Les côtes et l'os iliaque aussi, et cela se conçoit aisément ; — sans oublier la colonne vertébrale, l'intestin, etc., — qui figurent pour un bon pourcentage

Plus le traumatisme est intense et plus les lésions sont étendues, plus la douleur sera vive. A la suite de l'accident, très souvent le blessé est dans un état syncopal marqué qui domine toute la scène.

L'augmentation graduelle de la masse rénale va ajouter aux douleurs, — attendons-nous-y.

La douleur revêt-elle une forme paroxystique. — sachons que le rein et l'uretère sont " en travail d'expulsion " de caillots et prévoyons leur présence dans l'urine.

La douleur locale aura mis l'esprit en éveil, — l'urine hémorrhagique aura frappé l'œil. —

C. L'ECCHYMOSE régionale guidera l'œil. Elle n'est pas constante, méfions-nous. La main tirera plus de renseignements de l'exploration de la loge lombaire. Découvre-t-elle une :

D. MASSE à l'échancrure costo-iliaque, — qu'elle a le dernier élément pour préciser le diagnostic.

Souvent impossible à être délimitée immédiatement après l'accident à cause de son petit volume encore et de la défense musculaire, — elle ne tarde pas à se manifester par ses dimensions et atteindre des proportions considérables, chez notre malade elle descendait à la crête iliaque et se portait vers l'ombilic.

Il y a mieux encore. Letulle rapporte un cas où le foyer s'étendait jusqu'au cul-de-sac resto-vésical. Tuffier en cite cinq cas identiques.

Je n'insiste pas sur le collapsus qui persiste accompagné d'un pouls filiforme, indice d'hémorrhagie interne alarmante ; — sur les symptômes de péritonite rapide, signe de lésion intestinale. — sur les douleurs à la respiration, qui nous font penser à une lésion costo-pleurale.

QUE FAIRE ? — car c'est là et toujours qu'il faut en arriver. Le malade souffre, la famille est anxieuse, nous ne sommes pas là

pour nous croiser les bras : que faire ? Il faut juger vite et agir de même.

CONTRE LE COLLAPSUS, — les stimulants diffusibles : sparteine, strychnine, caféine, l'éther s'il faut agir vite, et bien que son injection soit douloureuse, — l'huile camphrée, qui pour agir moins rapidement a une action de longue main.

ET LA DOULEUR ? — car le malade souffre et pour lui le reste n'est rien encore. La morphine naturellement, prudemment, à petites doses graduées avec l'état de dépression du blessé. Piquons la loco dolenti.

ET LOCALEMENT, — ferons-nous quelque chose encore ? Mais oui. De la compression par une bande abdominale, une bonne ceinture de préférence en flanelle. Puis de la glace.

Et autre chose encore ? Non, — 12 heures de recueillement et d'observation. Pendant ce temps notre blessé sortira du collapsus et prendra regain de vie. Vous aurez ainsi loisir d'aviser. Comme ces cas sont généralement graves, n'assumez pas à vous seul la responsabilité : appelez un chirurgien en consultation : l'union fait la force. En attendant, veillez aux urines, faites-les conserver. Si le malade n'urine pas, faites un cathétérisme, et ici avec les *plus strictes conditions d'aseptie*, car la vessie contenant du sang ne demande qu'à s'infecter.

Si le blessé persiste, comateux — probablement par fracture du crâne et hémorrhagie cérébrale, — ou en quasi lypothimie avec pouls filiforme par hémorrhagie interne, — ne tardez pas, appelez votre consultant.

Dans ces cas de traumatisme du rein, et de fait dans les affections de l'arbre urinaire, il faut employer tous les moyens de recherche à notre disposition qui nous permettent de préciser le diagnostic et partant la thérapeutique. Nous ne saurions trop insister sur les renseignements que peuvent fournir en particulier la cystoscopie et la séparation endo-vésicale des urines. En maintes occasions elles nous ont été de précieux secours. La première nous permet de constater l'intérieur de la vessie, de son bas fond et d'observer l'état et le fonctionnement des orifices urétéraux. La seconde