observe surtout chez les enfants dans les cas où il y a une douleur rénale profonde et continue (lithiase, rein mobile etc.) La déviation siège au niveau de la partie inférieure de la colonne dorsale ou de la partie supérieure de la colonne lombaire. La convexité de la courbure regarde généralement le côté malade.

Paulet en 1877 a communiqué à l'Académie de Médecine deux cas de coliques néphrétiques accompagnées d'incurvation du rachis.

Broca, Kirmisson, Dieulafe' (de Toulouse) rapportent des cas semblables.

La déviation du rachis disparaît une fois le malade guéri de son affection rénale.

Au cours des affections douloureuses du rein (né-

phrite, lithiase, hydro-néphrose intermittente, pyonéphrose, rein abaissé, traumatisme) nous pouvons observer des troubles de la peau au niveau des zones de Head décrites précédemment. Ces troubles consistent en une rougeur avec hypersensibilité ou bien une éruption vésiculaire douloureuse, connue sous le nom d'herpeszoster ou zona.

Le zona a été étudié par Head, Kanera, Bittorf, Adrian et les autres. Au cours des coliques prolongées et très fortes, on peut voir apparaître dans différentes parties de la ceinture abdominale des petites plaques rouges au niveau desquelles on peut constater l'apparition de petites vésicules de volume d'une tête d'épingle ou un peu plus grosses. Ces vésicules sont brûlantes et très douloureuses. Elles sont isolées ou plus souvent encore groupées en grappes.

La durée de l'éruption est très variable (quelques jours ou quelques semaines). L'éruption disparaît toujours avant la douleur. Les malades quittent l'hôpital avec un rein sensible et douloureux. Le côté gauche est plus souvent atteint que le côté droit.

La colique douloureuse ne paraît pas indispensable pour l'apparition du zona. Hedinger et Meresse ont observé une éruption zostérienne dans le rein scléreux, Rosenbaum après un traumatisme sans douleur.

Quelle est la cause de cette éruption ?

D'après les recherches de Head et Campbells il s'agit d'une lésion (hémorragique ou inflammatoire) des ganglions spinaux correspondants et des segments de la

moëlle. Dans deux cas d'autopsie Hedinger et Meresse ont trouvé microscopiquement des altérations hémorragiques ~~de la~~ moëlle. Dans deux cas d'autopsie Hedinger et Meresse ont trouvé microscopiquement des altérations hémorragiques dans le 11° ganglion spinal. Dans le 10° et 12° ganglion, on a trouvé les mêmes lésions mais beaucoup moins prononcées. Les ganglions lombaires gauches montrent une infiltration lymphocytaire. Le 11° nerf intercostal gauche présente des lésions de dégénérescence des faisceaux.

Bittorf pense qu'il s'agit d'une excitation d'un ou plusieurs ganglions spinaux, situés au voisinage, qui prédispose pour l'éruption et la localisation de l'herpès.

CHAPITRE IV

LA DOULEUR DANS LES DIFFÉRENTES MALADIES DU REIN

Contusion, déchirure et rupture du rein

La douleur est un symptôme variable et inconstant. Dans certains cas, le malade aussitôt après le traumatisme ressent une douleur extrêmement forte, syncopale, dans la région lombaire s'irradiant du côté opposé, vers l'hypocondre et l'anneau inguinal. Le testicule se rétracte.

Dans d'autres cas la douleur n'existe pas au début, mais apparaît quelques heures plus tard sous forme d'endolorissement lombaire. A la suite de l'hémorragie la douleur peut apparaître sous forme de colique néphrétique, due à l'obstruction de l'uretère par un caillot.

La douleur provoquée au contraire existe toujours. L'exploration de la région rénale est gênée par la défense musculaire très prononcée.

Lithiase

La douleur dans la lithiase rénale se produit dans deux circonstances : a) mobilité du calcul ; b) infection.

Un calcul enclavé dans la substance du parenchyme rénal n'est pas ou est très peu douloureux (obs. 4). La douleur si elle existe est sourde, peu vive dans la région lombaire, disparaît pendant des années pour apparaître à la suite d'une infection ou congestion. Dans d'autres cas, la douleur est continue, s'exaspérant pendant la marche, mais toujours localisée dans la région lombaire au niveau de l'extrémité antérieure de la 12^e côte (Head. Obs. 6).

Le calcul devenu douloureux par suite d'une infection donne une sensation de douleur profonde sous forme de tiraillement et de pesanteur dans la région lombaire, s'irradiant vers la fosse iliaque et la région sous-ombilicale. Dans le cas où le calcul est fixé et la cavité présentant de l'infection et de la congestion, la douleur peut être soulagée par une hématurie assez abondante, qui décongestionne le foyer de la pierre.

Lorsque le calcul se trouve dans le bassin ou libre dans une cavité de la substance rénale, la douleur devient un symptôme prépondérant. Elle est paroxystique, n'est plus seulement localisée dans les lombes mais s'irradie vers l'hypocondre, l'hypogastre, vers le testicule et la face interne des cuisses. La douleur est provoquée par la station debout, la marche, par n'importe quel mouvement. Guyon cite l'histoire d'une femme pour laquelle « le transport en chemin de fer était si pénible que la malade pour venir à Paris faisait asseoir près d'elle, dans le wagon deux personnes pour la fixer, l'immobiliser et diminuer le nombre et l'étendue des oscillations ».

Quand le calcul se déplace ou commence à s'engager

dans le bassin et le drame douloureux commence, la colique néphrétique apparaît.

La colique néphrétique qui a été décrite précédemment présente cette particularité, que la douleur, généralement, commence dans la région lombaire (obs. 5).

Le calcul peut être expulsé au cours d'une crise, mais ce n'est pas une règle absolue. Lorsqu'il tombe dans la vessie les malades ont généralement une sensation particulière (obs. 2). Mais au lieu d'être expulsé il peut seulement s'engager dans l'uretère et occasionner une obstruction complète (cause de l'anurie) ou bien donner une douleur peu vive au repos, qui peut être augmentée par la marche et due probablement à des contractions du psoas. Une fois le calcul engagé dans le canal il peut s'arrêter dans son commencement ou dans sa terminaison, rarement au niveau du détroit supérieur.

La douleur d'après Dickinson dépend aussi de la composition du calcul, il dit que les concrétions de l'acide urique sont les moins douloureuses. Il y a simplement la sensation de poids et de pesanteur. L'oxalate de chaux produit des douleurs plus vives. Cette douleur est située à un point particulier au-dessous de la région rénale et parfois irradie dans la direction de l'uretère, de l'épigastre ou l'épaule. Les calculs composés de phosphates produisent de grandes douleurs presque continues bien qu'avec paroxysme.

Rein Mobile

Le rein mobile est une affection que peut occasionner des douleurs d'une intensité très forte.

Il faut distinguer deux sortes de douleurs :

La douleur abdominale sans localisation rénale avec des symptômes gastro-intestinaux, — est due probablement à un tiraillement des nerfs du pédicule rénal et non à l'obstruction de l'uretère par coagulum. Cette douleur peut avoir un caractère de douleur sourde imprécise. C'est une sensation de faiblesse de l'abdomen, de chute ou de glissement d'un viscère dans l'abdomen. Il semble aux malades, dit Trousseau, qu'un de leurs organes s'est décroché et flotte dans leur ventre. Cette douleur est généralement localisée dans la zone épigastrique sans douleur dans la zone hypo-gastrique, qui s'observe dans les affections intestinales. La douleur peut s'irradier dans les cuisses suivant la face antérieure ou la face postérieure. Il n'est pas rare de voir soigner les malades pour une affection de la hanche ou du sciatique (mais dans ce cas il n'y a ni diminution de la force musculaire, ni atrophie musculaire). La douleur est augmentée par la marche, la fatigue de n'importe quelle nature jusqu'au point de provoquer une crise douloureuse, qui s'apaise par le repos. Au moment de ces crises il y a toujours des nausées ou des vomissements. Le pouls et la température sont normaux.

La douleur sourde avec des crises paroxystiques peut s'observer pendant certaines périodes pour disparaître pendant longtemps ;

2° Douleurs localisées dans la région rénale avec albuminurie, hématurie, hydro-néphrose transitoire et pyonéphrose. *

La douleur est due à une gêne au cours de l'urine ou de la circulation sanguine, le premier cas se traduit par une hydronéphrose transitoire, le second par une albuminurie, cylindrurie ou hématurie.

La coudure du pédicule rénal peut comprimer le bassinet, l'uretère, les veines ou très rarement les artères.

Dans de l'obstruction de l'uretère ou du bassinet la douleur est soudaine, très forte — la douleur de la colique néphrétique avec des symptômes digestifs graves, ^{quel}ques ~~quel~~ques nausées et vomissements. La crise se termine assez souvent, d'après certains auteurs, par une émission abondante d'urine à poids spécifique ~~à~~ élevé.

Lorsque la compression porte sur des veines, la douleur due à la gêne circulatoire et à l'augmentation de la tention vasculaire, apparaît progressivement, elle est sourde et plus ou moins continue.

La durée de l'attaque est de 48 heures ou plus rarement de plusieurs jours. La fonction de l'autre rein peut être subitement inhibée. L'inhibition se fait soit au commencement et plus souvent au cours de la crise lorsque la distension du côté malade a atteint un certain degré.

Eléments pour diagnostic sont : 1° douleurs ; 2° troubles digestifs ; 3° Troubles nerveux (névrosisme, neurasthénie, folie) ; 4° rein abaissé à la palpation.

Hydronéphrose

La douleur apparaît lorsqu'il y a obstruction de la lumière de l'uretère. Lorsque la rétention est incomplète, la douleur commence dans le flanc, irradie dans la région

lombaire ou du côté opposé. Si la rétention est brusque et complète, on trouve les irradiations de la colique néphrétique, mais la douleur commence le plus souvent en avant au niveau de l'hypocondre.

Les petites hydro-néphroses donnent des coliques qui sont horriblement douloureuses (causes : bassinnet non distendu). Au contraire les grosses hydro-néphroses donnent des douleurs peu vives. C'est une sensation de gêne ou de pesanteur localisée dans l'hypocondre et dans la région lombaire.

Si on se trouve en présence d'un malade ayant une crise douloureuse mais présentant une hydro-néphrose antérieure non douloureuse, s'il a fait un effort ou s'il a reçu un coup, il présente les caractères de la péritonite : douleur subite d'une intensité très forte, la contracture de la paroi abdominale, le pouls est rapide et filant, hypo- ou hyperthermie.

En dehors de la crise le malade ne souffre pas ou présente au contraire une sensation de tiraillement dans le dos.

Les points importants pour le diagnostic sont : 1° enflure de la région de l'hypocondre augmentant successivement (ou progressivement) avec suppression ou diminution de l'urine et soulagement subit après l'émission d'une quantité d'urine d'une faible densité; 2° tiraillement chronique dans le dos avec exacerbation de temps à autre; 3° injection de collargol ou de bromure de sodium montre le contour du bassinnet.

Pyélite et Pyonéphrose

Dans la pyélite la douleur est sourde, peu vive, présentant quelquefois des petites coliques dues probablement à des contractions douloureuses des muscles pyélo-urétéraux.

La douleur provoquée se trouve aux points costo-vertébral, costo-musculaire et para-ombilical. On peut trouver quelquefois le réflexe pyélo-vésical ou plus souvent pyélo-rénal. Bazy insiste sur le réflexe vésico-rénal : le malade en urinant ressent une douleur dans le rein malade.

La douleur dans la pyonéphrose peut manquer très souvent, On peut observer des malades ayant des grosses pyonéphroses qui n'ont jamais souffert. Si la douleur existe, elle est localisée le plus souvent dans le flanc et l'hypocondre sous forme de lourdeur, de pesanteur, sensation de malaise résultant de la taille et du poids du rein, Ces douleurs sourdes peuvent présenter des crises paroxystiques lorsqu'il y a un obstacle au libre passage de l'urine dans l'uretère qui peut déterminer une rupture de la poche intra ou extra péritonéale.

La douleur provoquée surtout par la pression dans l'hypocondre est soulagée par une évacuation de la poche purulente survenue spontanément au moyen d'un cathétérisme urétéral.

Les points importants pour le diagnostic sont : 1° enflure de la région rénale augmentant progressivement. Pendant cette période on peut observer du pus dans l'uri-

ne : 2° augmentation du volume du rein; 3° douleur avec fièvre soulagée par une décharge (on peut voir à la cystoscopie le pus s'échapper de l'uretère) ; 4° la douleur limitée à la région rénale augmentée par la pression et non par le mouvement.

La Pyélo-néphrite banale et gravidique

La douleur sourde et progressive, s'installant petit à petit, augmentant d'intensité localisée dans l'hypocondre ou la région lombaire.

Dans d'autres cas la douleur est assez vive représentant des crises paroxystiques précédant et accompagnant l'accès fébrile. La douleur provoquée existe le plus souvent au point costo-musculaire et para-ombilical? Le toucher vaginal chez la femme permet de déterminer le réflexe urétéro-rénal.

Les points importants pour le diagnostic sont :

1° Frissons, température 39° ou 40°, sueurs, 2° pyurie, 3° douleurs sourdes ou paroxystiques, amélioration après le lavage du bassin.

Urétérites et Périurétérites

Il est impossible cliniquement de distinguer une urétérite de la périurétérite. Généralement lorsque l'uretère est enflammé, il y a une réaction du côté du tissu péri-urétéral, alors une péri-urétérite. La douleur est due le plus souvent à un épaississement de la paroi de l'uretère, la cause du passage difficile de l'urine.

La douleur est spontanée ou provoquée;

La douleur spontanée sous forme de lancement le plus souvent commence dans la partie inférieure de la région lombaire, s'irradie vers la région sus-pubienne et dans les organes génitaux. Cette douleur est généralement sourde et continue. En dehors de cette forme douloureuse nous pouvons observer des malades présentant des pyélo-urétérites doubles et n'ayant jamais souffert.

L'urétérite peut donner une douleur rénale soit directe soit réflexe. La douleur rénale directe s'observe dans le cas où l'uretère très épaissi ou coudé présente un obstacle au libre passage de l'urine, une rétention complète ou partielle et alors la conséquence.

L'urétérite peut agir également indirectement, par voie réflexe sur le rein du côté opposé. On peut voir apparaître une douleur du côté opposé sans aucune lésion du rein et de l'uretère. Escat a observé le cas suivant : après la néphrectomie gauche un drain a été placé au contact de l'uretère. Au cours d'un pansement on a injecté un peu de teinture d'iode dans le drain, aussitôt après le malade éprouva une douleur des deux côtés. La douleur provoquée existe au point para-ombilical, urétéral moyen et urétéral inférieur. En dehors de ces points de douleur maximum tout le trajet de l'uretère peut être sensible.

Après les crises douloureuses les points supérieurs disparaissent d'abord et puis les points inférieurs.

Par la pression des points supérieurs et inférieurs on peut provoquer des douleurs réflexes urétéro-rénales et urétéro-vésicales.

Cancers et autres Tumeurs

La croyance que les tumeurs malignes s'accompagnent nécessairement de douleurs est bien dans l'esprit du public et très souvent des médecins. Il faut savoir que les douleurs dans les tumeurs du rein sont un symptôme tardif et que tout le cours de la maladie peut se poursuivre sans aucune manifestation douloureuse. Lorsque la douleur existe au début de la maladie, mais ce cas est très rare, elle facilite le diagnostic du rein malade, la douleur se caractérise par une sensation de pesanteur localisée dans la région lombaire ou dans l'hypocondre, non influencée par le mouvement ni par le repos; généralement c'est l'hématurie, un des premiers symptômes qui attirent l'attention du malade, quelquefois cette hématurie peut être précédée des douleurs violentes de la colique néphrétique due à l'obstruction de l'uretère par un caillot sanguin.

La douleur dans la période tardive est due à l'augmentation du volume de l'organe, à l'envahissement du plexus lombaire et sacré. Elle s'irradie vers la paroi abdominale, sur la face antérieure et surtout la face postérieure des cuisses, d'où erreur de diagnostic possible avec le sciatique.

Lorsque la tumeur envahit la colonne vertébrale, les malades accusent des douleurs s'irradiant le long de celle-ci. La douleur dans la dernière période augmente graduellement d'intensité. D'abord sourde et intermit-

tente, elle devient lancinante et continue. Les points importants pour le diagnostic sont :

1° Tumeur dure irrégulière ayant la forme générale du rein; 2° Hématurie d'abord légère survenant assez longue ~~aux~~ intervalles, plus abondante et presque continue; 3° Douleur absente au début, plus tard intermittente, augmentant d'intensité et enfin continue; 4° Pouls et température normaux, 5° Pas d'ombre à la radio; 6° Varicocèle.

Rein Polykystique

La douleur est un symptôme assez rare au début dans beaucoup de cas, elle apparaît à cause d'une suppuration ou autre complication, comme l'hématurie par exemple. La douleur est localisée principalement dans la région lombaire. C'est une sensation de tiraillement, de pesanteur bi-latérale le plus souvent, s'irradiant vers l'hypogastre. On peut observer parfois des crises douloureuses assez fortes; crises d'hydro-néphrose transitoire dues à une rétention rénale.

Le rein à la pression est sensible, c'est surtout le point para-ombilical qui est marqué.

Les points importants pour le diagnostic sont : 1° Tuméfaction irrégulière, bosselée, de consistance assez ferme, ayant la forme générale d'un rein, un peu sensible à la pression. 2° L'hématurie n'est pas très fréquente, lorsqu'elle existe elle est quelquefois très grave. 3° Urine assez abondante de poids spécifique faible, présentant très

souvent une petite quantité d'albumine. 4° Bilatéralité de lésion.

Kyste Hydatique

La douleur apparaît lorsque le kyste se rompt. Les hydatides éliminées ainsi dans le bassinnet déterminent une douleur de la colique néphrétique. Les malades ont une sensation particulière quand les hydatides tombent dans la vessie. Les coliques néphrétiques sont intermittentes, moins longues que celles de la lithiase. Les points importants pour le diagnostic sont : tuméfaction du rein. 2° Eosinophilie. 3° Réaction de Weinberg positive.

Tuberculose

La douleur dans la tuberculose rénale peut être inconstante. D'après Braun et Cruet l'absence de la douleur constitue un des meilleurs signes de la probabilité de la tuberculose rénale. Si la douleur existe elle se présente sous deux formes : 1° Douleur sourde : 2° Crise douloureuse aiguë.

La douleur sourde est plus souvent localisée dans la région lombaire sans irradiation ou bien avec des irradiations du côté opposé de la région lombaire. C'est une douleur sous forme de pesanteur, qui peut augmenter par des mouvements et être soulagés par le repos. La douleur sourde correspond assez souvent à une lésion de la corticalité du rein.

La crise douloureuse se voit particulièrement quand il

Il y a une gêne au cours de l'urine causée par un débris caséeux, un caillot, ou par une induration des parois du conduit. La douleur se présente sous forme d'une crise aiguë — crise de colique néphrétique — intermittente, qui peut être soulagée quelquefois par une émission abondante de l'urine.

En dehors des crises le malade souffre de douleurs sourdes le plus souvent dues à des lésions de péri-néphrite et de péri-urétérite.

La douleur provoquée le plus souvent constatée se trouve au point para-ombilical.

Les points importants pour le diagnostic sont : 1° Pyurie avec ou sans bacille de Koch ; 2° Pollakiurie douloureuse, surtout nocturne ; 3° Hématurie ; 4° Augmentation du volume du rein avec sensibilité dans la région lombaire ; 5° Température et autres foyers de tuberculose ; 6° Réaction à la tuberculine positive.

Néphrite aiguë et chronique

Dans les néphrites aiguës à début brusque la douleur existe dans la moitié des cas. Elle est sourde, continue, localisée dans la région lombaire, s'irradiant vers les urètres, les organes génitaux ou dans les cuisses.

Dans les néphrites chroniques la douleur est un symptôme très inconstant. Si elle existe elle est sourde, paroxysmique localisée dans la région lombaire, ne s'irradiant pas généralement vers la paroi abdominale.

Néphralgie (Néphrite et Péri-néphrite douloureuse)

La néphralgie essentielle n'existe pas. Abarran disait « la douleur n'est pas une maladie mais c'est un symptôme » dans tous les cas où on porte le diagnostic de néphralgie essentielle on doit trouver des lésions du rein, le plus souvent des lésions de néphrite ou de péri-néphrite. La douleur dans les néphrites et péri-néphrites douloureuses présente les caractères suivants : le début est le plus souvent brusque sans cause appréciable ou à la suite d'un traumatisme ou d'un refroidissement. Plus rarement le début est lent et progressif. La douleur sous forme de tiraillement, brûlure, sensation de pesanteur dans la région lombaire, peut s'irradier du côté opposé mais le maximum de la douleur reste localisé du côté malade. En dehors de cette irradiation la douleur peut suivre le trajet des nerfs de la paroi abdominale présentant l'irradiation typique de la colique néphrétique et rien dans ce cas ne peut différencier une colique vraie de la néphrite et péri-néphrite douloureuse. La douleur est augmentée par le mouvement et la station debout et la trépidation des voitures, non calmée par le repos. Les malades ne peuvent pas trouver une position qui les soulage comme dans le calcul rénal, des crises douloureuses peuvent apparaître quand les malades sont tout à fait au repos, c'est-à-dire pendant le sommeil. Certains auteurs expliquent ce fait par une congestion du rein.

La douleur disparaît progressivement au bout d'une

demi-heure ou une heure. La piqûre de morphine peut rarement atténuer cette douleur.

Les crises douloureuses paroxystiques se rapprochent de plus en plus; une fois par mois et enfin plusieurs fois dans la semaine. Dans l'intervalle des crises les malades éprouvent un endolorissement de la région lombaire localisé surtout dans la région malade, exaspéré par la marche.

La douleur provoquée au moment de la crise est surtout localisée dans la fosse lombaire en dehors de la masse sacro-lombaire. Les muscles de la paroi abdominale sont contracturés et à cause de cette défense on n'arrive généralement pas à sentir le rein qui est augmenté de volume. Les autres points douloureux comme sous-costal, para-ombilical, urétéral moyen, sus-intra-épineux, peuvent exister également mais sont beaucoup moins prononcés.

Les points importants pour le diagnostic sont :

1° Immobilité du rein pendant que le malade exécute des grandes inspirations ; 2° Hématurie dans 50 % des cas environ ; 3° Douleur dans la région lombaire non soulagée par le repos.

Phlegmon péri-néphrétique

La douleur dans la phlegmon péri-néphrétique est un des symptômes le plus variable. Le plus souvent les malades présentent une douleur sourde, continue sous forme d'élançement localisé dans la région lombaire diminué par le décubitus dorsal et le décubitus latéral du côté

malade. Le plexus lombaire est très souvent irrité. Dans ce cas on trouve des douleurs à distance correspondant à la branche irritée du plexus. La douleur augmente par la pression lombaire.

Les points importants pour le diagnostic sont :

1° Enflure diffuse dans la région lombaire quelquefois fluctuante avec contraction des masses lombaires. 2° Douleurs dans la région lombaire augmentée par la pression et douleur à distance par irritation du plexus lombaire. 3° Flexion de la jambe du côté malade. 4° Symptômes gastro-intestinaux : nausées, vomissements, tympanisme. 5° Fièvre. 6° Augmentation des globules blancs dans le sang. 7° Ni pyurie ni hématurie.

Infarctus des Reins

Lorsqu'un embolus s'arrête dans le rein la douleur est peu intense et très rarement durable ; si l'embolus est septique il se fait autour un foyer de suppuration qui se traduit par une douleur vive, atroce, dans la région de l'hypocondre ou para-ombilicale qui ne tarde pas à gagner la région lombaire. En même temps il existe une hyperesthésie abdominale et le rein n'est pas palpable.

Anévrisme de l'Artère rénale

C'est une lésion assez rare et si elle existe, elle est d'origine traumatique. L'anévrisme se caractérise surtout par l'hématurie et si la douleur existe, elle est supportable et peut être accompagnée d'une sensation de pulsations.

Névralgie rénale

Les névralgies rénales apparaissent sous forme de crise paroxystique, ~~de~~ début est brusque, soudain, sans cause appréciable. Le malade ressent une forte douleur dans la région lombaire et qui irradie vers la région sus-pubienne et épigastrique, du côté opposé ou dans l'épaule.

Le malade pousse des cris et ne trouve pas de position de soulagement dans son lit. La douleur peut descendre dans le testicule rétracté vers l'anneau inguinal, présentant une vive douleur à la pression. Le visage est pâle, le pouls est petit et la température normale. Il n'est pas rare de voir apparaître des vomissements dus probablement à l'excitation du plexus gastrique par le plexus rénal ou bien à un réflexe passant probablement par des fibres sensibles fonctionnelles, du pneumo-gastrique et allant impressionner les centres bulbaires de ce nerf. A ce moment le pouls se ralentit, le visage pâle se couvre de sueur et les extrémités se refroidissent.

Les mouvements et la marche n'exaspèrent pas la douleur, le repos au lit, les applications de compresses chaudes la calment. ~~La~~ disparition de la douleur est progressive, ~~la~~ douleur peut être quelquefois provoquée ou exaspérée par la menstruation, grossesse et toutes les causes qui favorisent la congestion rénale.

Dans l'intervalle des crises la manifestation principale de la névralgie est la douleur. Il existe un endolorissement du trajet des nerfs de la paroi abdominale, avec maximum d'intensité aux points névralgiques décrits précédemment.

CHAPITRE V

LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il faut distinguer deux sortes de maladies qui peuvent être confondues avec une lésion rénale.

1°. — Maladies donnant une crise aiguë ;

2°. — Maladies accompagnées d'une douleur chronique, sourde.

Dans la première catégorie il faut citer : appendicite, colique hépatique, cholécystite, colique saturnine et occlusion intestinale.

Dans *l'appendicite* la douleur est généralisée dans tout l'abdomen et se localise secondairement dans la fosse iliaque droite, mais il y a des cas où la douleur ne se localise pas dans la fosse iliaque ; elle siège plus haut dans la région para-ombilicale et dans l'hypocondre. C'est dans ces formes que le diagnostic est délicat et très difficile. Il n'est pas rare de voir des malades désappendicectomisés présenter les mêmes crises douloureuses après l'opération. Dans la plupart des cas il s'agit d'une hydronéphrose prise pour une appendicite (Observ. n° 8).

Au moment de la crise appendiculaire nous trouvons les autres symptômes qui facilitent le diagnostic. Ce sont : contraction musculaire, arrêt de la fonction intestinale, ballonnement du ventre, vomissements, hoquet, augmentation de la température (39° ou 40°) accélération du pouls, etc...

La *colique hépatique* se montre entre 30 et 40 ans, rarement avant. Le début, après un traumatisme, période menstruelle, une émotion ou bien elle est précédée de certains prodromes comme : sensibilité épigastrique, anorexie, nausées, etc...

La colique débute généralement 3 ou 4 heures après le repas du soir. La douleur dans la région hépatique est atroce, sous forme de sensation de crampes, de constriction, continue, avec paroxysme, s'irradiant vers l'omoplate, la région intra-scapulaire, l'épaule droite et vers le cou. La douleur est exaspérée par le moindre mouvement; les vomissements sont alimentaires ou bilieux, et la durée est de 10 à 12 heures. La douleur est calmée par une injection de morphine de 1 ou 2 centigr.

Par des signes physiques on peut facilement différencier la colique hépatique de la colique néphrétique.

Chauffard indique les points suivants :

- Point épigastrique, point cystique ou vésiculaire, point de la zone pancréatico-cholédocienne, point phrénique droit, point scapulo-apexien, et les points aux apophyses épineuses aux 8^e, 9^e, 10^e et 11^e dorsales.

En outre de ces points principaux, on peut trouver à

la palpation et à la percussion une augmentation du volume du foie et de la vésicule biliaire.

Cholécystite. — Au cours d'une fièvre typhoïde ou d'une autre infection, douleur dans l'hypocondre au niveau du point cystique, défense de la paroi, augmentation de la vésicule, température 39°, 40°, accélération du pouls (120), vomissements, plus rarement l'ictère.

Colique saturnine. — Le début est brusque, les douleurs abdominales généralisées, ou le début est insidieux, sensation de pesanteur survenant après le repas, nausées, vomissements.

A la période d'état, douleur très forte sous forme de crise paroxystique, avec rémission, mais sans disparition complète ; il en reste toujours une sensation de pesanteur, de douleur sourde. La douleur envahit tout l'abdomen ou bien reste localisée à l'épigastre à la région ombilicale ou à l'hypogastre ; elle peut irradier vers le rectum (ténésme), les lombes et la vessie. La douleur provoquée est augmentée par la pression superficielle, diminuée par la pression profonde ; les points douloureux sont surtout localisés sur la ligne médiane ; les autres signes sont : vomissements, constipation, foie diminué de volume, urine rare, pouls ralenti, dur, tendu, hypertension, apyrexie, durée variable.

Occlusion intestinale. — Douleur brusque dans n'importe quel point de l'abdomen et puis crise paroxystique due à la contraction intestinale luttant contre l'obstacle. Les autres signes sont : constipation absolue pour les

matières et les gaz, distension progressive de l'abdomen, absence de tout symptôme rappelant les signes d'une infection, température normale, pouls normal.

2° Dans la *deuxième catégorie* il faut citer : mal de Pott, névralgies lombaires, hystérie, etc.

Le diagnostic du *mal de Pott* est très souvent méconnu à cause d'un examen superficiel, incomplet. Les malades arrivent dans les hôpitaux présentant de vagues douleurs, ce sont des douleurs lombaires irradiant vers la paroi abdominale et dans les cuisses ; ils peuvent présenter des symptômes vésicaux réflexes sans aucune lésion de la vessie. Si on examine la colonne vertébrale et si on presse avec le pouce successivement sur chaque apophyse épineuse on arrive à déterminer une douleur dans la région lombaire qui peut faire penser à une lésion du rachis. Il est nécessaire dans chaque cas douteux de faire une radiographie qui peut montrer une lésion de la colonne vertébrale, un effondrement.

Le mal de Pott peut coïncider avec une lésion rénale ; dans ce cas on trouve les symptômes de la tuberculose rénale en dehors de ceux du mal de Pott. Dans les stades plus avancés (dans ce cas le diagnostic est facile) on trouve une gibbosité médiane et angulaire, un abcès froid fusant le long de la gaine du psoas, la paraplégie.

Dans la *névralgie lombaire*, la douleur apparaît entre 20 et 30 ans, après un traumatisme ou sans cause. Elle siège dans la région lombaire irradiée suivant le sciatique ou les nerfs de la paroi abdominale, généralement du

côté de la lésion, rarement du côté opposé. La douleur est continue, présentant des crises paroxystiques de durée variable. Dans certains cas, la névralgie est due à un développement exagéré de l'apophyse transverse de la cinquième lombaire (sacralisation).

Hystérie. — Les malades hystériques peuvent présenter des douleurs dans la région rénale, sans aucune lésion des reins. Je rapporte une observation personnelle (obs. 22) dans laquelle la malade souffrait de l'hypocondre droit avec le réflexe réno-rénal provoqué par la pression au niveau du point para-ombilical et sous-costal.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Obs. I. — *Calcul du rein.* — J. L., 36 ans, entre à l'hôpital pour pyurie et brûlures à la fin des mictions.

Ant. pers. : blenno. à 18 ans ; fièvre typhoïde en 1917.

Au mois de février 1917, le malade s'aperçoit que ses urines sont troubles. Il urine 8 à 10 fois par jour et jamais la nuit. De temps à autre il a des brûlures à la fin des mictions.

Au mois de juillet il ressent une légère douleur dans la région lombaire gauche. Cette douleur est prononcée surtout le matin. Huit jours après il ne souffre plus. Au mois de décembre il est évacué du front, on fait une analyse et on constate des traces d'albumine. Au mois de janvier 1918 on le dirige vers le centre d'urologie à G... où on lui fait une radiographie avec sonde opaque on constate un calcul dans le rein droit, du volume d'un petit haricot. Malgré le lavage de la vessie, et l'absorption de l'urotropine les urines restent troubles.

Au mois de mai 1918, fièvre très forte pendant 24 heures. Deux mois après encore 24 heures de fièvre sans douleur lombaire. De temps en temps il constate un dépôt rouge brique dans ses urines. Vers la fin de 1918 il présentait plusieurs hématuries totales intermittentes.

Au mois de janvier 1919 première crise douloureuse, le début est progressif, la douleur localisée dans la région lombaire gauche sans irradiation. Durée de la crise 8 heures. la douleur disparaît progressivement, légère fièvre.

Au mois de mars 1919 une nouvelle crise. Au mois de mai une autre crise. La douleur progressive localisée dans la région lombaire gauche s'irradie vers l'hypocondre gauche, suivant le trajet de l'uretère jusqu'au testicule. Pendant la crise le malade n'urine pas. Il ne s'aperçoit pas que la région de l'hypocondre gauche augmente. Il n'urine pas pendant la durée de la crise (12 heures). Légère fièvre. Tous les huit jours, pendant trois semaines une crise. Depuis le mois de janvier 1920, les crises sont plus rapprochées, l'intensité plus forte. Vomissements et nausées. La dernière du 1^{er} juillet est la plus forte et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen à l'entrée. — Pas de points urétéraux. — Pas de points à la palpation. — Radio : montre un calcul ramifié dans le rein droit. — Cysto : légère cystite.

Le 23 juillet 1920. — *Incision lombaire droite.* — Grosse péri-néphrite. Adhérence du pôle supérieur. Néphrotomie. Enlèvement d'un gros calcul urique ramifié. Suture du rein. Drainage de la loge. Fermeture de la paroi.

27 juillet. — Néphrectomie secondaire pour hémorragie consécutive de la néphrotomie. Fermeture de la plaie, petit drainage du rein qui présente des infarctus au niveau du pôle supérieur. Par suite d'une artère anormale et un infarctus au pôle inférieur dû à la néphrotomie. Suites opératoires normales.

Obs. II. — *Calcul de l'uretère éliminé.* — B. S., 46 ans. Entré le 27 juillet 1920.

Le malade entre à l'hôpital pour douleurs lombaires et pyurie. Ant. : rien.

Il y a dix ans le malade commence à souffrir de la région de l'hypocondre droit.

Le début de la crise est brusque, la douleur sous forme de tiraïlement et de torsion est localisée dans l'hypocondre droit et s'irradie vers la région lombaire droite et suivant l'uretère, en même temps on s'aperçoit que l'hypo-

condre est enflé, la douleur se termine brusquement au bout de deux ou trois heures. Pendant la durée de la crise ce malade n'urine pas. Il a de la diarrhée et des vomissements verdâtres. Dans l'intervalle des crises il ne souffre pas. Il y a cinq ans le malade s'aperçoit que ses urines sont troubles, et il a de la pollakiurie (urine 4 à 5 fois le jour), pas de brûlures à la fin des mictions. Dépôt dans le vase. Le 13 décembre 1916, le malade est réformé pour diabète.

Depuis 5 à 6 mois les crises sont plus fortes, plus fréquentes (deux ou trois crises par semaine) et plus longues (durée 3 ou 4 heures).

Depuis six semaines le malade souffre dans l'intervalle des crises. La douleur sourde est principalement localisée dans l'hypocondre droit.

La dernière crise a eu lieu le 23 juillet 1920. Le début est brusque. Douleur localisée dans l'hypocondre droit, s'irradie dans la région lombaire suivant l'uretère, ne descend pas dans les bourses ni dans la jambe. L'hypocondre est enflé. Vomissements, constipation pendant toute la durée de la crise. Pollakiurie (toutes les heures un demi-verre) pyurie (urines très épaisses) brûlure à la fin, petits filets de sang pendant la miction. La douleur ne se calme pas sous l'influence d'un suppositoire de morphine. La crise se termine progressivement au bout de quarante-huit heures.

Céphalée, pas de bourdonnements d'oreilles. Diminution de la sensation génitale.

Examen à l'entré. — Défense musculaire dans l'hypocondre droit. Point costo-musculaire, para-ombilicale à droite.

Symptômes vésicaux. — pollakiurie, 4 à 5 fois le jour, 2 fois la nuit. Pyurie, pas de brûlure à la fin, ni hématurie.

La radiographie montre un calcul allongé au niveau de la partie inférieure de l'uretère.

Le 1^{er} août le malade fait une promenade en auto, souffre de l'hypocondre vers 8 heures du soir, rentre chez lui. Il a une dysurie très forte, il ne peut pas uriner. En faisant des efforts pour uriner, le malade sent quelque chose qui tombe dans la vessie sans douleur forte. Etant debout le malade ne pouvait pas uriner; lorsqu'il était couché il urinait assez facilement.

Le 2 août dans la journée, il urine assez normalement. Vers 8 heures du soir, dysurie très forte, douleurs dans le bas ventre. Dans la nuit il urine une fois sans difficulté, le trois août, le matin, dysurie très forte, il ne peut pas uriner, il reste une demi-heure sans pouvoir uriner et après ce temps il élimine un peu de pus, et un calcul allongé présentant la forme de celui vu par la radio. Depuis, pas de crises.

Obs. III. — M. P. 60 ans. Entrée 5 août.

Entre à l'hôpital pour tuméfaction dans l'hypocondre et le flanc gauches.

Réglée à 11 ans, mariée à 25, un accouchement normal aucune maladie, enfant bien portant.

Il y a douze ans la malade commence à avoir des crises douloureuses dans l'hypocondre droit. La douleur commençait brusquement. Elle restait localisée dans l'hypocondre et ne s'irradiait pas. En même temps elle s'aperçoit d'une tuméfaction dans l'hypocondre, de la grosseur d'une mandarine, qui disparaît au bout de la crise. Ne se rappelle pas si elle a uriné ou non au moment de la crise. Depuis les crises sont très espacées, six mois, un an et plus. Mais depuis un an et demi elles sont plus rapprochées, survenant une ou deux fois par mois. Dans l'intervalle des crises, aucune douleur. La dernière crise, il y a un mois, les urines sont troubles. Avant les dernières crises, la malade ressentait une douleur au niveau de la partie antérieure externe de la cuisse droite (point fémoro-cutané) qui lui engourdisait la jambe. Aussitôt la douleur commen-

gait au niveau de l'hypocondre droit (partie latérale), la douleur de la jambe disparaissait. La dernière crise dure un jour et demi. La fin brusque. Vomissements, diarrhée, elle ne se rappelle aucun trouble urinaire.

Examen à l'entrée. — Gros rein droit abaissé, descendant jusqu'à une ligne passant au niveau de l'ombilic.

Radio : calcul du rein droit.

Douleur spontanée et provoquée dans l'hypocondre (sous-costal).

Cystoscopie. — Orifice urétéral droit boursoufflé, oedématisé béant. Éjaculation purulente nette. Cath. jusqu'à 12 cm. à obstacle. Une injection d'eau sous pression permet de faire monter la sonde. Calcul phosphatique vésical gros comme un noyau de cerise.

Ex. bact. : pus très abondant. Pas de b. de K. Nombreux coco-bacilles. Az. 0.396 — K. 0.101 — Alb. : 0.

La pyélographie montre une poche. Par comparaison avec la radiographie on constate que ce calcul se trouve dans la partie inférieure du bassinet.

Intervention, le 1^{er} septembre, par M. Papin. — Calcul du rein droit, radiographie et pyélographie.

Incision lombaire, rein abaissé, adhérent en bas au niveau du calcul. Ablation des adhérences. Incision du rein sur le calcul qui est enlevé. Elargissement de l'incision et mise en place d'un drain dans le bassinet. Rein relevé et fixé par deux fils après décapsulation sur 3 cm. de large, fixation à la paroi.

Suites normales.

Obs. IV. — (*Calcul du bassinet*). S.. P., 48 ans. Entré hématurie. Jamais de blennorragie. Rhumatisme articulaire aigu en 1916 et 17. 0 gr. 60 d'album.

En 1904, le malade commence à souffrir de l'hypocondre droit. La douleur localisée à un travers de doigt au-dessous de l'extrémité antérieure de la 10^e côte se manifeste par une sensation de coup durant une ou deux secondes et

puis aussitôt après une sensation de pesanteur au même endroit durant quelques heures. Ces petites crises sont intermittentes, plus rapprochées depuis quelques années qu'au début. Lorsqu'il ne suit pas le régime (s'il mange de la salade, des cerises, des crudités, etc.), trois ou quatre heures après il ressent une douleur forte de pesanteur, localisée dans la région sous-costale sans irradiation.

Depuis 1904 il présente des hématuries intermittentes survenant pendant un voyage ou bien sans cause, l'hématurie est totale, de coloration rouge clair, jamais de caillots. Il ne constate jamais un dépôt rouge brique dans son vase.

Les urines sont légèrement troublées de temps en temps. Pas de symptômes vésicaux.

Examen à l'entrée. — Rien à la palpation. Az-0,412. K-0,094. Alb. - 0,25.

Intervention le 13 octobre, par M. Marsan. — Rein gros très adhérent au pôle supérieur, néanmoins on peut extraire par la pyélotomie facilement un calcul juste à la limite pour l'extraction par cette voie.

Pas de suture du bassinnet, drainage de la fosse lombaire. Suites normales.

Obs. V. — A. H., 47 ans. Entrée : le 30 septembre 1910. Blennorragie, il y a 25 ans. Epididymite consécutive.

Il y a douze ans le malade commence à avoir des crises de coliques néphrétiques.

Le début de la crise est brusque. La douleur est localisée dans la région lombaire droite; s'irradie vers l'hypochondre droit et l'anneau inguinal du même côté, le malade ne sait pas sous quelle forme la douleur se présente. Au bout de trois ou quatre jours la douleur disparaît progressivement après l'élimination d'un calcul du volume d'un grain de plomb. Au moment de la crise il urine normalement. Jamais d'hématurie. Dans l'intervalle des crises, le malade ne souffre pas.

Il y a trois ans une autre crise, suivie de l'élimination d'un calcul du volume d'un haricot.

Il y a trois semaines, une autre crise. Durée huit jours. Après cette crise il y a eu une dysurie assez forte due à l'obstruction du canal par le calcul.

Le 30 septembre 1920 on lui enlève un calcul qui était engagé dans l'urètre antérieur.

Examen à l'entrée : On sent le pôle inférieur du rein droit qui est peu douloureux à la pression.

Point costo-musculaire para-ombilical et surtout point moyen à droite.

Urines légèrement troubles. Urine 6 à 8 fois le jour, 4 fois la nuit. Prostate normale. Noyau épидidymaire de la queue à gauche.

Obs. VI. — R. R..., 51 ans, entré le 20 novembre 1920.

Le malade entre à l'hôpital pour douleurs lombaires à droite.

Ant. — Blennorragie, il y a 15 ans.

Hist. mal. — Depuis 10 ans le malade souffre dans la région lombaire lorsqu'il est fatigué. Cette douleur est diffuse, n'est pas localisée dans une partie de la région lombaire.

Au mois de juillet 1918, les urines présentaient un dépôt rouge briqué. Le 11 novembre 1918, le malade est pris brusquement, après une fatigue, d'une douleur violente sous forme de tiraillement au niveau de la hanche (crête iliaque). Cette douleur montait vers la région lombaire et n'irradiait jamais vers la paroi abdominale. Dysurie et pollakiurie. Pas d'hématurie. Deux ou trois heures après on le piquait à la morphine et la douleur disparaissait aussitôt. Il n'élimine pas de calcul. Après cette crise il ne souffre pas.

Au mois de mars 1919, une nouvelle crise du côté droit. Les caractères de la douleur ont été les mêmes, comme ceux du côté gauche, la douleur est brusque au niveau de

la crête iliaque, irradiant vers la région lombaire droite et très peu vers l'hypocondre. La douleur n'irradiait jamais vers le testicule, ni suivant les nerfs de la paroi abdominale. Dysurie et pollakiurie. Urine peu chargée. Pas d'hématurie. Vomissements. Au bout de 4 ou 5 heures on le pique à la morphine et la douleur disparaît.

Depuis cette crise il y en a eu encore trois ou quatre du même côté, mais d'une moins forte intensité. Depuis deux mois les douleurs apparaissent lorsque le malade est fatigué ou s'il fait un voyage en chemin de fer, etc. (les secousses de la voiture provoquent des douleurs très fortes). La douleur est lancinante dans la région lombaire, s'irradiant vers l'hypocondre et le flanc et calmée par le repos.

Il y a 1 mois et demi, après une légère douleur dans la région lombaire droite, il éliminait un petit calcul après des phénomènes vésicaux.

Examen à l'entrée : Miction deux fois la nuit, quatre et cinq fois le jour : pas de brûlures à la fin. Urines légèrement troubles. On ne sent pas les reins. Point douloureux au-dessous de l'extrémité antérieure de la 12^e côte droite. Point para-ombilical à droite. La radio montre un calcul dans la partie supérieure du bassin.

Obs. VII. Rein mobile. — Mme M. E..., 47 ans, entre le 28 juillet 1920. La malade entre pour des douleurs dans la région lombaire droite.

Hist. mal. — Au mois de juin 1920, la malade présente des crises de pollakiurie (urine quelquefois toutes les demi-heures) diurnes et nocturnes. Elle n'accuse aucune douleur à la fin des mictions et ne sait pas si ses urines sont troubles ou non. Le 20 juillet en descendant d'un trottoir, elle est prise brusquement d'une douleur, sous forme d'un point profond à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. La douleur forte remonte vers la région lombaire droite. En même temps la malade accuse une gêne respiratoire assez forte ; elle se couche

mais la douleur ne disparaît pas. Le lendemain, elle continue à faire ses courses et la douleur augmente d'intensité. De temps en temps les douleurs s'apaisent, mais ne disparaissent jamais complètement. Par moment, lorsque la douleur est assez forte, elle a une poussée vésicale qui l'oblige d'uriner aussitôt. Le matin, en dehors des crises elle a eu des nausées sans vomissements. Pas d'hématurie. Pas de température. Jamais de dépôt rouge brique dans le vase.

Examen à l'entrée : Douleur continue et spontanée dans la région lombaire droite sous forme de picotements, avec irradiation dans l'hypogastre.

A la palpation, le rein droit est augmenté de volume, abaissé et réductible. Point para-ombilical, costo-musculaire, costo-vertébral à droite, mais rien à gauche. Toucher vaginal : point urétéral inférieur très douloureux. Az. 0,307. Const. 0,095. Albumine 0.

La pyélographie montre une petite hydronéphrose.

Intervention par M. Papin.

Hydronéphrose avec vaisseau anormal.

Section du vaisseau anormal et néphropexie pour rein mobile.

Suites opératoires normales. Disparition de la douleur.

Obs. VIII. Hydronéphrose. — Mme J. G..., 20 ans, entre le 22 juin 1920. La malade entre à l'hôpital pour oligurie.

Ant. héréd. — Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante.

Ant. pers. — Ophtalmie purulente. Bronchite depuis l'âge de 7 ans. Entérite depuis l'âge de 9 ans. Réglée à 11 ans.

Hist. mal. — Au mois d'août 1914, la malade est prise d'une crise douloureuse. Le début est brusque. La douleur, sous forme de tiraillements siégeant dans la région lombaire droite, s'irradie vers l'hypocondre droit, suivant le trajet de l'uretère, descendait dans la jambe droite jus-

qu'au genou. L'intensité de ces douleurs est tellement forte que la malade ne peut pas bouger sans l'exaspérer. Elle vomit plusieurs fois. En même temps elle a de la diarrhée et on constate dans les selles la présence de glaires et de sang rouge. La malade s'aperçoit que la partie droite de l'abdomen augmente de volume. Elle ne se rappelle pas si elle a uriné ou non au moment de la crise. Les douleurs sont paroxystiques ne cessant jamais complètement pendant la durée de trois semaines. La fièvre n'est pas très forte. Depuis cette époque la malade a eu encore plusieurs crises, mais l'intensité de ces crises est beaucoup moins forte que celle de la première.

Le 26 mai 1915 elle est opérée de l'appendicite par M. Broca aux Enfants Malades.

Six mois après, une nouvelle crise douloureuse. Le début est brusque. La douleur siège dans l'hypocondre droit, s'irradie dans la région lombaire droite suivant le trajet de l'uretère, jusqu'au genou, suivant la face antérieure de la cuisse droite. La douleur se manifeste par des élancements continus et des tiraillements dans l'hypocondre droit et la région lombaire droite. Elle a des nausées, mais ne vomit pas. Au moment de cette crise elle n'urine pas. Six heures après on lui fait une piqûre de morphine; la douleur cesse aussitôt la piqûre faite. Après avoir pris des tisanes diurétiques, elle commence à uriner, 12 heures après le début de la crise. La malade ignorait si les urines étaient troubles ou claires.

Dans l'intervalle des crises, la douleur est provoquée par un effort, ou bien la fatigue. En descendant les marches de l'escalier, la douleur apparaît dans la région de l'hypocondre et la région lombaire, sous forme de tiraillements. Cette douleur est passagère et se calme par le repos.

Au mois de mars 1920, étant enceinte de 7 mois, la malade est prise subitement de douleurs très intenses, beaucoup plus intenses que dans les crises précédentes. La douleur présente les mêmes irradiations que dans les cri-

ses antérieures. La fièvre monte à 40°, à de grandes oscillations. Frissons intermittents. Sensation de chaleur, reins froides. Elle n'urine pas pendant 15 jours. On est obligé de la sonder. Les urines sont très troubles et la malade dit qu'elle avait de l'albumine en ce moment.

Après l'accouchement, qui a eu lieu le 30 avril 1920, les urines deviennent plus claires, mais l'oligurie persiste (la malade urine 250 cc. à 500 en deux ou trois fois).

Examen à l'entrée : On sent le pôle inférieur du rein droit qui est augmenté de volume, mobile et douloureux à la pression.

La pression au niveau de l'hypocondre droit détermine une douleur, sous forme de tiraillement s'irradiant suivant le trajet de l'uretère.

Point costo-vertébral, costo-musculaire, para-ombilical, point de Hallé, à droite. Rien à gauche. Az. 0,220; Const. 0,100. Abum. traces.

Intervention le 5 juillet 1920, par M. Legueu. Néphrectomie pour hydronéphrose sur constante. Belle pyélographie avec distension moyenne. Néphrectomie droite sans drainage.

Examen anatomo-pathol. — Petit rein de forme longue; sans lésion apparente et avec un petit uretère. Le calice supérieur long, peut-être un peu rétréci à son origine, et même a des papilles légèrement refoulées et étalées. Le calice inférieur forme une large cavité dans laquelle débouchent tous les autres calices assez courts, avec papilles refoulées; surtout à la partie inférieure. Il ne paraît pas y avoir de lésion importante du rein, sauf peut-être une légère atrophie corticale.

Obs. IX. Hydronéphrose. — M. O..., âgé de 30 ans, entré le 8 septembre 1920, entre pour enflure de l'hypocondre gauche.

Hist. de la mal. — Au mois de septembre 1919, le malade éprouve une sensation de gêne dans la région lombaire

gauche, surtout accentuée après la fatigue. Par moment il a une douleur sourde localisée dans la région lombaire gauche et sans irradiation; il est obligé de se coucher. A ce moment il s'aperçoit d'une petite grosseur, du volume d'une noix dans l'hypocondre gauche qui apparaissait après les crises douloureuses. Un médecin consulté pense à une affection rénale, ordonne le repos au lit et les tisanes diurétiques. Pendant 1 mois, le malade reste dans le même état et, au bout de ce temps-là on commence à l'alimenter et il va mieux. En même temps, la grosseur disparaît et le malade ne souffre pas.

Un an après, le malade recommence à souffrir dans la région de l'hypocondre principalement et dans la région lombaire gauche, sans irradiation. C'est une sensation de gêne qui l'empêche de se coucher sur le côté droit. En même temps la grosseur de l'hypocondre apparaît augmentée de volume par moment et ne disparaît jamais. Par moment, les urines sont troubles. Jamais d'hématurie. Jamais de vomissements. Respiration assez courte. Constipation opiniâtre.

Examen à l'entrée : Sensation de gêne dans l'hypocondre gauche et la région lombaire.

Voussure de l'hypocondre gauche et de la région para-ombilicale. La tuméfaction s'arrête à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le sillon sous-costal est effacé. Les veines superficielles sont dilatées.

Percussion : la matité commence dans le sixième espace intercostal et se termine au niveau du bord inférieur de la voussure. Le ballottement rénal n'est pas très marqué. Pas de point douloureux très précis.

On peut dire qu'il existe vaguement un point para-ombilical, sous-costal et costo-musculaire gauche.

En arrière, la matité commence à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, et à deux travers de doigt en dehors de la colonne vertébrale.

La respiration est très diminuée dans la partie externe de la base gauche correspondant à la matité. Température 39°; pouls, 123. Urines légèrement troubles.

Intervention par M. Papin, le 10 septembre 1920. Incision de Pean, légèrement modifiée en arrière, en remontant vers l'angle costo-lombaire. Découverte de la poche. Ponction. Aspiration de 3 litres de liquide. La poche est incisée et séchée. Décollement du péritoine. La poche est décollée. On coupe et lie successivement les vaisseaux et l'uretère. Veines anormales au sommet. Suites opératoires normales.

Obs. X. (Pyélite).— Mme R. Th., 24 ans, entrée le 1^{er} novembre 1920. La malade entre à l'hôpital pour douleurs lombaires et pyurie.

Ant. — Régulée à 13 ans, depuis 2 ans et demi a des règles irrégulières. Pas de pertes verdâtres. Appendicectomie il y a trois ans et demi. Grippe en 1918. Pas de complications rénales.

Hist. mal. — Trois ou quatre mois après la grippe, la malade commence à souffrir de la région lombaire droite. La douleur est brusque, sous forme de coups de couteau, localisée dans la région lombaire droite, au niveau du point costo-musculaire, n'irradiant jamais ni du côté opposé, ni vers la paroi abdominale. La durée de cette douleur est de 2 ou 3 minutes. La douleur disparaît progressivement et, pendant 5 ou 10 minutes, elle a une sensation de battements dans cette région. La crise apparaît généralement lorsque la malade est fatiguée. Dans l'intervalle des crises elle ne souffre pas. Les crises sont intermittentes survenant tous les huit jours à nombre variable (quelquefois plusieurs dans la journée). Jamais de vomissements, ni de nausées. La malade est réveillée quelquefois dans la nuit par la douleur. A ce moment elle a une forte envie d'uriner (la crise diurne n'était jamais accompagnée de symptômes vésicaux). La douleur s'apaise par

une forte pression au niveau du point douloureux. Les urines sont troubles par moment. Jamais d'hématurie. Pas de dépôt rouge brique dans le vase. Jamais de calcul éliminé.

Examen à l'entrée : La malade urine 4 fois le jour, pas dans la nuit; pas de brûlure à la fin. Les urines sont légèrement troubles. Pas de douleur spontanée.

Défense musculaire légère dans l'hypocondre droit. On ne sent pas le rein. Point costo-musculaire très fort à droite. La pression au niveau du point para-ombilical gauche détermine une douleur dans l'hypocondre droit et au point para-ombilical droit. Point para-ombilical droit assez douloureux. Point urétéral moyen de Hallé. Point urétéral inférieur avec réflexe urétéro-rénal droit. Capacité vésicale 260 cc. Toucher vaginal : un utérus à rétroflexion. La corne vésicale droite est douloureuse avec réflexe urétéro-rénal.

La cystoscopie montre une vessie saine. On voit des éjaculations purulentes à droite. La radiographie est négative. Az. 0,315. Const. 0,87.

Obs. XI. (*Pyonéphrose*). — G. d., 57 ans. entrée le 28 juin 1920.

Ant. — Rien.

Il y a dix-huit ans cystostomie pour calculs vésicaux. Après la cystostomie, la malade continue à avoir des urines troubles, de la pollakiurie, plus jamais de sang, ni de calcul.

Depuis 2 mois la malade présente de l'amaigrissement et une faiblesse générale. En même temps que la faiblesse, une douleur lombaire s'installe des deux côtés, assez vive et sans irradiation. Cette douleur dure 1 mois, puis un jour les urines deviennent extrêmement troubles, avec un dépôt abondant de couleur blanchâtre. Depuis ce moment la douleur disparaît complètement. Il y a un mois, la

malade s'est aperçue que son ventre était par moment plat et d'autres fois plus gros, mais toujours sans douleur.

Examen à l'entrée : On sent dans la moitié droite de l'abdomen une masse volumineuse allongée, dont le grand axe est oblique en avant et en dedans, dont la face postérieure est perceptible dans la région lombaire. Le pôle inférieur arrive dans la partie inférieure de la région ombilicale, débordant du côté gauche la ligne médiane de deux travers de doigt. Cette tuméfaction a une largeur d'un bon travers de main et occupe toute la fosse iliaque, l'hypocondre et la fosse lombaire. Donne nettement le ballottement lombaire. Surface lisse légèrement bosselée, consistance nettement fluctuante. On peut se transmettre la fluctuation de la main abdominale à la main lombaire. La tumeur est indolente à la pression, nettement mobile transversalement et verticalement. Mate dans sa partie postérieure, sonore dans sa partie antérieure et moyenne. Az. 0,630. Const. 0,198. Album. 0,25.

Intervention le 9 juillet 1920 par M. Legueu. Néphrostomie pour pyonéphrose ascendante droite. Grosse pyonéphrose après taille hypo-gastrique pour calcul (longtemps après). Néphrostomie d'un rein très augmenté, mobile avec énorme cavité centrale suppurée, pyélique.

Obs. XII. (Pyonéphrose). — K. H., 38 ans, entrée le 28 avril 1920. La malade entre pour douleur dans la région de l'hypocondre droit.

Ant. — Régulée à 14 ans. Depuis le mois de février 1920, a des règles irrégulières. Congestion pulmonaire en 1913. Ablation du sein droit en 1914 pour ?

Hist. de la mal. — Au mois de février 1920, la malade est prise de douleurs dans l'hypocondre droit. La douleur s'irradie dans la région lombaire droite et suivant le trajet de l'uretère. Pas de température. Ballonnement du ventre du côté droit. Quelques filets de sang dans les urines. Douleur à la fin des mictions sous forme d'élan-

ments. Urines claires. Polyurie et pollakiurie nocturne deux à trois fois. Depuis, la malade a des crises intermittentes semblables à la première, mais d'une intensité moins forte. Pyurie depuis 15 jours, amaigrissement de 3 kgs.

Examen à l'entrée : Mictions, douleur à la fin : deux ou trois fois le jour, deux fois la nuit : pas de difficulté. Urines troubles.

Douleur spontanée sous forme d'élançements dans l'hypocondre droit, avec irradiation dans la région lombaire droite et le long de l'uretère.

Rein droit augmenté de volume, douloureux à la pression; son pôle inférieur descend jusqu'à une ligne passant au niveau de l'ombilic. Radio négative. Point costo-musculaire, para-ombilical, urétéral moyen à droite. Rien à gauche. Az. 0,230. Const. 0,077. Albumine 0.

Intervention par M. Marsan, le 7 mai 1920. — Néphrectomie droite pour pyonéphrose tuberculeuse. Rein très gros, de décapsulation très difficile. Uretère souple jusqu'au collet et ensuite distension du bassinet avec un rein déformé. Petit drainage.

Suites opératoires : 3 juin, abcès dans la fosse iliaque et incision. Guérison.

Obs. XIII. (Pyélonéphrite). — Mlle M. F., 15 ans, entrée le 5 juillet 1920. La malade entre pour douleurs lombaires.

Ant. — Réglée à 14 ans, règles toujours douloureuses. Pertes blanches depuis février 1920.

Hist. de mal. — Il y a 8 ans la malade ressent une douleur brusque et vive dans la fosse iliaque droite. Le ventre se ballonne. Nausées et vomissements. On l'hospitalise tout de suite à St-Joseph où on fait le diagnostic d'une appendicite. Un abcès se forme et s'évacue par le rectum. La malade reste au lit 28 jours. A ce moment aucun trouble urinaire. Depuis le mois de février la malade commence à avoir des douleurs lombaires des deux côtés, mais surtout à gauche et s'irradiant vers l'uretère. Les dou-

leurs diminuent avec le repos. Les urines sont troubles par moment. Jamais d'hématurie. Le 2 juin une douleur brusque apparaît dans le côté droit, surtout en avant. Cette douleur est analogue à celle de la crise appendiculaire. Le 3 juin la malade consulte dans ce service pour ses douleurs. Le soir on fait un cystoscopie. Le 4 juin la douleur devient vive à gauche et la malade vomit toute la nuit. Le lendemain la douleur a bien diminué.

Examen à l'entrée : Mictions indolores. Une miction nocturne. Urines couleur foncée, légèrement troubles. Douleur lombaire intermittente avec irradiation dans les uretères. On ne sent pas le rein. Point costo-musculaire à droite. Capacité vésicale 400 cc.

Cystoscopie : vessie de coloration normale. Sur la paroi postérieure grosse saillie paraissant être l'utérus (le col en rétroversion). Cathétérisme.

Rein droit : Nombreux polynucléaires. Pas de bacil. le Koch. Pas de microbes.

Rein gauche : Cellules. Pas de pus.

Radio négative.

Obs. XIV. (*Pyélonéphrite gravidique*). — A. B. 23 ans. Entrée le 22 juin 1920. La malade entre à l'hôpital pour légère douleur et fièvre.

Ant. héréd. — Père bronchite chronique. Mère, rien.

Ant. pers. — Rougeole à 16 ans. Réglée à 16 ans. Règles régulières.

Il y a deux mois, premier accouchement provoqué à 8 mois. Enfant vivant, malade pour le moment.

Hist. mal. — A 5 mois et demi de la grossesse, la malade commence à souffrir de la région lombaire droite. Douleur intermittente et revenant toutes les 4 ou cinq minutes pendant 15 jours, s'irradiant dans l'hypocondre droit et sans irradiation suivant le trajet de l'uretère. En même temps frissons, avec claquements de dents. Sueurs et sensation de chaleur. Vomissements. Urines troubles. Pas de polla-

kiurie, ni de dysurie, ni de douleur à la fin. Au début les crises sont plus rares et d'une intensité moins forte.

A la fin de la grossesse, vers la fin du 7^e mois, la malade commence à avoir de la pollakiurie. Elle urine toutes les demi-heures, le jour et la nuit; les urines sont très purulentes. Jamais d'albumine. Huit jours après l'accouchement, hémorrhagie utérine. Souffre moins, urines moins purulentes.

Examen à l'entrée : Mictions normales. Urines troubles. Douleur spontanée dans la région lombaire droite, avec irradiation dans l'hypocondre droit. Rein droit perceptible, non douloureux. Point costo-musculaire à droite. Pas de costo-vertébral, ni de para-ombilical. La cystoscopie montre une vessie normale.

Obs. XV. (*Cancer du rein*). — L. J. 40 ans, entré le 11 octobre 1920.

Hist. mal. — Il y a 6 mois première hématurie totale spontanée, sans cause appréciable, indolore durant trois jours.

Il y a un mois une nouvelle hématurie durant 6 jours. Le 3^e jour de l'hématurie le malade commence à souffrir du côté droit. Le début est brusque. La douleur, sous forme d'élançements, commence dans la région inguinale droite monte vers l'hypocondre et la région sous-costaie où elle reste principalement localisée. Sous l'influence d'une piqûre de morphine les douleurs s'apaisent. En dehors de la crise il n'a jamais souffert, sauf d'une sensation de pesanteur, légère et supportable dans les lombes.

Examen à l'entrée : Aucun trouble urinaire. On sent le pôle inférieur du rein droit qui est augmenté de volume, lisse, dure, sans bosselure. Lorsque le malade fait une forte inspiration on sent le rein glisser sous la main antérieure et remonter dans sa loge. Pas de points douloureux. K. 0,85. Az. 0,371.

Intervention le 29 octobre par le Prof. Legueu. Tumeur lombaire droite. Un rein mobile, pas très adhérent, pas très déformé dans son pôle inférieur. Uretère tout à fait normal. Néphrectomie. Fermeture complète sans drainage.

Examen anatomo-pathologique : Un rein augmenté de volume dans le sens antéro-postérieur. La lèvre antérieure du hile et la partie moyenne de la face antérieure étant refoulée en masse, tandis que la partie moyenne de la face postérieure présente une large bosselure. La moitié supérieure du rein montre une dilatation des calices, avec refoulement des papilles et une petite zone d'infiltration purulente dans le parenchyme. Autour des calices inférieurs de cette zone, petite production papillaire ou kystique indiquant une greffe secondaire du néoplasme. Le pôle inférieur du rein présente le même aspect. Quant à la partie moyenne du rein elle est constituée par une coque extrêmement mince de parenchyme rénal bordant une masse blanche et rosée dont le centre paraît nécrosé et qui a l'aspect d'un chou-fleur mou, d'un papillome du bassinet.

Obs. XVI. — M. G. M., 33 ans, entré le 28 juillet 1920. pour hématurie totale.

Ant. — Rien.

Hist. mal. — Depuis le mois d'avril 1919, le malade présente un dépôt rouge brique dans son vase. L'élimination du sable est précédée de quelque douleur dans la région lombaire gauche, sous forme de pesanteur et sans irradiation. Au mois de mars 1920, le malade a une hématurie totale, survenant sans cause, indolente. Le sang est rouge foncé avec des caillots allongés de 4 ou 5 cent. bouchant l'urètre. Le malade est sondé parce qu'il ne peut pas uriner à cause des caillots. Au bout de 24 heures, l'hématurie s'arrête sous l'influence du repos. Au mois d'avril il élimina quelques caillots sanguins allongés, mais les urines

restent complètement claires. Au mois de mai 1920, il présente une crise douloureuse du côté gauche. La douleur, dans la région lombaire gauche et dans l'hypocondre, sous forme de torsion et de tiraillements descendait vers la verge, suivant le trajet de l'uretère. Le point principal se trouve un peu en dehors de l'extrémité antérieure de la 10^e côte et au-dessous de celle-ci. La douleur se termine progressivement au bout d'une demi-heure environ. Pendant 4 jours il présentait plusieurs crises intermittentes semblables. Aucun trouble urinaire au moment de la crise. En dehors des crises il présentait une douleur sourde dans le point principal sous-costal. 5 jours après il eut une hématurie totale survenant au cours de son travail; hématurie sans cause, caractérisée par du sang rouge clair avec quelques caillots, s'arrêtant au bout de 24 heures sous l'influence d'ergotine. En même temps il souffrait beaucoup. La douleur, sous forme de torsion, commençait dans la région lombaire et s'étend dans tout le ventre; la douleur disparaît au bout de 48 heures, mais pendant 24 heures, après le malade a eu quelques caillots sans douleur. S'il est fatigué, s'il a fait des marches prolongées, il a remarqué que ses urines deviennent rouge foncé. Il souffre presque continuellement d'une douleur dans le flanc gauche et le point sous-costal. Un amaigrissement de 5 kgs depuis un an.

Examen à l'entrée : Le malade est gras, difficile à examiner. On sent le pôle inférieur du rein gauche mobile. Point costo-musculaire, para-ombilical à gauche.

K. 144. A cause de la K. élevée on n'opère pas le malade.

Le 13 novembre, le malade entre de nouveau à l'hôpital pour des douleurs continues du côté gauche.

Examen à l'entrée : On sent le rein très augmenté de volume, dur, peu mobile; son pôle inférieur descend à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. K. 0,198.

Obs. XVII. (*Rein polykystique*). — Mme G., 52 ans, entre le 30 mars 1920. La malade entre à l'hôpital pour douleurs dans la région lombaire et l'hypocondre gauche.

Ant. — Rien.

Le 19 janvier 1919, la malade est prise d'une hématurie spontanée survenant sans cause, hématurie totale s'arrêtant progressivement au bout de quelques jours ; en même temps elle souffre de douleurs dans la région lombaire gauche, douleurs sous forme de tiraillements continus avec paroxysme.

Depuis le mois de novembre 1919, la malade souffre davantage ; la douleur dans la région lombaire, sous forme de tiraillement, est continue, augmente d'intensité avec la fatigue, irradie vers l'hypocondre, l'épigastre et dans la cuisse jusqu'au genou suivant la face antérieure. De temps en temps elle souffre de douleurs légères dans la région lombaire droite. Pas de signe de brightisme.

Examen à l'entrée : La malade urine 6 à 8 fois dans la journée, 2 fois la nuit en assez grande quantité. Urines claires. Douleur spontanée dans la région lombaire gauche et dans l'hypocondre gauche. Le rein gauche, augmenté de volume, dur, ne présente pas de bosselures. Son pôle inférieur descend presque au niveau de l'ombilic. On ne sent pas le rein droit. Point para-ombilical et costo-musculaire à gauche. Pyélographie négative. Az. 0,452. K. 0,127. Album. 0.

Intervention le 1^{er} avril 1920 par M. Papin. Incision lombaire ; on tombe sur un rein dont on reconnaît de suite la nature polykystique ; il est entièrement dégénéré et de volume moyen. Après quelques hésitations, considérant les hématuries et les très violentes douleurs de la malade, on se décide à faire la néphrectomie.

Suites opératoires normales. Elle sort le 27 avril guérie, avec 800 à 1000 gr. d'urines. Au mois d'août, la malade allait très bien et ne souffrait plus.

Obs. XVII. (*Tuberculose*). — F. M., âgé de 25 ans, entré le 29 octobre 1920.

Ant. — Rien.

En mai 1920, une hématurie attire l'attention du malade. Il émet un caillot peu allongé, épais au début de la miction. La fin de la miction est normale, non colorée par le sang. Pas de douleur ni avant, ni pendant ni après la miction. Le malade ne remarque pas de pus dans ses urines. A partir de ce moment, une pollakiurie s'installe (5 fois la nuit) 15 jours après l'émission d'un caillot, exactement comme la première fois. Pas de pus dans les urines. La pollakiurie subsiste. Jamais aucune douleur lombaire.

Examen à l'entrée : Aucune douleur spontanée. Pollakiurie surtout nocturne (4 à 5 fois). Urines troubles à l'émission. Température 37°5, 38°3. Les reins ne sont pas perceptibles. Point para-ombilical à droite.

Prostate, lobe droit très augmenté de volume dur, irrégulier, très douloureux. Noyau épидидymaire de la queue bien marqué à droite ; noyau à gauche moins marqué.

Examen bactériologique :

Rein droit. — Nombreuses cellules, rares polynucléaires, assez nombreux bacilles de Koch en amas.

Rein gauche. — Nombreuses cellules, quelques polynucléaires, quelques bacilles de Koch.

Obs. XIX. — L. Ch., 30 ans, entré le 5 août 1920.

Ant. — Rien.

Il y a 8 ans, le malade tombe et se contusionne les bourses. A la suite de cette contusion il se déclare un hématome des bourses que le malade soigne par des cataplasmes. Un mois et demi après l'accident il se forme un abcès au niveau du testicule traumatisé qui s'ouvre spontanément et laisse à la suite une fistule qui se ferme complètement 2 mois après.

Il y a un an, le malade commençait à présenter des dou

leurs légères comparées à une sensation de brûlure dans le fondement, avec irradiation tout le long de l'uretère jusqu'au méat. Douleur passagère et intermittente survenant aussi bien à l'occasion des mictions qu'en dehors de celles-ci. En même temps le malade présente une pollakiurie diurne et nocturne ; les mictions sont douloureuses surtout à la fin ; la douleur se prolongeait parfois pendant 1/4 d'heure après chaque miction.

Il y a 6 mois le malade remarque à la fin de la miction, et celle-ci étant terminée, l'issue par l'uretère de quelques gouttes d'un liquide jaunâtre, non visqueux qu'il compare à du pus. Jamais d'écoulement dans l'intervalle des mictions. Les érections sont très douloureuses. Depuis un mois il accuse de temps à autre des douleurs légères dans la *région lombaire droite*, avec irradiation vésicale, surtout accusée pendant la marche. Pollakiurie tous les 1/4 d'heure le jour et la nuit. Pyurie et polyurie troubles. Quelques filets de sang à la fin et brûlures.

Examen à l'entrée : On ne sent pas le rein. Pas de douleur aux points urétéraux, supérieur et moyen du côté gauche ; du côté droit, la palpation profonde réveille une douleur au point para-ombilical. Capacité : 30 cc. Toucher rectal : prostate normale ; la vésicule droite est nettement augmentée de volume, douloureuse, sans noyau.

Du côté droit : cicatrice testiculaire antérieure. On sent trois nodosités douloureuses à la pression, dures. Le déférent est un peu augmenté de volume, par comparaison avec le côté gauche. On ne peut pas le suivre, comme à gauche, jusqu'à la queue de l'épididyme. Testicule gauche normal ; inversion.

Intervention le 1^{er} septembre par M. Papin. Incision à droite. Rein sain en hypertrophie compensatrice. Incision à gauche. Rein très gros, bourré de tubercules superficiels. Gros uretère. Suites opératoires normales.

Examen anatomo-pathologique : Gros rein déformé par la présence de larges bosselures et de nombreux tuber-

cules superficiels. Gros uretère épais, dilaté, ulcéré, avec péri-urétérite. Ulcérations généralisées, avec destruction étendue du parenchyme rénal.

Obs. XX. (*Tuberculose*). — B. Ch., 45 ans entre le 5 octobre 1920.

Ant. pers. — Blennorragie à 16 ans. Epididymite droite il y a 17 ans (bacillaire?) Sciatique il y a 12 ans.

Hist. mal. — Il y a 12 ans, première crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, durant deux jours. Il y a trois ans, nouvelle crise : le début est brusque, la douleur sous forme de constriction commence dans la région inguinale droite, remonte vers l'hypocondre et la région sous-costale droite. La terminaison est brusque. Nausées sans vomissements. Constipation. Durée des crises : 4 jours. Au moment de la crise, la malade s'aperçoit que la région de l'hypocondre droit augmente de volume ; il ne présente pas de troubles urinaires (il ne s'aperçoit pas que les urines sont troubles). Jamais d'hématurie. Nouvelle crise il y a un mois et demi, avec rémission et paroxysme, semblable à la première, durant 27 jours. Pollakiurie (4 à 5 fois le jour, 3 fois la nuit). Pyurie légère.

Examen à l'entrée : On sent le rein droit augmenté de volume, dur, non douloureux à la pression. Son pôle inférieur descend à un travers de doigt au-dessous d'une ligne passant au niveau de l'ombilic. Point para-ombilical à droite. Uriné trois à quatre fois le jour, deux à trois fois la nuit. Après chaque miction il ressent une sorte de pesanteur vésicale sans brûlure. Urines troubles. Noyau épiddymaire céphalique à droite.

Intervention le 20 octobre 1920 par M. Petit Dutailis. Néphrectomie droite pour tuberculose. Rein totalement transformé en une série de poches, larges, fluctuantes à parois très minces. Mais un gros uretère, dilaté, épaissi, non oblitéré, entouré de péri-urétérite, fibro-adipeuse. Ouvert, le rein se montre constitué par des poches lisses, à

contenu liquide semi-caséux. Il persiste à la partie inférieure interne du rein une petite zone de parenchyme, largement d'ailleurs, ulcérée. Cette zone est drainée par un calice à parois épaisses et très ulcérées. Les calices supérieurs et moyens sont oblitérés à leur extrémité distale au contact des poches tuberculeuses.

Obs. XXI. (Néuralgie). — Mme L. Ch., 47 ans, la malade entre à l'hôpital pour douleurs lombaires gauches.

Ant. — Fièvre typhoïde à 16 ans. Hystérectomie pour fibrome à 30 ans. Trois accouchements normaux et deux fausses couches. Sciatique en 1916 : injection épidurale.

Hist. mal. — Au mois d'août 1919, la malade portant une trentaine de draps sur son bras gauche, ressent en montant un escalier un craquement dans le dos. Aussitôt après elle se trouve mal. Elle a une douleur forte dans la région lombaire et en même temps elle a de la dyspnée. Une demi-heure après la douleur s'apaise. Depuis ce moment elle souffre presque continuellement. Au mois d'octobre, après une fatigue, la malade commence à avoir des crises douloureuses : le début est brusque. La douleur sous forme de tiraillements commence dans la région lombaire gauche, s'irradie en haut, vers la colonne vertébrale ; en bas vers la face postérieure de la cuisse, vers l'hypochondre, et quelquefois vers l'hypogastre et suivant la face antérieure de la cuisse gauche jusqu'au genou. Légère fièvre. Nausées, pas de vomissements. Elle urine normalement, les urines sont claires.

A la fin d'octobre, au moment d'une nouvelle crise, elle n'urine pas, elle reste deux jours sans uriner. Le 3^e elle commence à uriner goutte par goutte ; les besoins sont fréquents. Elle souffre pendant toute la durée de la miction ; dans l'intervalle des crises, la malade a une douleur sourde dans la région lombaire. Quelquefois en se couchant sur le ventre et du côté gauche, la douleur s'apaise.

Examen à l'entrée : Douleurs provoquées : point douloureux à trois travers de doigt en dehors de l'apophyse épineuse de la 2^e lombaire. Une zone douloureuse oblique de haut en bas et de dehors en dedans à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, se prolongeant en bas vers l'hypogastre, vers l'épine du pubis. En somme, toute la région para-vertébrale-lombaire gauche est douloureuse, mais avec le maximum d'intensité aux points mentionnés ci-dessus. La pyélographie montre un bassinet normal. La radiographie de la colonne lombaire ne montre pas de lésions de mal de Pott, ni de sacralisation de la 5^e lombaire.

Obs. XXII. (*Hystérie*). — Mlle M. N., 19 ans, entre le 22 novembre 1920. La malade entre pour pollakiurie et brûlure à la fin des mictions.

Ant. — Réglée à 13 ans, régulières, grippe en 1918, crise de nerfs, hémoptysie il y a 6 mois, pertes blanches il y a un mois.

Hist. mal. — Il y a un an les urines deviennent troubles (au dire de la malade), elle ne présente aucun trouble vésical ; il y a 6 mois la malade commençait à uriner plus souvent : pollakiurie 5 à 6 fois le jour, 2 ou 3 fois la nuit ; souffre pendant et à la fin des mictions. Au bout de 10 jours ces symptômes disparaissent sans aucun traitement.

Il y a trois semaines les symptômes vésicaux ont recommencé : pollakiurie 6 à 7 fois le jour, 3 fois la nuit, toujours en très petite quantité. Lorsqu'elle se fatigue elle éprouve un besoin impérieux d'uriner, au contraire quand elle est au repos elle urine beaucoup moins. Elle souffre sous forme de brûlure pendant et après la miction, 10 ou 15 minutes. Jamais d'hématurie, jamais de douleurs lombaires, douleurs siurdes paroxystiques intermittentes dans l'hypocondre droit, sans irradiation. Depuis le 15 novembre elle est alitée, les symptômes sont atténués.

Examen à l'entrée : Urine 6 fois le jour, 3 fois la nuit,

brûlures à la fin, urines complètement claires à l'émission.

La pression au niveau de l'hypocondre droit détermine une douleur dans l'hypocondre gauche et la pression au niveau de l'hypocondre gauche provoque une douleur dans l'hypocondre droit. Pas de points urétéraux. Capacité vésicale : 240 cc.

La cystoscopie ne montre aucune lésion de la vessie.

L'examen fonctionnel des deux reins ne montre aucune déficience rénale.

OBSERVATIONS NON PERSONNELLES

Observations de Newman. — **Obs. XXII.** — 1° Calcul ayant la forme du moulage du bassinnet droit. Hématurie. Douleur limitée à la région lombaire gauche depuis la crise, pus venant de l'uretère droit seulement. Ombre sur la radio à droite. Ablation du calcul, suivie de disparition de la douleur. Le malade âgé de 67 ans fut amené à l'hôpital de Glasgow, il présentait une douleur dans la région lombaire gauche. La douleur apparaît il y a 18 ans limitée à la région du rein gauche avec l'hématurie et pollakiurie. Depuis 1896 jusqu'au début de 1914 il n'avait pas eu de crises. Après une journée de travail il fut pris dans la nuit d'une violente douleur dans la région lombaire gauche avec vomissements. Cet état dure 1 heure et demie et disparaît soudainement, après quoi le malade rendit beaucoup de sang. Ces crises se répétaient plusieurs fois et graduellement les douleurs et la sensibilité devenaient continues. La pollakiurie fit son apparition 8 fois le jour et 3 fois la nuit. Chaque fois qu'il se retournait au lit il avait mal dans la région lombaire gauche, l'urine était normale sauf un peu de pus et d'albumine. Ni sang, ni sucre. La palpation révélait seulement un peu d'augmentation de résistance des deux régions rénales en avant

comme en arrière une pression un peu accentuée dans n'importe quelle région rénale amenait de la douleur dans la région lombaire gauche.

Au Cysto, l'orifice urétéral droit rétracté avec bords épais et injectés et du pus sortant par intervalle. L'orifice urétéral gauche normal. En présence des résultats de la cysto on douta de l'état du rein droit et la radio montra une ombre dans la région du bassinet droit. Une 2^e radio même résultat. L'opération 31 août 1914. Le Docteur Newman ouvrit le rein, et enleva du bassinet un gros calcul.

Le calcul avait 2 isch de long et était un moulage du bassinet. Suites opératoires normales. Disparition de la douleur dans la région lombaire gauche.

Obs. XXIV. — 1^o Petit calcul d'oxalate de chaux au pôle inférieur du rein gauche. Principaux symptômes : irritation urétérale ; spasme, incontinence nocturne, légère pyurie, douleurs attribuées à du lumbago, ombre à la radio. Néphro-lithotomie, guérison.

Le malade âgé de 39 ans, reçut le conseil de me consulter à cause des douleurs dans l'uretère et parfois la difficulté de la miction avec pyurie. Il déclarait qu'il se soignait pour un lumbago depuis 3 ans, et que la douleur urétérale était presque continuelle pendant les six derniers mois, avec pollakiurie (7 fois le jour et 6 fois la nuit) ce qui l'empêchait de dormir c'était la pollakiurie, il avait souvent de l'incontinence nocturne. Il avait la blennorragie en 1902 et bien que n'ayant rien eu depuis, il craignait d'avoir un rétrécissement. Il n'avait pas d'histoire d'hématurie et le dépôt dû à l'infection colli-bacillaire était toujours peu important.

Une grosse bougie passa sans mal. A la cysto, vessie normale. L'orifice urétéral gauche était rond, dilaté, et se contractait bien entre les éjaculations. L'orifice droit était normal, éjaculations 18 à gauche et 12 à droite en

5 minutes. L'urine du rein gauche était un peu nuageuse et celle du rein droit claire. Pas de modification appréciable de la muqueuse urétérale. L'urine contenait du pus et de l'oxalate de chaux. La palpation des reins n'était pas facile à cause de l'épaisseur de la paroi. La radio montre l'ombre du rein gauche. Un petit calcul irrégulier fut enlevé du pôle inférieur du rein gauche. Suites opératoires bonnes et rapides. Disparition de l'irritation urétrale et de la pollakiurie.

Obs. XXV. — 3° Le diagnostic fut la cystite aiguë, histoire de l'irritation aiguë du côté de la vessie, pyurie constante, hématurie occasionnelle et pas de douleurs lombaires. Pollakiurie remarquée et douloureuse. Pas de calcul vésical, ni bacille tuberculeux dans l'urine. A la cysto on voit du sang s'échappant de l'uretère droit et seulement une légère hyperémie de la vessie. A la radio ombre dans le rein droit. Ablation d'un calcul phosphaté disparition des symptômes. Lorsqu'on examinait le malade il se plaignait des douleurs et de la pollakiurie et rapporte sa douleur au col vésical. Il urinait chaque demi-heure. Pas de douleur spontanée dans la région rénale. Le malade consulte plusieurs chirurgiens éminents et d'après les symptômes ils conclurent à la cystite aiguë. Ceci était confirmé par l'absence des douleurs lombaires. La cysto pendant l'hématurie montra que celle-ci était d'origine rénale. L'aspect de l'orifice urétéral attira aussi l'attention, et une radio compléta le diagnostic, un calcul phosphatique fut enlevé et les symptômes disparurent.

Obs. XXVI. — Pollakiurie. Légère hématurie. Douleur testiculaire marquée. Testicules normaux et pas de douleurs rénales à la palpation. Pas d'ombre à la radio. Pas de bacille tuberculeux trouvé dans le 1^{er} temps. Plus tard pyurie et bacilles tuberculeux. Nephrectomie. Disparitions des symptômes.

En septembre 1909 le malade nota qu'il devait se lever la nuit plus souvent que d'habitude, et en décembre suivant consulta son médecin car il semble avoir une petite quantité de sang dans l'urine. On lui ordonna le lit. L'hématurie disparut au bout d'une semaine. Entre cette époque et juin où il vint me consulter, la pollakiurie monta à 6 et 7 fois, pendant le jour il ne pouvait plus attendre une demi-heure. Pas de douleurs pendant ou après la miction. Mais ce dont il se plaignait surtout c'était d'une douleur au testicule plus marquée la nuit et l'empêchant de dormir. Il n'a pas de reprise de l'hématurie. L'urine était claire. Poids spécifique 1008. Elle déposait légèrement. Le malade était grand, mince anémique. L'examen était facile. Les testicules et cordons entièrement normaux, mais sensibilité à la pression au testicule droit. Rien d'anormal dans le rectum le malade ne se plaignait jamais de douleurs spontanées dans les régions rénales, mais à la palpation on trouve un peu d'augmentation du rein droit. La palpation augmentait la douleur testiculaire, lorsqu'il se couchait du côté qu'il souffrait le moins.

A la cysto vessie normale, mais l'orifice urétéral droit trop proéminent avec lèvre épaissie. On fit un traitement palliatif. Mais je soupçonnais le rein droit la cause des troubles. Pas d'ombre à la radio. Pas de bacilles tuberculeux.

En décembre, la même année, le malade revient et me dit qu'il s'était soigné et que son urine déposait fortement depuis une semaine. L'examen bactériologique et l'inoculation montraient cette fois le bacille de Koch à part cela les symptômes sont restés les mêmes sauf que le rein droit était plus facile à sentir. Le rein droit exploré on trouva un foyer de dimension moyenne au pôle inférieure et trois autres tubercules dans le corps de l'organe. On enleva le rein. Douleurs testiculaires à droite et pollakiurie disparurent.

Obs. XXVII. de *Bécus, Herpès, Zoster (Zona)*. — M. G., 58 ans. Gravelle uro-oxalique. Depuis 16 ans souffre de coliques néphétiques à répétition avec expulsion de sable et de graviers qui ont fait penser à l'existence de calcul. Ces radiographies ont toujours été négatives. Depuis trois ans certaines crises de coliques néphrétiques ont été mises sur le compte néphroptose du côté gauche. Les douleurs sont presque constantes depuis 4 mois. Il n'y a pas eu d'expulsion de sable depuis six mois. Tout exercice un peu violent et un peu prolongé est douloureux. A la palpation le rein est sensible très nettement accessible en position basse et très mobile. Urine contenant 1 gr. 10 d'acide urique et de grandes quantités de cristaux d'oxalate de chaux.

Rien de particulier pour les autres organes.

Jusqu'au dix-huitième jour de sa cure, aucun incident. Diurèse rapidement établie, abondante, avec évacuation sableuse. Il n'y a aucune modification des douleurs. Il avait pendant les trois dernières nuits quelques crises paroxystiques de courte durée, une demi-heure à une heure dans la région lombaire et surtout avec des irradiations sur la paroi abdominale jusqu'au pli de l'aîne. Ce jour-là la palpation rénale est très douloureuse. Il semble qu'il y ait un léger degré d'hyperesthésie de la paroi abdominale. Le malade met ces phénomènes sur le compte de la néphroptose, il dit en avoir éprouvé de semblables.

Au dix-huitième jour, la crise néphrétique franche avec hématurie légère durant six heures. Le lendemain expulsion de sable et de graviers uro-oxaliques de la valeur d'une cuiller à café et d'un petit calcul unique.

Deux jours après, la crise paraissait diminuée, quand le malade éprouva un malaise génital avec fièvre légère 37°8, les douleurs sont apparues violentes comme une brûlure superficielle à la partie inférieure de la paroi abdominale, surtout à partir de l'épine iliaque dans l'angle limité

par l'arcade crurale, et la ligne médiane se prolongeant au-delà du pli de l'aîne et jusque dans les bourses.

Les douleurs sont spontanées, coupées toutes les deux ou trois heures de crises paroxystiques si douloureuses que le malade réclame de la morphine.

Ces douleurs étaient augmentées par la pression profonde, les efforts de toux et de défécation, de plus on constatait dans toute cette zone de l'hyperesthésie très nette au contact et à la température. Même état douloureux pendant 48 heures.

Le troisième jour, apparition d'un érythème assez accentué, surtout à la partie toute inférieure de la paroi inférieure de la paroi abdominale du pli de l'aîne, et à la partie supérieure de la cuisse. Erythème très douloureux. Il y avait aussi sous le rebord inférieur des fausses côtes à 3 cm. sur la ligne mamillaire une zone douloureuse mal limitée avec un placard érythémateux ayant environ 4 cm. sur 5. Le lendemain on voyait une éruption de zona typique en quatre foyers.

1° En arrière, au niveau et un peu à droite de la première lombaire, 12 à 14 vésicules sur un tout petit érythème.

2° Sur la crête iliaque à 4 cm. en arrière de l'épine quelques vésicules isolés.

3° Le foyer le plus important au-dessous de l'épine, au-dessus et au-dessous du pli de l'aîne, en deux amas ayant chacun un peu plus de la surface d'une pièce de 5 francs se prolongeant en bas sur la cuisse jusqu'à 5 cm. pour quelques vésicules disséminés sur l'érythème.

4° A la hauteur de l'ombilic sous la ligne mamillaire 6 vésicules sur le placard érythémateux.

Evolution normale de ce zona pendant 15 jours, mais durant les 5 premiers jours les douleurs furent très violentes. Très atténuées au vingtième jour sans hyperesthésie, elles persistèrent environ six semaines. Depuis qua-

tre ans il n'y a pas eu de zona, mais le malade se plaint de névralgies sur les anciens trajets douloureux à chaque crise néphrétique.

Obs. XXVIII. — *Rupture du rein de Lardennois.* — 35 ans entrée dans le service du docteur Reclus, le 13 février 1917.

Cette femme nous raconte son histoire de la façon suivante : Il y a sept ans, lors d'un incendie elle saute du troisième étage et tombe sur le dos, elle perd connaissance, on la transporte à l'hôpital de Dublin, à son arrivée elle a une hématurie assez abondante.

Le lendemain l'état général est meilleur, mais elle ressent une douleur vive dans tout le côté droit. Au bout de quelques jours surviennent des frissons, des sueurs, de la fièvre, la température atteignant 39° le soir. La douleur augmente, l'hématurie ne s'est pas produite.

Au bout de 15 jours on se décide à l'opérer. Nous ne possédons sur l'opération que les renseignements incertains fournis par la malade. On emploie la voie lombaire. On trouve une cavité contenant du pus et du sang. On draine et on tamponne sans intervenir directement sur le rein. Le lendemain il se produit une très grande amélioration qui se maintient par la suite. Au bout de 15 jours le drain est retiré, la plaie se referme complètement sans fistule.

Actuellement il reste une cicatrice irrégulière de 15 cm. qui représente plusieurs points faibles avec tendance à l'éventration.

Pendant quatre ans la malade n'a pas souffert de son rein elle n'a ressenti que deux petites attaques analogues à celle dont elle souffre à l'heure actuelle, mais beaucoup moins intenses.

Ces crises ont débuté il y a trois ans.

L'une éclate sous nos yeux le 23 février 1907.

La malade ressent brusquement une douleur très vive

dans la région lombaire droite. Ce début a lieu aussi souvent la nuit que le jour. La douleur s'irradie dans l'épigastre et dans tout l'abdomen. Mais, le maximum siège au niveau du rein dans une région qui correspond à la cicatrice. La malade n'a pas de vomissements, pas de nausées, sa température est normale, mais elle urine en très petite quantité de 500 à 600 grammes environ. Les urines contiennent de 50 cgr. à 1 gramme d'albuminē. Pendant toute la durée de la crise on peut sentir par le palper abdominal dans la fosse lombaire droite une masse douloureuse qui semble être le rein droit doublé de volume et abaissé. Cette recherche est très pénible pour la malade, elle souffre très vivement dès qu'on palpe sa cicatrice. La région lombaire est tendue. La crise se prolonge de deux à trois jours avec des paroxysmes douloureux très marqués. Puis les douleurs cessent, la malade a une décharge urinaire qui va jusqu'à 3 ou 4 litres. A partir de ce moment on ne sent plus le rein dans la fosse lombaire. Ces crises surviennent d'une façon irrégulière. La malade reste quelquefois plusieurs mois sans s'en ressentir.

Elle est soignée salle Gosselin, par le repos au lit, des tisanes, et de l'urotropine.

Elle refuse l'intervention qu'on lui propose et quitte l'hôpital. Nous l'avons revue en 1917 très amaigrie, dans un état de santé pitoyable, mais ne voulant pas entendre parler d'opération.

Obs. XXIX. — *M. Marsan.* — *Néphrite et péri-néphrite, chronique, douloureuse, réno-décortication et fixation par les lambeaux capsulaires. Guérison.*

6^e C. D... âgée de 29 ans, entre à la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, le 5 mai 1909 pour des douleurs dans la région lombaire droite.

Menstruation irrégulière 4 à 5 fois par an. A dix-huit ans elle a eu une bronchite qui l'a gardée près d'un mois

au lit. Plusieurs fois elle a dû interrompre son travail dans l'atelier de boutons où elle est employée en raison de ces bronchites répétées. Il y a 3 mois une nouvelle crise de bronchite aiguë avec fièvre nécessita son entrée à l'hôpital Tenon. Il y a trois ans elle accoucha d'un enfant vivant et bien portant.

Il y a deux ans à la suite d'une chute, la région lombaire porta violemment sur le dossier d'un lit. Elle éprouva une très vive douleur et dut rester couchée huit jours dans l'impossibilité absolue de remuer les jambes. Le moindre mouvement réveillant de très grandes souffrances dans la région traumatisée. Ces douleurs étaient continues, siégeant dans la fosse lombaire gauche et s'irradiant dans la région hypo-gastrique. Elle compare ces douleurs à des pincements de piqûres d'aiguilles, qui rendraient toute palpation impossible. Les urines restèrent normales et elle n'eut pas d'hématurie, au bout de huit jours elle reprend son travail d'atelier, mais les douleurs qui étaient seulement localisées à gauche apparaissent aussi à droite. Elle souffrait tant qu'il lui était impossible de terminer ses journées de travail et elle devait rentrer chez elle, s'allonger pour obtenir un soulagement. Depuis un an les douleurs qui persistent toujours à gauche sont tolérables et c'est plutôt de la gêne qu'elle ressent que de la souffrance. Par contre à droite elles sont devenues si accusées qu'elle s'assied avec précaution, marche péniblement et monte péniblement dans son lit. Le moindre mouvement donne lieu à une sensation de déchirement dans la fosse lombaire droite et elle est tout à fait incapable de se retourner dans son lit. Pour calmer cette douleur constante qui ne procède jamais par crise et n'irradie pas le long de l'uretère, elle a recours à la position demi-assise, les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen. Au moment des règles les douleurs sont peut-être un peu plus vives. Depuis un mois après le traumatisme, les urines sont deve-

nues troubles, mais jamais elles n'ont contenu de sang, aucun trouble de la miction.

Le 26 mai 1909 elle entre à l'hôpital Tenon pour bronchite aiguë avec fièvre, sensation de défaillance. Pas d'enflure des jambes, pas de céphalée, mais urines troubles. On fait l'examen des urines qui donne le résultat suivant : ni sucre, ni albumine, dans le dépôt se trouvent de nombreux leucocytes, une grande quantité d'hématies, beaucoup de cellules pavimenteuses et nombreux microbes de fermentation. A la suite de cet examen elle est dirigée dans le service de M. Albaran.

A son entrée le 5 mai 1909, la malade a de la fièvre mais l'état général n'est pas mauvais. Elle ne tousse plus et ses symptômes de bronchite ont presque complètement disparu. Elle se plaint de douleurs dans les deux fosses lombaires à peine marquées à gauche, très vives à droite. Ces douleurs gardent le même caractère que nous avons décrit.

A gauche la palpation de la fosse lombaire est douloureuse et cependant on n'arrive pas à sentir le pôle inférieur du rein, bien que l'on déprime assez facilement les muscles de la paroi.

On réveille en avant de la douleur au niveau des points para-ombilical, de Tourneux, inguinal, sus-intra-épineux. A droite la palpation de la fosse lombaire est tout à fait indolore. On sent une grosse tumeur de la grosseur du poing, dure, lisse, régulière, mobile qui descend à quatre travers du doigt au-dessous des fausses côtes et que l'on n'arrive pas à réduire. Le toucher vaginal montre un col mou et allongé, l'utérus est en antéflexion. Le doigt réveille une douleur assez vive au niveau du point urétéral gauche inférieur.

A part quelques petits râles de bronchite disséminés dans les poumons, on ne trouve la trace d'aucune lésion. Rien dans les autres organes. L'état général est bon.

Urines. — Les urines sont normales en quantité, mais légèrement troubles. Pas d'hématuries, pas de troubles de la miction.

L'examen cystoscopique montre une vessie normale avec des orifices urétéraux normaux. L'examen fonctionnel montre que le rein droit bien qu'il fût douloureux, fonctionnait bien et que le rein gauche lui était inférieur. Aussi M. Lenormand en raison des caractères de la douleur et du résultat de cette exploration fonctionnelle, pense à une périnéphrite douloureuse.

Opération le 23 janvier 1909. Incision lombaire droite, grosse périnéphrite fibro-lipomateuse qui entoure complètement le rein et lui adhère fortement. On dégage cependant la glande assez facilement de sa capsule adipeuse. Le rein est abaissé, augmenté de volume. La coloration est normale, sa consistance régulière, sa surface lisse ; le bassinnet est normal ; pas de distension, aucune sensation de calcul, l'uretère que l'on suit sur une longueur de 10 centimètres est tout à fait normal. Réno-décortication, fixation du rein par des lambeaux capsulaires. Drainage.

Suites opératoires excellentes, les douleurs ont complètement disparu. Nous avons eu des nouvelles de la malade six mois après l'opération et elle continuait à se bien porter.

N°	NOM	Sexe	Côté	Symptômes cliniques	QUANTITÉ injectée	Douleur spontanée
1	RO.....	F	D.	Crises douloureuses à droite avec irradiations à l'épigastre, au rein gauche, à la cuisse dr. Hyperesthésie cutanée.	15 ^{cc} Collargol 20 p. 100	Région sous-costale et angle costo-lombaire.
2	MA.....	H.	G.	Douleurs à gauche depuis un an survenant par crises, surtout après la marche, sous les 3 ou 4 jours depuis 4 ou 5 mois. Gonflement du flanc avec contracture. Irradiations au testicule et à la cuisse.	28 ^{cc}	Région sous-costale et costo-lombaire.
3	CO.....	F.	Ur. g. s. Ur. g. l. D.	Douleurs dans les deux reins. Trois uretères dont deux à gauche.	5 ^{cc} dans chacun des 3 uretères	Région sous-costale droite et à gauche. Le malade dit ressentir la même douleur quand elle se retient d'uriner.
4	SZ.....	F.	G.	Douleurs dans la région rénale gauche, avec hyperesthésie cutanée, irradiations à la cuisse gauche, au rein droit, avec nausées et vomissements.	50 ^{cc} Collargol	Région rénale gauche.
5	TH.....	F.	D.	Rein droit très abaissé, qu'on peut saisir dans les mains. Point douloureux para-ombilical.	12 ^{cc}	Région sous-costale de
6	JÉ.....	F.	G.	Rein polykystique douloureux. Irradiations à la cuisse. Hématurie. Gros rein gauche.	12 ^{cc} Reflux dans la veine	Région hypo-gastrique gauche et sous-costale.
7	BE....	F.	D.	Douleurs par crises dans le rein droit. Points douloureux costo-lombaire et para-ombilical.	15 ^{cc}	Début dans la région sous-costale, sur la ligne axillaire.

Points douloureux Zones douloureuses	Réflexos 1220- moitiers	NAUSÉES Vomissements	Respiration et Pouls	Intensité et durée de la réaction	PYÉLOGRAPHIE	OBSERVATIONS
Point lombo-costal. Point para-ombilical. Pas d'hyperesthésie cutanée.	Pâleur Sueurs légères	Nausées à vomir une demi heure après	Norm.	Calmée rapidement	Petite dilat.	.
Points costo.-lombaire, para-ombilical et iliaque. Pas d'hyperesthésie cutanée.	Pâleur	Nausées Vomissements	Norm.	Persistante	La radiogr. simple a montré un calcul. Dilat. du bassinot et de l'uretère	
Point costo-lombaire. Point para-ombilical à gauche, pas à droite. Pas d'hyperesthésie cutanée.	Nuls	Pas de nausées ni vomis- sements	Norm.	Faible et fugace	Pas de dilat. d'aucun des 3 bassinots	Pyélite avec uretère double.
Point costo-lombaire pas net. Points para-ombilical et iliaque bien marqués. Pas d'hyperesthésie cutanée.	Nuls	Pas de nausées ni vomis- sements	Norm.	Faible, retar- dée. A com- mencé après la fin de l'in- jection, a cessé en 10 m.	Très gros sac hydrone- phrotique.	A été opérée en 1903, d'ovariotomie et en 1910, d'hystérectomie totale.
Point costo-lombaire. Point para-ombilical très violent. Point iliaque net. Sensibilité de la peau au pincement dans toute la région iliaque droite. Irradiation à gauche.	Sueurs Pâleur	Nausées. Pas de vomisse- ments	Norm.	Courte calmée en 1/4 d'heure	Rein très abaissé. Bas- sinet ampul. Uretère cou- dé.	Néphropexie, n'a pas tenu: une nouvelle radio- graphie montre le rein de nouveau abaissé avec l'ure- tère coudé. La malade a déroché son rein par des vomisse. intempestifs 4 jours après l'opération.
Point costo-lombaire. Point para-ombilical. Point iliaque.	Nuls	Ni naus. ni vom.	Norm.	Moyenne, immédiate, cesse aussitôt	Le liquide n'a pas pénétré dans le bas- sinet.	La douleur de siège par- ticulier est due à la dis- tension de l'uretère. Le rein a été enlevé, il n'y avait pas de dilatation du bassinot.
Point costo-lombaire. Point para-ombilical. Douleur superficielle de la peau du flanc droit. Douleur dans les deux derniers espaces intercos- taux.	Ang. Pâleur Sueurs	Nausées	P. petit 64 E. normale	Violente	Petite dilata- tion du bas- sinet.	La sonde n'avait pu entrer que de 5 ^{cm} dans l'uretère.

N°	NOM	Sexe	Côté	Symptômes cliniques	QUANTITÉ injectée	Douleur spontanée
8	DE.....	F.	D.	Douleurs rénales dr. avec point costo-lombaire, douleur au niveau du rebord des fausses côtes. Pas de point para-ombilical.	15 ^{cc}	Région sous-cost. dans la ligne axillaire. On sent le rein gonflé dans le flanc droit entièrement au-dessous des côtes.
9	PA...	F.	D.	Douleurs du rein droit surtout nocturnes, siégeant dans l'angle costo-lombaire, exagérées par les mouvements. A eu deux crises anciennes. Frottements à la base dr.	5 ^{cc}	Début dans la région sous-costale, un peu en arrière de la ligne axill.
10	LA...	F.	D.	Douleurs dans le côté droit depuis 30 ans, devenues plus vives depuis 5 ans. On a diagnostiqué d'abord appendicite, puis rein mobile. Le rein droit est très gros, mobile, résistant, visible sous les téguments. D. Sonde arrêtée à 3 ^{cm} 5. G. Sonde jusqu'en haut.	0 se passe par Inject 30 ^{cc}	Douleur vive. Le rein gauche se dessine sous la peau.
11	CO...	F.	D.	Chute sur le côté droit avec hématurie. Depuis 2 ans : douleurs vésicales et rénales dr. Point costo-vert. Point para-ombilical très douloureux.	20 ^{cc}	Douleur sous-costale.
12	BR....	F.	D.	Douleurs dans le rein droit depuis 25 ans, crises douloureuses durant 1 à 2 mois. Gonflement du rein droit pendant les crises, douleur lombaire et urétérale. Point costo-lombaire. Point para ombilical.	10 ^{cc}	Début de la douleur dans la région urétérale moyenne.
13	SC.....	F.	D.	Opérée d'appendicite en 1912 (D ^r Fosset.) a eu 2 ou 3 crises avant l'opération. Les mêmes crises recommencent 2 mois après l'opération. Le froid avait une influence nette sur les crises. Plus de crises depuis 2 ans. Pyurie.	110 ^{cc}	A 50 ^{cc} sensation de pesanteur dans le ventre à droite comme dans les crises. A 110 ^{cc} douleur vive. Forte envie d'uriner.

Point douloureux Zones douloureuses	Reflexes taro- notent	NAUSEES Vomissements	Respiration et Puls	Intensité et durée de la réaction	PIÉROGRAPHE	Observations
Point costo-lombaire. Point sous-costal.	Sensat. de chal.	Nausées, Vomisse- ments	Norm.	Violente. A duré longtemps	Rein abaissé un peu dilaté.	Malade déjà opérée de cholécystite (vésicule rem- plie de calculs) et d'appen- dicite (appendicite supp.
Point costo-lombaire. Point para-ombilical. Point iliaque faible. Pas d'irradiations.	Sueurs	Pas de nausées ni vom.	Norm.	Faible	Bassinnet normal.	
Les efforts font refluer le liquide dans le tube injecteur.	Sueurs abond. Petite syncop.	Nausées. Efforts de vomiss.	Norm.	Vive		
P. costo-lomb. peu net. Point para-ombilic. très marqué. Point iliaque très net. Pas d'irradiat. à cuisse ou R. 2.		Pas de nausées ni vom.	Norm.	Faible	Dilatation du bassinnet et de l'uretère	
Points costo-lombaire, para-ombilical, iliaque. Pas d'irradiations.	Nuls	Ni naus. ni vom.	Norm.	Faible Cesse aussit.		Calcul du rein.
Points costo-lombaire, para-ombilical, iliaque. Irradiat. sur le trajet du sciatique. Irradiations à l'épigastre. Pas de sen- sibilité cutanée. Paroi contractée.	Sueurs étourd.	Ni naus. ni vom.	Pouls rapide avant, peut et après Resp. norm.	Assez vive		

N°	NOM	Sexe	Côté	Symptômes cliniques	QUANTITE injectée	Douleur spontanée
14	GR...	F.	G.	Souffre à gauche par crises depuis une dizaine d'années. Depuis 2 mois, douleurs continuelles. Nausées. Amaigrissement de 5 kil. depuis 2 mois. Douleurs réflexes à droite pendant les crises.	à 13 ^{cc} douleur total 44 ^{cc}	Région lomb. gauche, flanc et fosse iliaque. Douleur au pincement de la peau à g. Retard de la douleur qui augmente alors que le bassin se vide.
15	LE.....	F.	G.	Douleurs dans la région rénale g. et sur le trajet de l'uretère.	10 ^{cc}	Douleur sous-costale, p. de côté (comme après une course).
16	BA...	F.	G.	Tuberculose bilatérale. A gauche, uretère double: seul le bassin est pris.	5 ^{cc} dans chaque bassin.	Douleur très violente, subite, en éclair, siégeant sous les fausses côtes g. et en avant.
17	GR.....	H.	G.	Douleurs à g. datant de l'enfance. Crises jusqu'à 15 ans, raréfiées de 15 à 29 ans. Depuis 1919 elles sont devenues fréquentes. Hématurie en avril 19. Vomissements rares.	35 ^{cc}	Douleur débutant à 37 en arrière.
18	SO.....	F.	D.	Douleurs dans la région rénale dr. à la marche et quelquefois la nuit. Jamais de vraies crises.	21 ^{cc}	Douleur débutant sous les fausses côtes dans la ligne axillaire.
19	VL.....	F.	D.	Douleurs rénales surtout marquées à droite. Ont débuté il y a 10 ans, après une grossesse: d'abord nocturnes puis diurnes.	14 ^{cc}	Douleur sous les fausses côtes et dans le flanc.

Points douloureux Zones douloureuses	Reflexes VIBRO- MATEURS	NAUSÉES Vomissements	Respiration et Pouls	Intensité et durée de la réaction	PYÉLOGRAPHIE	Observations
Costo-lombaire. Para-ombilical, iliaque.	Pâleurs	Ni naus. ni vomis.	Norm.	Moyenne		
Para-ombilical, iliaque.	0	0	Norm.	Faible		
Point para-ombilical tr. marqué.	Sueurs abond.	Nausées	Resp. rapide	Vive	Petit bassin. sup. déformé Gros bassin, infér. sain	La malade avait eu ce- pendant une ponct. lomb- baire avec 1/2 cc. de novo- caine à 2 p. 100, après l'injection, morphine.
Point costo-lombaire tr. marqué. Point para-omb. moins net.	0	0	Norm.	Moyenne	Grosse hydro- néphrose à poches mul- tiples.	Mauvais fonctionnement rénal. Le malade refuse la né- phrectomie.
Aucun autre point que le sous-costal.	0	0	Norm.	Nulle	Le liquide a reflué en grande par- tie dans la vessie	
Point costo-iliaque. Point para-ombilical.	0	Nausées	Norm.	Faible		

N ^o	NOM	Sexe	Côté	Symptômes cliniques	QUANTITÉ injectée	Douleur spontanée
21	SG.....	H.	D.	Douleurs du rein droit depuis plus de 2 ans. Urines troubles. Amaigrissement. Mauvais état général.	15 cc.	Dans le flanc droit, dans la région de l'uretère.
22	RO.....	F.	D.	Douleurs depuis 4 ans survenant tous les 6 mois, puis tous les 2 mois. Nausées. Oligurie pendant les crises.	13 cc.	A 11 cc. début de la douleur dans le flanc droit sur les fausses côtes. Douleur semblable à celle des crises.
23	GA.....	F.	G.	Depuis 2 mois, douleurs très vives à droite. Avant, douleurs vagues. Les crises actuelles, très douloureuses, durent 6 à 7 heures avec difficultés des mictions et vomissements.	8 cc.	Douleur sous-costale et Douleur semblable à celle des crises.
24	BA.....	H.	G.	Crises douloureuses datant de l'enfance. Douleur dans le flanc en courant. Les crises ont ensuite disparu. Il y a 3 mois, cystite avec douleur rénale.	150 cc.	Aucune douleur.
25	DE.....	F.	G.	Douleurs dans la région rénale gauche depuis 5 à 6 ans, avec trois grandes crises de 3 à 4 jours. Oligurie et débâcle, irradiations à la fesse et vers le rein droit.	11 cc.	La douleur débute sous les côtes, à 9 ^e et augm. La malade redoute une crise, ou arrête.
26	BA.....	F.	D.	Douleurs depuis 12 ans, aggravées depuis 5 mois. A eu des crises répétées depuis 2 mois. Tumeur dépressible dans le flanc droit.	35 cc.	Douleur dans la région ombilicale, au niveau de la tumeur qui se gonfle.
27	DE.....	F.	D.	Néoplasme du rein bien senti au palper.	52 cc. reflux vésical	Douleur vague dans la région ombilicale.

Points douloureux Zones douloureuses	Réflexes vagi- noeux	NAUSÉES Vomissements	Respiration et Puls	Intensité et durée de la réaction	PIÉLOGRAPHIE	Observations
Point para-ombilical. Point iliaque.	Sueurs	Pas de nausées	R rapide P normal	Faible	Pas de dila- tation appré- ciable.	
Point costo-lombaire. Point para-ombilical. Point iliaque.	0	0	Norm.	Moyenne		
Point costo-lombaire. Point para-ombilical.	0	0	Norm.	Moyenne	Pas de dila- tation	
Aucun point sensible.	0	0	Norm.	Nulle	Grosse poche rénale	Sensation de tension à à la palpation bimanuelle dans l'hypocondre gauche.
Point costo-lombaire. Point para-ombilical.	0	0	Norm.	Faible	Pas de dila- tation	La douleur persiste et augmente même après évacuation.
Point para-ombilical,	0	0	Norm.	Faible	Dilatation forte	Le liquide ne passant pas : on insuffle de l'air dans la sonde urétérale avec une seringue, et en- suite le liquide passe faci- lement
0	0	0	Norm.	Nulle	Bassinets déformés et déplacés	

N°	NOM	Sexe	Côté	Symptômes cliniques	QUANTITÉ injectée	Douleur spontanée
28	MA.....	H.	D. G.	Douleurs bilatérales survenant par crises.	17 cc. 12 cc.	Douleurs des 2 côtés au-dessous de l'ombilic, avec irradiations en ceinture au niveau de l'ombilic.
29	HU.....	F.	G. D.	Douleurs continues depuis 6 mois sans crises vraies à gauche. Le cathétérisme montre une rétention ou de la polyurie des 2 côtés.	8 cc. 20 cc.	Douleur sous-costale. Pas de douleur.
30	LH.....	F.	D.	A souffert il y a 9 mois, puis il y a 3 semaines, 2 crises avec irradiations vers l'aîne. Caillots de sang pendant 2 jours la 1 ^{re} fois, puis pendant 3 semaines la seconde fois. On sent une masse à droite : rein descendant jusqu'à l'ombilic.	40 cc. Reflex vesical	Aucune douleur.
31	BO.....	F.	G.	Souffre depuis 3 à 4 ans, mais surtout depuis un an. Douleur sous-ombilicale à 3 travers de doigt de la ligne médiane. Irradiations vers les fesses et les jambes. Pas de crises.	16 cc. Reflex vesical	Douleur dans la région para-ombilicale.
32	AL.....	H.	G.	Grosse tumeur du flanc gauche. Rein ou rate ?	40 cc. Reflex vesical	Douleur dans la région urétérale.
33	CH.....	F.	G.	Douleurs depuis 2 mois et demi. Avant, rares et légères douleurs.	6 cc.	Douleur sous-costale.
34	RO.....	F.	D.	Douleurs depuis 4 ans. Accident. Choc sur le rein en 1916. Jamais de vraies crises. N'a pas arrêté son travail.	12 cc.	Douleurs sous-costales.

Points douloureux Zones douloureuses	Raflexes vase- moteurs	NAUSÉES Vomissements	Respiration et Pouls	Intensité et durée de la réaction	PIÉLOGRAPHIE	Observations
0	0	0	Norm.	Faible	Pas de dilat. notable	
0	0	0	"	"	"	
Point sous-costal.	0	0	Norm.	Faible	Pas de dilat.	
0	0	0	"	"	"	
0	0	0	Norm.	Nulle		
Point para-ombilical.	0	0	Norm.	Faible avec retard vite calmée.		
0	0	0	Norm.	Nulle	Le liquide n'a pas pénétré dans le bass. L'uretère est ref. vers la ligne médiale	Il s'agit vraisemblable- ment d'une grosse hydro- néphrose fermée. Le mala- de a quitté l'hôpital refus. l'opération.
Point costo-lombaire. Point para-ombilical. Pas d'irradiations.	0	Nausées	Norm.	Moyenne, calmée rap.	Pas de rétent.	
Point sous-costal. Point para-ombilical tr. marqué.	Cris. Larmes parais. peu justif.	0	Norm.	Très vite calmée		

N ^o	NOM	Sexe	Côté	Symptômes cliniques	QUANTITE injectée	Douleur spontanée
35	BE.....	F.	G.	Douleurs vagues dans les 2 reins : petite rétention à gauche.	15 cc.	Sous-costale.
36	CA.....	H.	G.	Douleur dans le rein gauche depuis l'âge de 5 ou 6 ans, survenant toutes les 2 ou 3 semaines, puis tous les 2 ou 3 mois. Douleurs très violentes pendant 3 à 4 heures. Durée totale, 24 heures. La crise survient surtout après grande fatigue.	30 cc.	Douleur sous les fausses côtes gauches et le long de l'uretère gauche. Irradiations dans le membre inférieur gauche.
37	GI.....	F.	D.	Douleurs dans la région rénale dr. avec irradiations vers l'aîne et la cuisse. Quelquesfois douleur à g. Crises qualifiées coliques néphrét.	10 cc.	Douleur sous les fausses côtes.
38	LO...	F.	G.	Bacillose rénale gauche. Orifice urétéral béant.	25 cc. Refus vesical	Pas de douleur.
39	MO....	F.	G.	Douleurs vagues dans le côté g. depuis l'hiver dernier. Il y a 15 jours, douleur vive dans le côté gauche. Petite rétention g.	17 cc. Refus vesical	Légère douleur dans le flanc gauche.
40	US.....	F.	G.	Grosse tumeur dans le flanc g.	9 cc	Douleur dans la région rénale gauche.
41	PI.....	F.	G.	Cette malade a eu des douleurs dès les deux crises. Le cathétérisme uré- téral a montré un peu de rétention de chaque côté.	11 cc.	Douleur très faible.
			D.		24 cc.	
42	CO.....	F.	D.	Douleur continue avec crises fré- quentes autrefois, ayant diminué dans les derniers temps.	17 cc.	Douleur débutant à 15cc. dans le flanc droit et la région de l'uretère.

Points douloureux Zones douloureuses	Réflexes vibro- moteurs	NAUSEES Vomissements	Respiration et Pouls	Intensité et durée de la réaction	PYELOGRAPHIE	Observations
0	0	0	Norm.	Presquénulle		Pyéloscopie: on a vu le bassinnet se remplir sous l'écran.
Point lombo-costal. Point sous-costal.	0	0	Norm.	Faible	Hydronéphr. surtout pyél. avec petits calices.	
Point costo-lombaire. Point para-ombilical.	0	Nausées pas de vomiss.	Pouls normal Sensat. d'étouf.	Faible		
0	0	0	Norm.	Nulle	Image du bassin. mon- trant des irrégul. au niveau des papilles.	
0	0	0	Norm.	Faible		
0	0	0	Norm.	Faible	Petit bassin. Ce n'est pas une hydron.	Il ne s'agissait pas de tumeur du rein. L'opéra- tion l'a montré.
0	0	0	Norm.	Faible		
Point para-ombilical. Point iliaque.	0	Nausées	Norm.	Vive		Le bassinnet a été évacué par aspiration, la douleur s'est calmée.

N°	NOM	Sexe	Côté	Symptômes cliniques	QUANTITÉ Injectée	Douleur spontanée
43	SG.....	H.	D.	Crise de colique néphrétique il y a 20 ans. Urines troubles. Douleur assez vague dans la région urétérale droite. Tache calculeuse (?) à droite.	6 cc.	Douleur dans la région rénale droite.
44	TA....	F.	G.	Bacillose rénale gauche avec gros orifice béant.	14 cc.	Douleur très passagère dans la région sous-costale droite.
45	SA..	F.	G.	Douleurs du côté gauche par crises.	15 cc.	Douleur sous-costale.
46	MO.....	F.	G.	Calcul urétéral du côté gauche.	52 cc. Relax vénal	Douleur faible.
47	FR.....	H.	G.	Crises douloureuses avec nausées, sans vomissements. 1 ^{re} crise : Lundi de la Pentecôte 1920; plusieurs depuis, une il y a 15 jours. Autrefois, vagues douleurs rénales qualifiées de lumbago.	16 cc.	Douleur sous-costale.
48	PE....	F.	D.	Opérée d'appendicite en 1915. Douleurs dans la région rénale d. depuis l'opération. Crises durant un jour et cessant par le repos. Crises tous les 8 jours, surtout après la marche.	10 cc	Douleur sous-costale. Irradiation vers l'urètre et la cuisse.
49	EY....	F.	D.	Pyélonéphrite de la grossesse. Douleurs après l'accouchement.	25 cc.	Légère douleur sous-costale.
50	IM....	F.	D.	3 crises d'appendicite de 1914 à 1915. Appendicite opérée le 26 mai 1915 (prof. Broca). 6 mois après l'opération, 1 ^{re} crise rénale, 1916. 2 ^e crise, mars 1920. 3 ^e crise, juin 1920. La crise dure 3 semaines, pendant ce temps il faut la sonder.	24 cc.	Douleur analogue à celle des crises d'appendicite, siégeant dans le flanc d.

Points douloureux Zones douloureuses	Reflexes vaso- motora	NAUSÉES vomissements	Respiration et Puls	Intensité et durée de la réaction	Psychographie	Observations
Point iliaque.	0	0	Norm.	Faible		
Point para-ombilical.	0	0	Norm.	Faible	Tuberculose ulcéro-ca- suse avec 3 poches cl. au pôle supé.	
0	Sueurs	0	Norm.	Faible		
0	0	0	Norm.	Nulle	Il n'y a pas de dilatation du bassinnet, le liquide a reflué	
Point costo-lombaire. Point para-ombilical. Point iliaque.	Sensa. de froid	0	Norm.	Faible		
Point costo-lombaire Point para-ombilical. Point iliaque.	0	0	Norm.	Vive mais durant peu		
Point costo-lombaire. Point para-ombilical.	0	0	0	Nulle		
Point costo-lombaire. Point para-ombilical. Point iliaque (ou Mac Barney)	0	0	0	Vive avec retard augmente apres cessa- tion de l'injection	Dilatation moyenne du bassinnet	

CONCLUSIONS

Dans les affections du rein et du bassinet il faut distinguer la douleur rénale et la douleur pyélique.

En outre la douleur siégeant au niveau du rein ou du bassinet s'irradie à la paroi abdominale par suite de l'excitation du voisinage sur les centres des nerfs périphériques correspondants dans la moëlle au centre des nerfs du rein.

En réalité, le rein lui-même est peu ou pas douloureux. L'expérience démontre que le rein mis à nu après l'anesthésie locale est presque insensible à la douleur. En réalité ce qui est douloureux dans la région rénale c'est d'abord le bassinet et ensuite différentes enveloppes du rein : capsule fibreuse, capsule fibro-adipeuse et péritoine.

La douleur pyélique est très vive et très nette même à l'état normal lorsqu'on vient à distendre cet organe.

A l'état pathologique cette douleur constitue la colique néphrétique qu'on trouve dans le rein mobile, dans l'hydronéphrose, dans les calculs migrants, dans la pyélite avec distension et d'une façon générale dans tous les cas où il y a obstacle à l'écoulement de l'urine et dilatation du bassinet.

La douleur proprement dite est due comme nous l'avons indiqué à la réaction des enveloppes du rein qui ne fait jamais défaut dans toutes les lésions inflammatoires de cet organe. C'est la périnéphrite qui est douloureuse bien plus que la néphrite elle-même.

Enfin, il faut signaler un mode particulier de la douleur rénale, c'est celle qui est due aux grosses tumeurs dont le poids tire le pédicule : gros cancer, rein polykystique ou grosse hydro-néphrose.

Dans la douleur provoquée par la pression sur la paroi il faut distinguer les points douloureux répondant réellement aux reins, au bassinet et à l'uretère et ceux qui répondent au trajet et à l'émergence des filets nerveux.

C'est la douleur pyélique qui est certainement la plus typique et lorsqu'on analyse ses caractères et ses irradiations il est rare qu'on ne puisse en reconnaître la nature. La plupart des erreurs proviennent certainement d'examens incomplets.

En particulier la pyélographie qui permet à la fois de reproduire la douleur pyélique et d'obtenir une image du bassinet devrait être plus souvent employée : elle éviterait bien souvent des appendicectomies.

La douleur rénale au contraire est beaucoup moins nette et prête facilement à confusion.

Quant aux irradiations sur le trajet des nerfs lombaires et aux troubles trophiques qu'on peut provoquer dans leur territoire ils ne sont point pathognomoniques d'une affection rénale puisqu'ils peuvent exister sans elles dans les simples névralgies lombaires.

En résumé si la douleur rénale ou pyélique peut être d'une grande utilité dans le diagnostic des affections du rein et du bassinet ce ne peut être qu'à la condition d'être étudiée de façon très précise.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président :
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Adrian.** — Hyperalgesische zonen una Herpès Zoster bei Nierenkrankungen (*Zeitschrift für urologie*, 1914, p. 477).
- Albarran et Imbert.** — Les tumeurs du rein (1903).
- Bazy** — Du réflexe urétéro-vésical et pyélo-vésical et du signe de Bouchard en pathologie rénale (*Presse méd.*, 10 avril 1901).
- Beaunis.** — Les sensations internes (1889).
- Bécus.** — Valeur du zona lombo-abdominal en pathologie rénale (*Echo méd. du Nord*, n° 7, février 1913, p. 79-82).
- Berton.** — Tuberculose et lithiase rénale. Essai sur leur diagnostic différentiel (*Thèse Paris*, 1900).
- Billon** (de Marseille). — La néphralgie essentielle existe-t-elle? (*Arch. prov. chir.*, 1912, t. XXI, p. 521-570).
- Bœkel.** — Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical (1887).
- Guiard.** — Du rein mobile (*An. des mal. des org. gén. ur.*, 1883).
- Guyon.** — Sémiologie des affections rénales (leçon clinique. *An. des mal. des org. gén. ur.*, avril 1888).
- Guyon.** — Tuberculose rénale (leçon clinique. *An. des mal. des org. gén. ur.*, septembre 1888).
- Guyon.** — Retentions rénales (leçon clinique. *An. des mal. des org. gen. ur.*, 1891).
- N. Hallé.** — Urétérites et pyélites (1887).
- Head** — Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen (Traduction Seiffer).
- Kanera** (Böhmen). — Herpès Zoster und Nierenkolik (*Deutsch. med. Wochenschrift*, 1911, n° 14, p. 638).
- Kappis.** — Beiträge zur Frage der Sensibilität der Bauchhöhle (*Mitteilungen aus den grenz. med. chir.*, 1913, p. 493).

- Lardennois.** — Etude sur les contusions, déchirures et ruptures du rein (1908).
- Legneu.** — Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical (1891).
- Legneu.** — Des névralgies rénales (*Ann. des mal. des org. gén. ur.*, mois août-sept. 1891).
- Mackenzie.** — Les symptômes et leur interprétation. (*Traduction*, par le D^r Guillaume (de Spa).
- Marsan.** — Néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses (Thèse Paris, 1909-10).
- Melon.** — Du phlegmon péri-néphrétique chez l'enfant (Thèse de Lyon, 1912).
- Newman.** — Douleur dans les lésions rénales et viscérales : ses anomalies, ses manifestations qui induisent en erreur avec 12 cas (*The Lancet*, mars-avril 1916, p. 669, 725, 773).
- Nové-Josserand.** — Névralgie lombaire et sacralisation de la V^e lombaire (*Lyon chirur.*, décembre 1919).
- Pal.** — Veber einige reflektorische symptôme der Nierenkolik (*Wiener med. Wochenschrift*, 1911, n^o 37, p. 2336).
- Philippe.** — Note sur les douleurs à distance dans les maladies du rein (*Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège*, août-sept. 1907).
- Pousson et Desnos** — Encyclopédie d'urologie française (1917).
- Schwald.** — Meber die Bedeutung des nervensystems für die Niere (Iena 1887).
- Sternberg.** — Beiträge zur klinik der Nierensteine, insbeson, dere ihrer gastro-intestinalen Erscheinungen (*Wiener Klin Wochenschrift*, 1901, n^o 16, p. 381).
- Tuffier.** — Traumatisme du rein (1889).
-