

5° **Symptômes à distance.** — Les lésions du rein en elles-mêmes peuvent déterminer du côté de la vessie des symptômes capables de faire errer le diagnostic : miction fréquente, miction douloureuse, rétention d'urine.

Ce sont surtout les états douloureux du rein qui retentissent ainsi sur la vessie. La fréquence des mictions est la règle dans la colique néphrétique; je l'ai rencontrée également pendant ces périodes de crises douloureuses que présente le rein mobile; dans ces mêmes états, on trouve des douleurs pendant toute la durée de la miction. Le diagnostic est d'autant plus difficile, dans ces cas de cystalgie réflexe d'origine rénale, que le toucher rectal montre la moitié correspondante de la vessie douloureuse au toucher, et au simple contact; mais cet état n'est pas persistant, et on peut reconnaître dans l'intervalle des crises l'intégrité de la vessie à l'intégrité de sa sensibilité au contact ou à la distension (Guyon). Si nous insistons sur ces accidents à distance, c'est que nombre d'interventions se sont adressées à la vessie alors que le rein seul était en cause et les erreurs de diagnostic ne se comptent plus.

6° **Diagnostic de la bilatéralité des lésions.** — Cette notion est de première importance, puisqu'elle tient sous sa dépendance et le pronostic de la maladie et souvent la nature de la médication ou de l'intervention à lui opposer. Aussi dès l'avènement de la chirurgie rénale, s'est-on efforcé d'élucider ce point de diagnostic. Il a fait de grands progrès avec le cathétérisme de l'uretère; mais nous sommes encore loin d'avoir acquis des notions certaines. L'affection rénale qui est en cause permet déjà d'éliminer ou de craindre la bilatéralité des lésions: ainsi les néoplasmes du rein, l'hydronéphrose sont souvent unilatérales; au contraire, les infections du rein, pyélites, pyélo-néphrites ont de grandes chances de frapper les deux glandes. La majorité des lithiases rénales, bien que frappant les deux reins, se localise plus volontiers sur l'un des deux. La tuberculose à forme descendante est aussi localisée d'un seul côté. Mais ce ne sont là que des généralités comportant de nombreuses exceptions et ce sont les antécédents du malade qui permettront toujours de juger en dernier ressort. L'augmentation de volume des deux reins est malheureusement rare; je ne l'ai guère rencontrée que dans certaines pyélo-néphrites et dans la maladie kystique du rein. Les douleurs bilatérales n'ont qu'une importance relative quand elles sont simultanées, car la douleur violente dans l'un des reins retentit sur son congénère; mais si le malade a successivement souffert des deux côtés et surtout s'il s'agit d'une maladie infectieuse, il faut tenir la bilatéralité des lésions comme probable. Malheureusement les infections insidieuses, comme une néphrite médicale, peuvent se développer sans se trahir dans l'organisme supposé sain et provoquer, en cas d'intervention, un désastre opératoire. La douleur provoquée est de grande importance dans les états aigus; c'est ainsi qu'avec une lésion bien accentuée d'un côté on pourra trouver une douleur du côté opposé en palpant le rein à l'intérieur de l'angle lombo-costal et en tirer une conclusion.

L'examen des urines acquiert ici une certaine valeur. Une oligurie persistante ou anurie sans symptômes douloureux donne une probabilité de lésions bilatérales. La purulence de l'urine uniformément trouble plaide dans le même sens. Il n'en est pas de même de la quantité de pus qui peut être très abondante dans une lésion unilatérale. Mais les allures de cette pyurie acquièrent une haute valeur diagnostique lorsqu'elles affectent le type intermittent; j'ai insisté, page 15, sur ces accès de rétention coïncidant avec des douleurs et de la fièvre, et j'ai indiqué

que l'examen des urines pendant la suppression de la pyurie donne la valeur fonctionnelle du rein supposé sain. — L'examen chimique des urines ne présente qu'une valeur relative et leur teneur en urée n'a pas l'importance qu'on a voulu lui attribuer: il faut une diminution persistante et très marquée pour permettre de conclure à la bilatéralité des lésions.

En somme, c'est à la cystoscopie, à l'épreuve de la perméabilité rénale et au cathétérisme de l'uretère que nous devons avoir recours. — La cystoscopie, en faisant constater une lésion du méat urétéral des deux côtés, ou l'éjaculation de pus dans la vessie à chaque contraction, permettra d'affirmer que les deux reins sont malades. Malheureusement si cet examen ne montre la purulence de l'urine que dans un uretère, nous ne pouvons pas avoir la certitude que le rein du côté opposé est normal; parce que l'urine qu'il émet claire peut provenir d'un rein atteint de néphrite médicale interstitielle ou parenchymateuse. A cet égard, l'examen séparé de l'urine de chaque uretère acquiert une importance spéciale. Aussi, depuis Simon, des procédés les plus divers ont-ils été préconisés dans ce sens: compression par le rectum d'un des deux uretères, compression d'un orifice urétéral par la vessie soit au moyen du doigt, soit au moyen d'un instrument spécial, compression d'un des deux uretères sur la paroi iliaque. — Ces procédés sont à peu près délaissés aujourd'hui. On leur a substitué le cathétérisme de l'uretère dont nous verrons plus loin la technique; mais envisagé ici au seul point de vue de sa valeur pour l'établissement de la bilatéralité des lésions, il donne des résultats pratiques, quand l'urine recueillie dans chaque uretère présente histologiquement, bactériologiquement et cliniquement les preuves d'une lésion bilatérale. Mais lorsque le résultat est négatif pour le rein supposé malade, on ne peut en inférer son intégrité. C'est ce qui ressort de nombreuses discussions soutenues dans ces derniers temps à ce sujet<sup>(1)</sup>. Les difficultés tiennent précisément à ce qu'un rein malade peut donner une quantité d'urine normale. — L'épreuve du bleu de méthylène a donné à cet égard les résultats suivants: (Castaigne, Achard<sup>(2)</sup>, Guyon<sup>(3)</sup>, Bard<sup>(4)</sup>) et dans les rétentions rénales, il existe un retard d'élimination; mais au point de vue de la bilatéralité des lésions, il faudrait pratiquer le cathétérisme des uretères avant de faire l'injection pour savoir si son apparition a lieu dans les limites normales. Sans vouloir rien préjuger de cette question encore discutée, je crois, d'après les observations publiées jointes aux miennes, que l'apparition normale du bleu et du chromogène suivant leur cycle défini, constitue une forte présomption en faveur de l'intégrité de l'un des deux reins. En y joignant le cathétérisme urétéral ou mieux la simple cystoscopie, on aura vraiment là un élément de diagnostic dont il faudra tenir le plus grand compte, dans l'appréciation de la bilatéralité des lésions. — La technique est la suivante: après avoir vidé la vessie, on injecte sous la peau de la cuisse du malade 1 centimètre cube d'une solution stérilisée de bleu de méthylène au vingtième; puis on fait uriner le malade toutes les heures. Le bleu doit apparaître normalement dans la première heure, augmenter d'intensité pendant quelques heures, pour diminuer et disparaître après 36 à 48 heures. Le chromogène, dont on décele la présence par l'ébul-

<sup>(1)</sup> Voy. CASPER, ISRAËL, etc. Soc. de méd. de Berlin, 1898.

<sup>(2)</sup> CASTAIGNE et ACHARD, *Diagnostic de la perméabilité rénale*. (Soc. méd. des hôp., 50 avril, 18 juin 1897, 14 janvier 1898.) — CASTAIGNE, *Diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène*. (Revue générale in *Gaz. des Hôp.*, 11 juin 1898, n° 66.)

<sup>(3)</sup> GUYON, *Ann. gén. urin.*, octobre 1897.

<sup>(4)</sup> BARD, *Gaz. heb.*, 27 mai 1897 et Soc. des Sciences méd. de Lyon, 1<sup>er</sup> décembre 1897.



lition de l'urine additionnée de quelques gouttes d'acide acétique, s'élimine normalement avec le bleu, mais en quantité moindre. Suivant l'état plus ou moins grave du rein, j'ai vu le retard, la prolongation et même l'absence complète du bleu dans l'urine sécrétée : le chromogène seul filtrait en petite quantité. Mais il faut tenir, dans l'appréciation des résultats, le plus grand compte des éliminations polycycliques ou intermittentes (1).

En somme, nous voyons, en interrogeant méthodiquement la région rénale et l'état général du sujet, qu'il est rare qu'on ne puisse arriver à porter le diagnostic de lésion du rein, mais c'est la notion d'unilatéralité ou de bilatéralité qui est encore le problème aussi délicat qu'important en chirurgie rénale. Tous les moyens de diagnostic local ou général doivent être longuement et patiemment mis à contribution, et de simples nuances symptomatiques prennent alors une valeur capitale.

## CHAPITRE II

### TRAUMATISMES DU REIN

Les traumatismes du rein ont été connus de tout temps. Les faits épars ont été réunis et analysés par Rayet; les travaux successifs de Ravel, Bloch, Maas, Gargam, en ont établi l'évolution clinique; Clément Lucas, Brodeur, Tuffier, Reczey, ont eu plus spécialement en vue le mécanisme, l'anatomie pathologique et le traitement. La *tolérance* remarquable de l'organe et la facilité avec laquelle il répare ses solutions de continuité constitue le fait le plus important de leur histoire.

Les traumatismes du rein comprennent :

1° Les contusions; 2° les plaies.

BRYANT, *Guy's Hosp. Rep.*, 1861, p. 42. — RAYER, *Maladies des reins*, t. I, p. 248. — JOËL, *Bull. de la Soc. méd. de la Suisse rom.*, 1870, p. 162. — RAVEL, Thèse de Paris, 1870. — BLOCH, Thèse de Paris, 1875. — LETULLE, *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 256. — BARTH, *Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 659. — MAAS, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1878, t. X, p. 126. — SOLLER, *Lyon méd.*, 1880, p. 553. — GARGAM, Thèse de Paris, 1881. — VERET, Thèse de Paris, 1882. — POTREULT, Thèse de Paris, 1882. — ROWDON, *Proc. of the med. and surg. Soc.*, 22 may 1885. — CLEMENT LUCAS, *Lancet*, 1884, t. I, p. 698. — BRODEUR, Thèse de Paris, 1886. — MAUNOURY, 1<sup>er</sup> Congrès français de chir., 1885, p. 250. — GELLY, *Rev. méd. de l'Est*, 1884, p. 251. — MORRIS, *Surg. diseases of the Kidney*, p. 117. — OTIS, *Boston med. and surg. Journal*, 1887, t. II, p. 571. — TUFFIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1888, p. 567 et 617. — TUFFIER, *Traumatismes des reins*. *Archives de méd.*, 1888, t. XXII, p. 591 et 697 et 1889, t. XXIII, p. 335. — TUFFIER, *Études expérimentales sur la chirurgie du rein*, 1889, p. 65. — RECZEY, *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1889, p. 467. — MILTAS, Thèse de Paris, 1889. — HERTZOG, *Münchener med. Wochenschrift*, 1890, p. 198. — GRAVITZ, *Langenbeck's Arch.*, t. XXXVIII, 1889, p. 419. — HOCHENEGG, *Soc. imp. roy. de méd. de Vienne*, 1890. — TUFFIER, *Contusion rénale. Néphrectomie*. *Annales génito-urinaires*, 1892. — Soc. de chir., 1894. Discussion sur la contusion du rein. — BIDAULT, Thèse de Paris, 1894. — REIN, Thèse de Moscou, 1894. — ROUX, *Revue méd. de la Suisse romande*, septembre 1894, t. XIV, p. 477. — GUTERBOCK, *Langenbeck's Arch.*, 1896, t. LI. — BARTH, Des modifications histologiques produites par la guérison des plaies du rein et de la question de la régénération du tissu rénal. *Arch. für klin. Chir.*, 1895, XLV, p. 1. — CLARKE, Luxation aiguë du rein. *Royal med. and Chir. Soc.*, 11 avril 1895. — YVANOFF, Un cas de rupture sous-cutanée du rein gauche et son traitement. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895.

(1) CHAUFFARD et CAVASSE, Contribution à l'étude de la perméabilité rénale chez les hépatiques. *Presse méd.*, 12 mars 1898. — CASTAIGNE, *Gaz. des Hôp.*, 11 juin 1898.

616. — BOIFFIN, Contusion violente du rein. Hématuries, coliques néphrétiques. Guérison. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 528. — ROUX (Lausanne). Trois observations de traumatisme graves du rein. *Rev. méd. de la Suisse romande*, sept. 1894. — FOY, De l'intervention chirurgicale dans les déchirures du rein. Thèse de Paris, 1894. — BROCA, Hémophilie rénale et hémorragies rénales sans lésion connue. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1894, p. 881. — BARON, Rupture du pédicule vasculaire du rein. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896. — DENNY, Un cas d'hématurie rebelle. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896. — GUTERBOCK, Contusions et déchirures du rein. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896. — HOLZ, Commotion rénale. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1896. — DORDONNAT, Des épanchements uro-hématiques périrénaux dans la contusion du rein. Thèse de Paris, 1896. — KEEN, 155 cas de lésions traumatiques du rein, *Annals of Surg.*, août 1896. — LEMON, Deux cas de blessures du rein par armes à feu. *Journal Amer. med. Assoc.*, 9 janvier 1897. — SLADOWSKI, Des ruptures du rein. Thèse de Halle, 1897. — PFEIFFER, Des lésions du rein, suites de contusions. Thèse de Leipzig, 1897. — BURMEISTER, Des ruptures du rein. Thèse de Marburg, 1898.

## I

### CONTUSIONS

Ce sont les ruptures traumatiques du parenchyme rénal sans communication directe avec l'extérieur.

**Étiologie.** — La contusion du rein a lieu soit par action indirecte (commotion), soit par action directe (contusion proprement dite).

**I. Contusion indirecte. — COMMOTION.**

— Les ruptures du rein par commotion se produiraient dans trois circonstances : 1° par suite d'une chute sur les pieds, ou sur le siège; 2° par une série de chocs brusques et répétés du corps comme cela a lieu dans l'équitation; 3° par un effort musculaire violent. La lecture des observations prouve que nombre d'accidents, regardés comme des commotions rénales, ont trait à des ruptures urétrales ou à des hématuries survenant à propos d'un traumatisme chez des malades

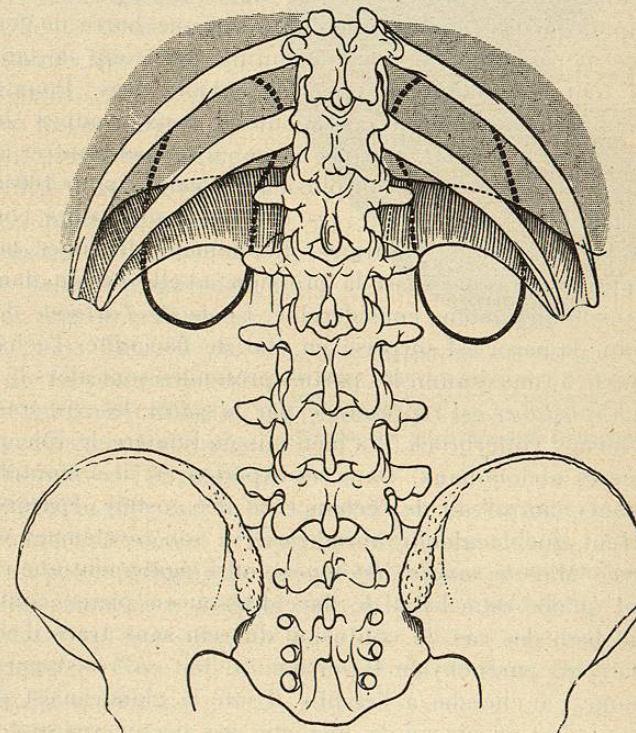


FIG. 57. — Rapports du rein avec la plèvre et le poumon. — Ils montrent que la glande rénale est intra-thoracique et ils expliquent pourquoi la percussion lombaire est si infidèle. La 12<sup>e</sup> côte est longue. Le rein peut s'écraser sur la côte ou sur l'apophyse transverse. (Dessin de M. le professeur Farabeuf, in Thèse de Récamier.)