

Des ruptures traumatiques du rein

Par le Dr Georges Luys, de Paris. (1)

Les ruptures traumatiques du rein sont souvent d'un diagnostic peu aisé, principalement lorsque la notion d'un traumatisme antérieur n'est pas nettement établie. Comme on le sait, les signes cliniques pathognomoniques permettant de reconnaître cette affection sont, avant tout, l'hématurie, coïncidant avec l'apparition d'une tumeur ou d'un empâtement lombaire. Mais, le plus souvent, des examens plus approfondis sont nécessaires pour obtenir un diagnostic précis.

En voici une observation :

Rupture traumatique du rein. Néphrectomie. Guérison.

Une femme B. S., âgée de trente ans, avait été admise d'urgence, le 21 juin 1909, à l'Hôpital de la Pitié dans le service de M. le Dr Arrou, salle Gerdy, brancard 27, où elle avait été amenée par un agent de police qui l'avait trouvée en état d'ivresse sur le trottoir.

Cette femme, qui répondait aux questions qu'on lui posait d'une façon vague et inintelligente, déclarait que, quelques jours auparavant, elle avait subi une chute dans un escalier et, depuis cet accident, se plaignait de douleurs dans le ventre sans localisation précise. Un premier examen avait montré que ces douleurs étaient plus accentuées du côté droit du ventre, et l'on avait pensé à une appendicite ?? Un examen plus attentif ayant montré qu'il s'agissait peut-être du rein, je fus appelé à l'examiner le 28 juin 1909. Cette femme me signala qu'à l'âge de vingt ans elle avait eu la syphilis; la région rénale droite ne présentait pas trace d'ecchymose ou de rougeur.

L'examen de ses urines montrait que celles-ci étaient sanglantes: la vessie avait une bonne capacité vésicale de 200 grammes. L'examen cystoscopique, pratiqué avec un cystoscope à prisme, montrait que toute la paroi vésicale était absolument saine et que les orifices urétéraux étaient normaux. Mais, tandis que l'orifice urétéral gauche donnait des éjaculations d'urines normales, au contraire, l'orifice urétéral droit fournissait des éjaculations nettement sanglantes qui donnaient l'impression d'une bouffée de fumée de cigarette ou de cheminée d'usine. Ce signe bien caractéristique établissait nettement et sûrement que c'était le rein droit qui saignait.

Aussitôt après la cystoscopie, la séparation des urines fut effectuée avec mon séparateur pendant vingt minutes environ, ce qui permit d'obtenir à droite des urines nettement sanglantes, à gauche des urines absolument limpides et normales.

Le cathétérisme de l'uretère droit fut ensuite pratiqué avec mon cystoscope à vision directe et une sonde No 7 fut introduite sans difficulté jusqu'au bassinnet. Cette manœuvre permit de constater que celui-ci était le siège d'une dilatation importante. La capacité du bassinnet ayant été recherchée, celui-ci fut reconnu considérablement dilaté; l'injection de plus de 80 grammes de liquide dans le bassinnet n'amenait aucune réaction douloureuse. L'analyse chimique des urines séparées fut pratiquée par M. Camboulin, interne en pharmacie du service; elle donna les résultats suivants :

	Rein droit	Rein gauche, Vessie
Volume.....	8 c. c.	13 c. c. 24
Couleur.....	brune.	jaune clair. ambrée.
Urée par litre....	7gr,45 c.	12gr,00 c. 19gr,51 c.
Chlorure.....	2gr,447 c.	4gr,48 c. 6gr,72 c.
Albumine.....	abondante	abondante abondante
Examen du dépôt.	abondant, brunâtre contenant les mêmes éléments que l'urine de la vessie.	nul. abondant, constitué par de l'urate de soude, des cellules épithéliales, des leucocytes, des hématies et quelques cylindres hyalins et ciroux.
Recherche des bacilles.	négative	négative négative.

En présence des résultats de cet examen, on pouvait donc être sûr que le rein droit saignait, avait un fonctionnement défectueux et présentait des altérations du bassinnet, puisque celui-ci était énormément dilaté. Le rein gauche avait un bon fonctionnement, quoiqu'il présentât cependant des lésions de néphrite révélées par la présence d'albumine dans l'urine de ce rein. L'intervention chirurgicale était donc indiquée et M. le Dr Arrou voulut bien m'en confier le soin.

Le 5 juillet 1909, je pratiquai la néphrectomie par voie lombaire. Aussitôt le rein découvert, celui-ci apparut d'un volume énorme. Pour essayer de le réclaircir, une ponction fut faite avec un aspirateur Potain qui me permit de n'évacuer que du sang et des caillots. La coque rénale étant ainsi moins tendue, je pratiquai la décortication de l'organe qui fut particulièrement pénible et difficile; il y avait des adhérences partout qui furent extrêmement laborieuses à vaincre.

Quoi qu'il en soit, le pédicule fut lié et le rein enlevé. La coupe longitudinale de l'organe permit de constater que les deux tiers supérieurs du rein étaient intacts et ne semblaient pas présenter des lésions appréciables. Le pôle inférieur était complètement séparé du reste du parenchyme par une énorme masse de caillots sanguins dont le volume total était bien trois ou quatre fois celui du rein. Il y avait donc eu certainement, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la figure ci-jointe, arrachement du pôle inférieur du rein et hémorrhagie sous-capsulaire qui s'était développée entre les deux parties de l'organe rupturé.

Ce cas semble particulièrement intéressant. car, en dehors de cette énorme hémorrhagie intra-rénale, il n'existait aucune trace de contusion extérieure ni sur la peau, ni dans la capsule adipeuse du rein, ni au niveau du pédicule.

Le 31 juillet, la malade était presque complètement guérie: elle urinait bien, la quantité d'urine variait entre

(1) Publié simultanément dans "La Clinique."