

3o peut-être hématurie; 4e douleur à la région rénale; 5o une masse lombaire indiquant l'obstruction urétérale et la rétention de l'urine septique *cause de l'hyperexie*; 6o la pollakiurie que complètera probablement; 7o la localisation vaginale du corps du délit.

Rien de tout cela dans l'appendicite aiguë, qui en revanche manifesterait bientôt sa réaction péritonéale avec sa sous-matité et son pouls accéléré.

N'ayons garde d'oublier d'interroger le sang pour connaître la formule leucocytaire. L'hyper-leucocytose à variété polynucléaire trancherait presque à elle seule le diagnostic.

Mais plus difficile encore à différencier que l'appendicite aiguë est la *crise de colique appendiculaire*. Ai-je besoin de rappeler que par là, nous entendons ces crises aiguës, apyrétiques, irrégulières d'intensité et de durée localisées au point de McBurney. Le diagnostic est d'autant plus difficile, qu'elles se manifestent chez des malades souffrant habituellement de malaise dans le côté droit de l'abdomen, chez les porteurs d'appendicite chronique tel que nous les rencontrons quelquefois. Entre autre chez une de nos malades (observation No 439) qui fut radicalement guérie de ses crises par l'ablation de l'appendice. Tout dernièrement nous avons dans notre service hospitalier un jeune malade de 13 ans A. H. (obs. 1592), qui depuis plus d'une année, faisait fréquemment des crises apyrétiques de douleurs subites et de courte durée dans son côté droit. Un examen très minutieux ne nous ayant rien révélé du côté de l'appareil urinaire, nous arrivâmes à la conclusion que l'appendice était en défaut. Et de fait, la laparatomie nous mit en face d'un appendice long, flexueux, tordu et bridé.

Enfin, les poussées de *salpingite* ressemblent parfois à s'y méprendre à celles de l'appendicite. Le passé puerpéral ou gonococcique, les symptômes utérins, les lésions douloureuses généralement bilatérales réteront rarement à la confusion.

TRAITEMENT

Le diagnostic établi, quel traitement instituer?

Nous osons qu'il s'agit de calcul bien et dûment enchatonné, n'ayant pas cédé au lavage du rein par les liquides (flushing of the kidneys).

Il y a deux alternatives: ou le malade fait de l'hydro-pyonephrose, ou simplement de la douleur localisée sur le trajet de l'urètre.

Dans le premier cas, l'indication est urgente, il faut soulager le rein sous peine de voir l'anurie s'installer si elle n'existe pas déjà. Les commémoratifs pathologiques, le côté siège de la crise indiqueront à quel rein il faut frapper. C'est là qu'il faut aller et la néphrotomie s'impose.

Il faut opérer *encore plus hâtivement* que dans les calculs du rein dit Pousson, et Legueu exprime absolument la même opinion. Sur 11 opérés d'urgence celui-ci n'a réussi à enlever le calcul qu'une seule fois. Le pressant est de soulager le rein et de prévenir l'urémie. Le calcul est généralement passé les jours suivants. En tous cas le danger immédiat est paré et nous avons le temps d'examiner en détail le malade et aviser par quelle voie intervenir.

Au contraire, posons-nous le diagnostic de calcul enchatonné de l'urètre chez un malade souffrant, mais non en danger immédiat d'anurie, il y a lieu de chercher à localiser le calcul. Est-il au point de rétrécissement supérieur, la voie lombaire est tout indiquée pour intervenir: néphrotomie ou plus généralement une pyélotomie.

Siège-t-il à l'isthme moyen, que c'est au procédé d'Israël que nous donnons la préférence. L'incision au-dessus du ligament de Poupert permet de relever le péritoine recouvrant la fosse iliaque et d'aller par voie extra-péritonéale à la recherche de l'urètre généralement trouvé accolé au péritoine soulevé.

Quant aux calculs bas situés, les calculs pelviens, ils sont parfois très difficiles d'accès. La voie périnéale (Morris) et rectale (Ceci) ne semblent pas populaires. La voie vaginale par contre, employée par Doyen et Pozzi a permis plus d'une fois d'extraire le corps du délit chez la femme.

Enfin, si le calcul montre le nez à l'orifice urétéral, c'est par la vessie qu'il faut intervenir et c'est ici que les cystoscopes nouveaux modèles ont toute leur utilité.

Telle est la conduite à tenir en face d'un calcul enclavé dans l'urètre et avec Jambräu nous concluons:

Les résultats de l'urétéro-lithotomie permettent d'espérer la guérison de 98 pour cent des cas si l'on intervient en dehors de l'anurie chez un sujet capable de supporter l'anesthésie générale ou lombaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pappa, Contribution à l'étude des calculs de l'urètre. Thèse. Paris, 1908.
2. Moschowitz. Personal observations upon ureteral calculi. *Med. Record.*, May, 1909.
3. Byron Robinson. The Ureteral isthmuses. *Med. Record.*, April, 1909.
4. Baggs. Roentgen Rays. Diagnostic of calculi. *Med. Record.*, March, 1909.
- Israël, Black et Neuhauser. Soc. de Chirurgie de Berlin, décembre 1908.
- Garré, Volcker, Kummel & Kolzenberg et Israël. Société de Chirurgie de Berlin, avril, 1909.
- Buchanan. Blocking stone in the lower end of ureter. *Med. Record.*, March, 1909.
- Doyen. Soc. de Méd. Int. Paris, avril, 1909.
- Watson & Cunningham. Gen. Urin. Dis. 1909.
- Mass. Gen. Hosp. Autopsy Records. Multiple calculi in both kidneys, ureter, and bladder.
- Hallé Noël. Calculs de l'urètre. Thèse et Ass. Fr. Uro. '09.
- Legueu. Les calculs de l'urètre. Thèse, Paris.
- Jambräu. Rapport: l'Ass. Fr. d'Urol. Session d'oct. 1909.
- Cathelin. Journal des praticiens. Oct. 1909.
- Rossi. Lithiase rénale et urétérale. *Gaz. des hôpitaux*, 1907.
- C. A. Ball. Diag. of impact. cal. in the ureter. *Brit. Med. Journal.*, 1908.
- Rigby. The oper. treatment of impacted calculi in the ureter. *Annals of Surg.*, 1907.
- Jambräu, Legueu, Hartman, Tedenat, Arselin, Le Fur,