

ANATOMIE

Cachés au plus profond de la cavité abdominale, masqués en avant par les viscères abdominaux qui les recouvrent, les reins semblent au premier abord des organes inaccessibles. Ils sont dans la région lombaire, de chaque côté de la colonne vertébrale. l'un à droite, l'autre à gauche. Leur extrémité supérieure remonte sous la coupole diaphragmatique jusqu'au bord supérieur de la 11^e côte, à la hauteur du disque qui sépare la 11^e de la 12^e vertèbre dorsale. En bas ils dépassent dans une assez large étendue le bord inférieur de la 12^e côte et descendent jusqu'au bord supérieur de la 3^e vertèbre lombaire.

Ils ont deux faces : l'une regarde en avant, l'autre est tournée en arrière et reste accolée à la paroi abdominale postérieure.

La face antérieure est recouverte des deux côtés par le feuillet pariétal du péritoine; mais les rap-

ports qu'elle contracte avec les viscères abdominaux différent à droite et à gauche. A droite, c'est le foie qui présente une dépression pour la recevoir; de ce côté encore, c'est le côlon ascendant qui passe en oblique sur sa partie inférieure. A gauche la face antérieure du rein est cachée par le côlon descendant qui la recouvre au moins en bas; elle est en contact en haut avec la rate et la queue du pancréas.

La face postérieure des reins est en grande partie protégée par le bord inférieur du thorax, par les deux dernières côtes doublées du diaphragme et du sinus pleural. Plus bas, au-dessous de la 12^e côte, le rein devient relativement superficiel: les muscles de la paroi abdominale postérieure avec leurs aponévroses le séparent seuls à ce niveau de l'extérieur. C'est là, au-dessous de la 12^e côte, au-dessus de la crête iliaque, en dehors des muscles sacro-lombaires, à l'intersection des aponévroses du carré lombaire, qu'est le point faible de la protection du rein.

Les vaisseaux abordent le rein par son bord interne; artères et veines pénètrent ensemble au niveau du hile. La veine rénale droite est très courte, le rein touche presque la grosse veine cave inférieure. L'artère rénale gauche est aussi très courte, le rein gauche étant tout près de l'aorte. Du hile se détache le conduit excréteur du rein, l'uretère; il prend naissance par une partie souvent

renflée, qu'on appelle le bassin, et se continue jusqu'à la vessie en un conduit cylindrique et régulier.

Telle est la disposition générale de l'appareil rénal. Dans cette situation, trois voies différentes permettent d'aborder le rein, la voie antérieure, la voie latérale et la voie postérieure.

La voie antérieure, c'est la voie abdominale; c'est la laparotomie. Une fois le péritoine ouvert, les viscères abdominaux sont écartés et le rein mis à nu.

La voie latérale, c'est l'incision dans le flanc, sur la ligne axillaire ou plus en avant: le péritoine est décollé, mais non ouvert; on chemine jusqu'au rein qu'on aborde par son bord externe. Ce n'est qu'un dérivé de la méthode postérieure, également extra-péritonéale.

La voie postérieure ou lombaire est la plus suivie; de ce côté le rein est relativement superficiel: entre la 12^e côte en haut et la crête iliaque en bas, s'étend un espace quadrilatère, qui représente le champ d'opération dans l'abord du rein par la voie lombaire. Il n'est besoin pour l'atteindre à ce niveau que de cheminer entre les couches musculaires sans crainte de rencontrer le péritoine, sans crainte de blesser un viscère ou un organe important. Sur le bord externe, toujours appréciable, de la masse sacro-lombaire, une incision découvre au-dessous de la peau et du tissu sous-cutané le grand dor-

sal, les trois feuillets de l'aponévrose du carré lombaire renforcés en haut par le ligament lombocostal de Henle, le carré lombaire lui-même; au-dessous de ce muscle, le rein apparaît par son extrémité inférieure au milieu de cette graisse jaune, qui forme son atmosphère de protection: le côlon est plus en dehors. La plèvre cependant dépasse de quelques centimètres la 12^e côte; suivant que celle-ci est longue ou courte, la plèvre la dépasse dans son tiers interne seulement, ou dans toute son étendue (Récamier), et cette notion de la longueur ou de la brièveté de la 12^e côte doit toujours être établie avant l'opération, pour savoir jusqu'à quel point s'étend au-dessous de la côte le cul-de-sac pleural.

CHAPITRE PREMIER

DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LES REINS

I

DE L'EXPLORATION DIRECTE DU REIN

Les différentes méthodes d'exploration *indirecte* rendent de grands services dans la chirurgie rénale: la palpation surtout, la recherche du *ballotement* dénote les moindres augmentations de volume ou de mobilité. Et cependant il est des cas plus complexes où l'exploration extérieure ne suffit plus pour donner sur l'état du rein des notions assez précises: il en est ainsi par exemple chez certains sujets atteints de lithiase, de tuberculose ou de cancer au début, et il est de ces malades pour lesquels s'impose la nécessité d'une intervention exploratrice, d'une exploration *directe*. Les indications de ces opérations seront étudiées chemin