

reconnaître les *épanchements urinaux enkystés* et les *kystes* proprement dits.

Quant aux *tumeurs*, Roberts, Dickinson, Ebstein font jouer un rôle au traumatisme, comme valeur étiologique. Les observations prouvent que ce facteur n'a, dans le cas particulier, que la valeur qu'on lui reconnaît dans le développement des tumeurs en général.

Il en est tout autrement pour le *rein mobile*. Il est nettement démontré qu'à la suite d'un traumatisme, on a pu constater le déplacement d'un rein, surtout chez l'homme; mais, là encore, le traumatisme a pu n'être que l'occasion de cette mobilité; il est probable que la vraie cause résidait dans une débilité congénitale de l'appareil suspenseur du rein. Nous avons recherché, chez un grand nombre de malades, la présence d'un rein mobile à la suite d'un traumatisme direct de la région lombaire ou après de violents efforts; nous n'avons jamais pu en trouver un seul cas.

En somme, la gravité principale des traumatismes réside dans les *accidents primitifs d'hémorragie* et dans les *accidents secondaires d'infection*. Les autres complications sont relativement rares. Quand le malade a traversé la première période, il a grandes chances de guérir complètement.

**Diagnostic.** — Il porte sur plusieurs points : 1° Le rein est-il blessé. 2° Quel est le degré des lésions. 3° Y a-t-il quelque complication. Si le blessé est en état de choc, le diagnostic est bien difficile, à moins qu'une hématurie vienne indiquer l'organe lésé ou qu'un cathétérisme bien avisé ne fasse découvrir du sang dans la vessie; l'autopsie seule révélera la lésion caractérisée par une déchirure du rein, et, en général, d'un des viscères adjacents, le foie ou la rate. D'autre part le diagnostic s'impose toutes les fois qu'une *tumeur* ou un *empâtement lombaire* sera reconnu, ou qu'une *hématurie*, véritable signe pathognomonique, apparaîtra. C'est en tenant compte de ces deux facteurs que le diagnostic de la contusion et de son degré peuvent être posés. Mais à côté de ces faits, de diagnostic facile, que d'incertitudes laissent certaines contusions! A la suite d'un choc lombaire, on trouve une douleur vive avec son siège et ses irradiations urétéro-testiculaires; mais l'urine est claire, la région contuse inexplorable à cause des douleurs dont elle est le siège: le diagnostic reste en suspens jusqu'au moment où l'émission d'urine sanguinolente, ou l'apparition d'une des complications tardives révélera la lésion rénale. Tout au plus dans ces cas, *en palpant* soigneusement le rein, comme nous le faisons pour les contusions osseuses (loin du point frappé ou sur la face opposée), provoquera-t-on une douleur qu'une déchirure rénale pourra seule expliquer. L'*examen des urines*, l'oligurie persistante d'une part, la présence de globules sanguins dans l'urine d'autre part, permettront de hasarder une hypothèse. En somme, le diagnostic est toujours très difficile dans ces cas, et le fait est d'autant plus grave que souvent les ruptures complètes du rein ne s'accompagnent pas d'hématuries. L'hématurie et la tumeur lombaire sont donc les éléments du diagnostic nosologique; ils permettent même de prévoir le *degré des lésions*. Une hématurie abondante, rutilante, ou accompagnée de caillots, continue, persistante est toujours d'un pronostic sérieux, quel que soit l'instant de son apparition. La présence d'une tumeur lombaire, même en l'absence d'hématurie, indique toujours une lésion profonde.

Quant aux *traumatismes des organes voisins*, fractures, déchirures viscérales, c'est la recherche méthodique de leurs signes propres qui les fera reconnaître.

Il est un diagnostic *tardif* important au plus haut point, c'est celui des *complications inflammatoires*. Aussitôt que la température s'élève, et se maintient élevée, une infection est à craindre. Une cause d'erreur est cependant à éviter: il ne faut pas prendre au tragique une faible élévation thermique passagère; comme j'ai cherché à le montrer, elle peut tenir à la simple résorption du sang épanché; mais dès que les douleurs lombaires deviennent plus vives, dès que la quantité des urines diminue, on doit penser à une infection du foyer contus et modifier la thérapeutique en conséquence. Enfin les *accidents à longue portée*, par leur importance dans toute la pathologie rénale, nous imposent la nécessité de rechercher dans le passé d'une néphrite, d'un phlegmon péri-rénal, d'une tumeur, d'un calcul ou d'une ectopie, l'*origine traumatique de l'affection*.

**Traitement.** — On peut être appelé à traiter un de ces blessés à trois périodes bien différentes :

1° Au moment du traumatisme.

2° Quand les accidents consécutifs ont éclaté.

3° Lorsqu'apparaissent les complications tardives.

1° Au *moment même de l'accident*, c'est le *choc* qu'il faut combattre. Les potions alcooliques, les piqûres d'éther, les injections sous-cutanées ou intraveineuses de solutions physiologiques de chlorure de sodium seront employées avec succès. Cette première période traversée, on est en présence d'une *hémorragie* se faisant jour par l'uretère, ou diffusant dans l'atmosphère péri-rénale. Le repos absolu dans le décubitus dorsal, la morphine à petites doses pour calmer la douleur, l'absorption de petits fragments de glace pour empêcher les vomissements, n'agissent qu'indirectement. L'application de glace sur la région lombaire, l'ergotine, l'infusion de matico, le perchlorure de fer, employés en pareil cas, n'ont jamais donné de résultats bien certains; c'est qu'il s'agit alors de la rupture d'un vaisseau de gros calibre. La compression de la région lombaire au moyen d'une bande de flanelle garnie d'ouate remplira le meilleur rôle hémostatique; toutefois il ne faut pas exagérer son efficacité et avant tout, la méthode décongestionnante (applications de ventouses, alimentation légère, boissons abondantes, quoi qu'en disent les auteurs anglais, les larges irrigations rectales) est susceptible d'avoir une action; mais elle est souvent insuffisante et c'est alors que se pose la question d'intervention. Je ne signale que pour mémoire le moyen proposé par Fenwick<sup>(1)</sup>, d'aspirer par l'uretère un coagulum du rein pour oblitérer ce conduit; ses compatriotes, Morris, Bruce, Clarke en ont fait justice. Mais si l'hémorragie persiste, sous forme d'hématurie, sous forme d'hématome lombaire péri-rénal, ou surtout avec tous les signes d'une hémorragie interne, le *traitement chirurgical* s'impose. On aborde le rein par laparotomie ou incision lombaire; on se rend maître de l'hémorragie, soit par la ligature d'un vaisseau, soit par la néphrectomie partielle que nous avons préconisée, dont nous avons montré expérimentalement et cliniquement l'efficacité et que Czerny<sup>(2)</sup> appliqua avec succès, soit enfin par le tamponnement aseptique qui a si bien réussi à Adenot. La néphrectomie totale ne sera pratiquée que dans les cas où le rein est complètement broyé. L'indication de l'intervention armée me paraît être l'hématurie persistante,

(1) FENWICK, *Lancet*, 1887, t. I, p. 576.

(2) CZERNY, HERCZEL, *Beiträge zur klin. Chir.*, t. VI, p. 512, 1890.

BIBLIOTECA  
FAC. DE MED. U. NARA

accompagnée de caillots abondants qui provoquent une rétention d'urine, la tumeur lombaire progressivement croissante, avec symptômes d'anémie aiguë et les signes d'hémorragie interne. Dans les cas où il y a plusieurs viscères lésés, et où le blessé est en état de choc, l'intervention primitive doit bien entendu être ajournée.

Quant à la conduite à tenir *en face de la déchirure constatée*, elle diffère suivant les cas. Je trouve qu'on a peut-être abusé de la néphrectomie primitive et totale dans ces cas<sup>(1)</sup>. Il s'agit en somme d'une rupture d'un organe qui jusqu'alors était sain, et cet organe est de la plus haute importance. La méthode conservatrice s'impose dans toute sa rigueur. Les ruptures des gros vaisseaux du hile, les déchirures de l'uretère contre lesquelles toute tentative de suture paraît inutile, les écrasements du rein en plusieurs fragments, dont aucun n'est pourvu de vaisseaux émulgents, ceux du bassin, sont les seules indications d'ablation totale primitive. En dehors de ces cas, il faut suturer les fragments. J'ai eu l'occasion de voir un malade qui, à la suite d'une très violente contusion lombaire fut atteint d'accidents graves qui nécessitèrent mon intervention. Une incision des lombes me fit constater une déchirure de la face postérieure du rein dans laquelle je trouvai l'extrémité encore adhérente de la première apophyse transverse lombaire; je fis la résection du fragment osseux et la suture du parenchyme rénal déchiré. Mon malade a conservé son rein et a guéri. Suture du parenchyme, résection partielle du rein, tels sont donc les moyens que l'expérimentation et la clinique recommandent, l'ablation totale n'étant qu'un pis-aller<sup>(2)</sup>.

Les accidents consécutifs doivent être surveillés de très près. La rétention d'urine par les caillots nécessitera le cathétérisme aseptique, et nous ne saurions trop répéter qu'une asepsie parfaite est ici indispensable, car il existe, de la vessie jusqu'au rein, une vaste nappe sanguine qui fournirait un excellent milieu de culture. L'asepsie des plaies concomitantes, et le traitement des moindres complications médicales seront soigneusement effectués sous peine de voir une auto-infection s'établir et provoquer une suppuration rénale. L'élévation de la température ne constituera une indication opératoire qu'autant qu'elle sera continue et quant aux hémorragies secondaires, c'est leur répétition et leur intensité qui nous guideront. L'empâtement péri-rénal, même longtemps persistant, ne nécessite pas de traitement spécial.

Dès qu'une infection se sera manifestée, dès que la suppuration sera évidente, elle nécessitera l'intervention immédiate, puisque la statistique montre une mortalité considérable en pareil cas (75 pour 100). L'incision franche des abcès péri-néphrétiques ou du rein suppuré est la meilleure pratique à suivre. Dans le cas où la collection purulente aurait détruit la plus grande partie du rein, la néphrectomie s'imposerait, surtout s'il s'agissait d'un blessé encore jeune, ou si plusieurs petites collections purulentes intra-rénales ne permettaient pas une évacuation totale, ainsi que cela avait lieu chez cette malade dont j'ai représenté le rein fig. 61.

Les accidents tardifs tels que les œdèmes vaso-moteurs, les hémianasarques non albumineuses, cèdent sans traitement spécial. Les douleurs peuvent persister souvent pendant des mois; elles peuvent même gêner la marche et présenter des recrudescences à forme névralgique, mais je les ai toujours vues

(1) KUSTER, 8 néphrectomies pour traumatismes du rein. — Roux, *loc. cit.*

(2) ADENOT, *loc. cit.*

céder. Je laisse de côté ce qui a trait aux *néphrites médicales*, aux *néoplasmes*, aux *calculs d'origine traumatique*: leur traitement ne diffère pas de celui des mêmes lésions spontanées. Je crois seulement qu'il est bon, après les traumatismes, d'instituer un traitement qui donne un minimum de travail à l'émonctoaire rénal et je prescris généralement le régime lacté pendant quelques semaines, dans ces cas.

## II

## PLAIES DU REIN

**Étiologie.** — Ces accidents sont plus rares que les contusions. La profondeur à laquelle siège le rein explique pourquoi ces plaies sont surtout produites par des instruments piquants ou par des armes à feu. Je conserverai ici la division classique en *plaies par instruments piquants, tranchants, contondants et plaies par armes à feu*, tout en indiquant de suite que l'intérêt chirurgical de la blessure est surtout lié à sa voie de pénétration *lombaire* ou *abdominale*.

**I. Piqûres du rein.** — Ce sont là des accidents très rares. Les faits les plus connus sont le coup de poignard rapporté par Fallope, le coup d'épée dont parle Garengot<sup>(1)</sup>; quant à ce coup de fourche<sup>(2)</sup> qui choisit la voie rectale pour pénétrer jusqu'au rein, il détermina plutôt une plaie contuse. La vraie plaie par instrument piquant est celle que nous faisons en explorant un rein calculeux par acupuncture ou en passant les fils dans la néphrorraphie; il est à peine besoin d'insister sur son innocuité. Seul l'écoulement sanguin, relativement abondant, pourrait paraître inquiétant; j'ai essayé de démontrer<sup>(3)</sup> qu'il cède rapidement à une simple compression.

**II. Plaies par instruments tranchants et contondants et par armes à feu.** — Les coups de couteau, de sabre ou de yatagan pénétrant jusqu'au rein par la région lombaire, constituent les agents habituels de ces traumatismes. Rayer rapporte le cas d'une blessure par coup de couteau qui pénétra au-dessous de la 10<sup>e</sup> côte et sépara net le bord inférieur de l'organe. Les plaies par armes à feu sont plus fréquentes; outre les 78 faits de la guerre de Sécession, nous en avons rassemblé 58 observations; elles pénètrent soit par la région lombaire, soit en un point quelconque du thorax ou de l'abdomen, souvent très loin de la région rénale. Otis<sup>(4)</sup> a vu une plaie du rein dont l'orifice d'entrée était produit par une balle ayant pénétré sous la clavicule gauche, et Morris cite un fait où la balle d'un revolver de 7 millimètres pénétra par la région précordiale pour atteindre le rein: le malade guérit.

**Anatomie pathologique.** — L'anatomie pathologique des plaies du rein comprend: 1<sup>o</sup> L'étude de la solution de continuité suivant sa cause; 2<sup>o</sup> son évolution macroscopique; 3<sup>o</sup> l'étude histologique de son mode de réparation.

(1) GARENGOT, *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. II, p. 117.

(2) MURPHY, *Monthly Arch.*, mars 1854. In MORRIS.

(3) ROBINEAU-DUCLOS, Thèse de Paris, 1890.

(4) OTIS, *Med. and surg. history of American War of Rebellion*, t. II.