

ce genre. Le bassin, l'uretère à sa partie supérieure sont quelquefois rompus. Souvent la contusion porte en même temps que sur le rein, sur les viscères abdominaux, sur le péritoine, sur le foie, sur la rate, sur l'intestin, et ces lésions complexes contribuent pour une large part à exagérer la gravité des contusions du rein.

Evolution des contusions du rein. — Abandonnées à elles-mêmes, celles-ci en effet, dans les cas simples au moins, guérissent facilement : sur 113 déchirures du rein, non compliquées de lésions d'autres organes, Tuffier trouve 60 guérisons, 49 morts, 4 inconnues, soit 43 p. 100 de mortalité. Au contraire, sur 55 cas de ruptures du rein compliquées de déchirures d'autres organes ou de fractures, il y a 7 guérisons et 48 morts, soit 87 pour 100. Aussi, dans le premier cas l'opération, l'incision exploratrice et l'intervention directe, sera-t-elle rarement indiquée; dans le second, elle le sera beaucoup plus souvent et c'est autant à la contusion concomitante des viscères abdominaux qu'à la lésion rénale elle-même qu'il faudra s'adresser.

A la suite d'une contusion du rein, ce sont des accidents immédiats, ou des accidents éloignés, qui conduisent à l'intervention : les accidents immédiats, c'est l'hématurie ou la tumeur lombaire; les accidents éloignés, c'est la pyélonéphrite, ou le phlegmon périnéphrétique.

L'hématurie est le symptôme le plus sûr de la contusion rénale; mais elle manque souvent, même dans les cas graves. L'uretère est rompu ou oblitéré par un caillot, et l'hématurie ne paraît pas. Erichsen, Bloch, Havage l'ont vu manquer complètement, malgré une rupture étendue du rein; le charretier de Maunoury, dont le rein était écrasé par la contusion, n'avait cependant que des urines légèrement teintées. Mais d'autres fois l'hématurie est si abondante et si persistante que la mort en devient rapidement la conséquence. MM. Gérard Marchant et Aldibert, sur 90 cas, enregistrent 12 morts par hémorragie primitive et 5 morts par hémorragie secondaire. Il y a donc un réel danger à laisser l'hématurie livrée à elle-même sans intervenir; je sais bien qu'il est des cas où la mort est si rapide par hémorragie, que l'intervention n'a pas le temps de se produire. Reclus et Forgue¹ établissent que sur les douze morts signalées plus haut, deux fois seulement on aurait eu le temps d'intervenir. Il n'en reste que mieux démontré combien est grave par elle-même une hématurie abondante, et combien il est nécessaire de se hâter dans une intervention rapide et précoce pour sauver les malades d'une mort fatale.

La tuméfaction lombaire, l'hémorragie interne,

1. RECLUS et FORGUE, *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1892, t. II, p. 792.

est tout aussi sérieuse et grave. Chez les enfants, l'épanchement sanguin est le plus souvent rétro- et intra-péritonéal à la fois ; ils succombent alors rapidement, sans hématurie ou avec une hématurie légère ; l'enfant observé par Earles vécut, il est vrai, soixante heures, mais il n'eût fourni l'occasion qu'à une intervention précaire, puisqu'il fut « saigné » d'un coup par une hémorragie qui lui emplit de sang la cavité péritonéale (Reclus). Cette gravité trop immédiate des hémorragies primitives rend bien difficile l'opération hâtive, surtout chez les enfants ; mais chez l'adulte il n'en est pas toujours de même : la mort par hémorragie interne est moins rapide, on a le temps de voir et d'agir, mais il y a danger à perdre du temps. Dès que l'on reconnaît au milieu des signes de la réaction abdominale, malgré la douleur lombaire, malgré la contraction réflexe de la paroi, un épanchement sous-péritonéal, il n'y a pas à attendre en laissant l'hémorragie s'aggraver, et il faut intervenir tout de suite.

Enfin, à une date éloignée, alors que tous les accidents locaux de la contusion rénale se sont atténués, alors que toutes les lésions semblent réparées, des accidents d'un autre ordre, des accidents d'infection s'établissent lentement et peu à peu sur l'ancien foyer de contusion. La *suppuration* se développe autour du rein ; la tuméfaction, au lieu de

diminuer, persiste et s'accroît ; la douleur locale se maintient et la fièvre paraît.

D'autres fois le rein lui-même est infecté et suppuré ; la *pyélonéphrite* aiguë par infection ascendante est susceptible de se développer à toutes les périodes chez ces malades, que la présence de caillots dans leur vessie oblige à des cathétérismes répétés et expose constamment à la contamination du milieu vésical et de l'arbre urinaire. Parfois enfin l'infection vésicale, la cystite préexistent au traumatisme, et celui-ci ne joue que le rôle d'appel pour l'infection. Tuffier¹ opérait dernièrement par la néphrectomie sous-capsulaire une malade chez laquelle s'était développée, à la suite d'une contusion du rein, une néphrite infectieuse, due au colibacille ; la malade, qui était enceinte, avait eu dans les premiers temps de sa grossesse une cystite, et à l'occasion du traumatisme, l'infection avait remonté du rein à la vessie.

De l'intervention dans les contusions du rein. — En présence d'une contusion du rein, quelle est donc la conduite à tenir ? Nous savons la tendance marquée des ruptures du rein vers la réparation spontanée ; les malades doivent avant tout bénéficier de cette bénignité relative, et les cas sont

1. TUFFIER, *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1892, p. 473.

rares pour lesquels l'intervention immédiate sera indiquée. Seuls, les accidents immédiats ou les complications viscérales par leur gravité conduiront à opérer de bonne heure.

a. Accidents immédiats. — Dans les cas *simples*, sans accidents sérieux, sans réaction abdominale sévère, dans les cas où une douleur locale avec une légère hématurie indique seule la lésion rénale, l'expectation est de rigueur; le traitement médical et les antiseptiques à l'intérieur, le repos absolu au lit, les applications locales de glace, la compression avec le bandage, les injections sous-cutanées d'ergotine, la diète lactée, tels sont les seuls moyens thérapeutiques et prophylactiques à instituer en pareil cas. S'il existe de la rétention d'urine, le cathétérisme sera effectué avec toutes les précautions d'asepsie qu'il comporte plus que jamais en ces circonstances, où l'infection ne demande qu'à s'établir. Les caillots seront évacués de la vessie, s'ils viennent à s'y accumuler, à l'aide de la sonde aspiratrice qui sert dans la lithotritie. En plaçant au bout de la sonde l'embouchure d'une seringue et en faisant appel avec le piston, on arrive parfaitement à évacuer d'une vessie remplie la totalité des caillots qu'elle contient. Toutes ces manœuvres exécutées aseptiquement éviteront les complications mécaniques dues à la présence des

caillots et mettront le malade à l'abri d'une infection ascendante.

Pour les cas *complexes*, la ligne de conduite est plus difficile à tracer. Deux cas se présentent : le rein seul est atteint, ou bien il y a en même temps contusion abdominale avec lésion probable du rein.

1° *Il y a contusion du rein seul, sans contusion de l'abdomen.* En principe, c'est encore simple : s'il existe une hémorragie abondante, s'il existe dans le flanc des signes d'une tuméfaction progressivement croissante, il faut découvrir le rein, aller droit au pédicule comme le conseille Le Dentu, et le saisir avec une forte pince à ovariectomie, puis, une fois le foyer débarrassé des débris du rein et des caillots, jeter une ou plusieurs ligatures autour de l'uretère et des vaisseaux; si on n'y peut réussir, laisser la pince en place jusqu'à sa chute spontanée. Tuffier expose à peu près le même plan : par l'incision lombaire aborder le rein, constater les lésions, pratiquer le tamponnement iodoformé, s'il s'agit d'une hémorragie en nappe, lier un gros vaisseau rompu, mais si cette ligature est impraticable, faire une néphrectomie partielle par constriction en masse; ne pratiquer la néphrectomie totale qu'en désespoir de cause.

Telle fut la conduite que suivit Bardenheuer¹ dans un cas où il se contenta d'enlever les portions

1. BARDENHEUER, *Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 500.

déchirées du rein ; Hochenegg¹, au contraire, opérant pour un volumineux hématome sous-péritonéal, trouva le rein contus et déchiré en plusieurs endroits, il fit la néphrectomie totale et le malade guérit parfaitement.

La conduite est donc très logique, et le succès que Yvanoff² a obtenu dernièrement par l'expectation ne change pas ma conviction à ce sujet. Mais en pratique il existe de grandes difficultés opératoires ; si l'hémorragie est due à une grosse branche, le foyer opératoire est inondé, on ne voit pas la lésion, on a peine à en trouver la source, et ce n'est pas chose facile que de trouver le pédicule pour y placer une ligature.

L'indication fournie par l'hémorragie n'est elle-même pas toujours aussi facile à établir : la localisation du traumatisme sur le rein n'est pas toujours aussi exclusive, ni la réaction aussi limitée.

2° *Il y a contusion rénale et contusion abdominale.* Plus souvent en effet, on se trouve en présence d'une contusion abdominale avec réaction péritonéale sérieuse : les viscères, l'intestin, le foie, la rate, sont peut-être lésés. Une hématurie faible ou marquée fait supposer la déchirure du rein : mais la douleur, l'état des parois abdominales ne permettent pas de sentir de tuméfaction

1. HOCHENEGG, *Centralb. f. Chir.*, 1892, p. 86.

2. YVANOFF, *Tribune médicale*, 29 juin 1895.

lombaire nettement appréciable ; dans ces conditions, que faut-il faire ? Il faut traiter l'accident comme on le ferait d'une contusion abdominale seule ; or, pour ces dernières, après des hésitations faciles à comprendre à une époque où la chirurgie de l'abdomen n'avait pas pris tout l'essor que la pratique moderne lui a imposé, on tend à intervenir de bonne heure et à fixer en principe la nécessité d'une intervention précoce par la laparotomie : les récentes discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie de Paris et au dernier Congrès de chirurgie ont mis à jour ces tendances et les bienfaits de cette pratique. Aussi bien, dans les graves contusions de l'abdomen avec lésion probable du rein (hématurie, douleur, empâtement dans le flanc), la laparotomie immédiate me semble-t-elle l'opération de choix, de préférence à l'incision lombaire. La laparotomie permet l'exploration des viscères, et quant à ce qui concerne le rein, on se comportera pour l'incision antérieure comme on le ferait à l'aide de l'incision lombaire. En toute autre circonstance, toutes les fois que la localisation prédominante du traumatisme et des symptômes autour du rein permet de supposer que l'organe seul est en cause, la voie lombaire est préférable.

Accidents éloignés. — A une date éloignée, l'intervention s'impose encore pour remédier à des

accidents consécutifs d'infection et de suppuration. La persistance de la douleur dans le flanc, une tuméfaction diffuse, la fièvre, indiquent la suppuration périnéphrétique : il faut alors inciser largement et drainer le foyer. Si, à l'incision, on trouve le rein désorganisé et profondément altéré, on suivra la conduite de Maunoury¹, qui, dans un cas semblable, jeta un fil sur le pédicule et enleva en totalité les fragments inutiles d'un rein contus et infecté.

II

DU REIN MOBILE

Longtemps le rein mobile resta dans le domaine de la thérapeutique expectative; depuis peu, la question a changé; avec la néphrorraphie, les tendances se sont modifiées. En 1878, Martin², de Berlin, avait pour la première fois tenté une opération radicale pour un rein déplacé : il avait fait la néphrectomie. Ce ne fut que deux ans plus tard, en 1880, que Hahn³ pratiqua la première néphrorraphie. Une nouvelle phase commença : ce fut une

1. MAUNOURY, 1^{er} Congrès français de chirurgie, Paris, 1886.

2. MARTIN, *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 151.

3. HAHN, *Centralb. f. Chir.*, 1887, p. 9.

période de tentatives diverses, de tâtonnements et d'études. Il fallait fixer le manuel opératoire, il restait à juger l'opération à ses suites, il y avait à préciser les indications relatives et les contre-indications du traitement par les bandages et l'opération. A l'étude de ces questions se rattachent les travaux importants de Glénard¹ sur l'*entéroptose*, de Tuffier² sur *les formes cliniques du rein mobile et les résultats de la néphrorraphie*, de Guyon³ sur *les indications de la néphropexie*, de Landau⁴, de Lindner⁵, de Terrier et Baudouin⁶, d'Arnould⁷, sur l'*hydronéphrose intermittente*, complication fréquente du rein mobile.

Diagnostic du rein mobile. — Il ne suffit pas de constater en clinique la mobilité d'un rein déplacé pour qu'on soit autorisé à baser sur cette constatation une thérapeutique rationnelle; il est d'autres notions, également importantes, que l'étude du malade doit fournir. Il faut aussi connaître le terrain,

1. GLÉNARD, *Province médicale*, 7 mai et 25 avril 1887.

2. TUFFIER, *Rein flottant et néphrorraphie*, *Rev. chir.*, 1889, p. 952.

3. GUYON, *Bull. de l'Acad. méd.*, 19 fév. 1889.

4. LANDAU, *Die Wanderniere der Frauen*, Berlin, 1881.

5. LINDNER, *Die Wanderniere der Frauen*, 1888, in-8, 60 p.

6. TERRIER et BAUDOUIN, *De l'hydronéphrose intermittente*, *Rev. de chir.*, 1890.

7. ARNOULD, *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*, th. Paris, 1891.