

## CHAPITRE PREMIER

### AFFECTIONS DU REIN

---

#### I

#### DES TRAUMATISMES DU REIN

On divise en deux classes les traumatismes du rein : il y a les plaies et les contusions. Les plaies sont produites par des instruments divers, piquants, tranchants, contondants, par des armes à feu. Les contusions sont produites par des chocs directs ou indirects ; mais la lésion est toujours sous-cutanée, les téguments restent intacts, l'évolution se fait différente, et il y a lieu de maintenir, même au point de vue du traitement, la distinction établie.

Depuis que la néphrectomie est entrée dans la pratique courante, on a cherché à l'appliquer immédiatement à un organe contus, rupturé ou sectionné. Des travaux récents ont consacré tant en France qu'à l'étranger l'évolution de cette phase

nouvelle; parmi les travaux étrangers, les deux plus importants sont ceux de Maas<sup>1</sup> et de Clément Lucas<sup>2</sup>. Chez nous M. Le Dentu a écrit dans son bel ouvrage sur la chirurgie du rein un chapitre magistral sur les traumatismes, et plus récemment Tuffier<sup>3</sup> étudiait dans un mémoire très riche en documents la même question à l'aide de la clinique et de l'expérimentation. Depuis lors, je ne connais que l'intéressant travail de MM. Gérard Marchand et Aldibert sur les déchirures du rein en particulier<sup>4</sup>.

#### A. Des plaies du rein.

La profondeur à laquelle le rein se trouve caché dans la région lombaire explique la rareté relative des plaies intéressant cet organe : ses rapports avec le foie et l'intestin expliquent par ailleurs comment et avec quelle fréquence les viscères abdominaux sont lésés en même temps que le rein.

1. MAAS, *Klinische und experimentale Untersuchungen über die subcutanen Quetschungen und Zerreibungen der Nieren. Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1878.

2. LUCAS, *On the traumatic lesion of the kidney. The Lancet*, 19 avril 1884.

3. TUFFIER, *Traumatismes du rein. Arch. gén. de méd.*, 1889.

4. GÉRARD MARCHAND et ALDIBERT, *Du diagnostic et de l'intervention chirurgicale dans les contusions du rein. Lecrosnier et Babé*, in-8, 55 p., 1889.

Pour aborder le rein, l'instrument vulnérant pénètre en avant ou pénètre en arrière : dans le premier cas, la plaie du rein se complique d'une plaie pénétrante de l'abdomen, le péritoine est ouvert, le pronostic en est aggravé. Dans le second cas, la plaie est lombaire, elle reste extra-péritonéale; c'est déjà un élément de gravité en moins.

*Evolution et gravité des plaies du rein.* — Abandonnées à elles-mêmes, que deviennent les plaies du rein? Elles guérissent le plus souvent avec une incroyable simplicité : la clinique autant que l'expérimentation a montré jusqu'à l'évidence cette tendance manifeste du tissu rénal vers la réparation. Et cependant les statistiques sont encore bien sombres : elles relèvent une forte proportion de mortalité. Dans les plaies par instruments tranchants la mortalité est environ de 25 pour 100 : elle s'élève à 42 pour 100 dans les plaies par armes à feu.

Mais les statistiques, nous le savons, sont toujours complexes : à côté des cas simples y figurent des cas compliqués, des traumatismes étendus avec lésions du péritoine ou des viscères avoisinants; ces accidents modifient beaucoup l'évolution des plaies du rein et contribuent pour une large part à donner à ces dernières une gravité qu'elles ne comportent pas par elles-mêmes.

Il est, en effet, deux catégories très tranchées à

maintenir, les plaies simples et les plaies compliquées. Pour les plaies compliquées, l'intervention sera presque toujours nécessaire autant pour réparer les lésions du rein, que pour remédier aux lésions viscérales concomitantes. Les plaies simples seront plus souvent au contraire abandonnées à elles-mêmes, l'intervention sera rare et exceptionnelle, à moins qu'un accident grave ne vienne forcer la main, immédiat ou éloigné.

Quels sont donc ces accidents? Parmi les accidents immédiats, la douleur primitive, le schock, la réaction générale, quelquefois très prononcées, ne le sont jamais assez pour légitimer par eux-mêmes une intervention. On les retrouve là comme ils se manifestent dans tous les grands traumatismes abdominaux, mais sans caractères spéciaux.

L'*écoulement d'urine* à l'extérieur est tout à fait exceptionnel : il ne s'observe presque jamais dans les plaies du rein, on ne le voit que dans les blessures qui intéressent les calices ou le bassinet. Sur 58 plaies par armes à feu, Tuffier ne trouve que 8 fois mentionné l'écoulement de l'urine à l'extérieur, et sur 37 blessures par instruments tranchants, il n'en trouve qu'un exemple. Et dans tous ces faits le rein était réellement intéressé, car parmi eux se trouvent les observations de Dupuytren et de Baudens, entre autres, dans lesquelles le doigt mis dans la plaie constata en toute certitude l'exis-

tence d'une lésion du rein. Tuffier<sup>1</sup>, d'ailleurs, n'a-t-il pas montré dans ses expériences comment grâce à la facile réunion des plaies du rein et à l'absence de sécrétion urinaire à leur niveau il n'en peut être autrement? L'issue de l'urine par la plaie, quand elle se produit, indique une lésion du bassinet ou des calices; mais dans les plaies du rein, cet écoulement ne se produit pas, et l'infiltration d'urine n'est pas à craindre.

L'*hémorragie*, l'écoulement de sang à l'extérieur, a beaucoup plus de valeur au point de vue du diagnostic et d'importance au point de vue du traitement. Des blessures profondes, même sans atteindre le rein, sont, il est vrai, susceptibles de donner lieu à des hémorragies persistantes et graves. Morgagni et Garengot ont vu des malades mourir d'hémorragie par coup de couteau dans la région lombaire : le rein n'était pas lésé, mais la veine rénale avait été touchée. Mais en général la persistance d'une hémorragie indique la profondeur de la blessure, et si la blessure est profonde le rein a chance d'être atteint. La plaie du rein saigne beaucoup, surtout lorsqu'elle a intéressé les gros vaisseaux du sinus. Dans les plaies par armes à feu, l'hémorragie primitive, au contraire, est plus rare : les vaisseaux ont été contusionnés en même

1. TUFFIER, *Études expérimentales sur la chirurgie du rein*. Steinheil, 1889.

temps que sectionnés, et il faut surtout redouter l'hémorragie secondaire et tardive. Rayer et Socin ont vu la mort par hémorragie secondaire survenir au 48<sup>e</sup> jour.

Enfin l'hémorragie, dans certains cas, s'effectue sous le péritoine décollé et autour du rein, ou dans le péritoine à travers une perforation : on songera toujours à la possibilité d'une de ces hémorragies internes qui emportent rapidement les blessés et qui sont d'autant plus à redouter qu'aucun écoulement de sang à l'extérieur n'attire l'attention de ce côté.

L'hématurie ne manque guère lorsque le rein est blessé; seules les plaies superficielles ne s'accompagnent pas d'hémorragie par le bassinet (Tuffier). Si la plaie est profonde, si les calices sont ouverts, l'hématurie paraît. Toutefois elle devient rarement un danger par son abondance ou sa ténacité; Tuffier ne cite qu'un cas de mort par hématurie. C'est donc là un fait exceptionnel, et en général l'hématurie s'arrête d'elle-même assez rapidement. Mais si le saignement persistait, si son abondance faisait craindre pour la vie, il ne faudrait pas trop attendre et chercher de suite à l'arrêter.

*Indications et contre-indications opératoires.* — Je laisse de côté les indications fournies par une plaie pénétrante de l'abdomen : celle-ci comporte

des indications spéciales, qui n'ont pas à être développées ici : elle nécessite l'intervention immédiate par la voie abdominale, dès que la direction de l'instrument vulnérant, les signes de pénétration indiquent en même temps que la lésion du rein la blessure d'un des viscères abdominaux.

Je m'occupe plus spécialement ici des indications fournies par la plaie rénale elle-même, en dehors de toute lésion concomitante des viscères abdominaux.

Il est des plaies du rein qui passent forcément inaperçues; dans les cas les plus simples, il n'est souvent pour caractériser la lésion du rein aucun signe évident, aucun signe pathognomonique et de certitude. Tout au plus se laissera-t-elle supposer d'après la direction et le siège de la plaie cutanée, d'après l'examen de l'instrument vulnérant ou la violence de sa pénétration. Mais ce ne sont jamais là que de simples probabilités : et la plaie reste parfois méconnue. Il n'y a pas d'ailleurs à le regretter : ces plaies légères évoluent avec la simplicité d'une blessure des parties molles, elles se réparent vite et complètement. Et il faut avant tout respecter ces tendances vers l'évolution spontanée : on s'abstiendra de toute exploration de la plaie au stylet : et s'il n'y a pas de complication, on se bornera à attendre et à surveiller.

Il n'en va plus de même si l'on se trouve en présence d'un de ces accidents qui par leur gravité

arrivent rapidement à compromettre l'existence.

Voici une hématurie ou une hémorragie abondante ou persistante, la compression est inefficace, l'épanchement de sang s'effectue autour du rein en même temps qu'une partie passe à l'extérieur, il existe des signes d'hémorragie interne, le malade s'affaiblit; il faut recourir de suite à une intervention. Mais quelle sera cette intervention?

Les opérations tentées dans ces circonstances ne sont pas encore nombreuses : deux opérateurs, Keen et Price, ont eu recours d'emblée à la néphrectomie pour des plaies du rein par arme à feu. La malade de Keen est morte au sixième jour, mais il y avait en même temps des lésions du foie et de l'estomac : le malade de Price a guéri. Dans des plaies par instruments tranchants, Marsaud, Brandt, Demons ont eu l'occasion de pratiquer trois fois la néphrectomie lombaire : les trois opérés ont guéri.

Ce ne sont là, je l'accorde, que des faits isolés, et il n'y a pas à baser sur eux une conclusion ferme; ils suffisent à prouver toutefois la bénignité relative de l'extirpation du rein dans ces circonstances, et l'utilité d'une intervention active et immédiate en présence d'accidents qui compromettraient rapidement l'existence. Aussi la conduite à suivre me semble devoir être posée de la façon suivante : débrider et agrandir la plaie lombaire et découvrir d'abord le rein.

Une fois le rein mis à nu, on se guidera sur

l'étendue et la variété des lésions. En principe, il faut conserver toutes les fois que c'est possible, et conserver tout ce qui est possible. On enlèvera donc les corps étrangers, s'il y en a : le parenchyme sectionné sera suturé, s'il est possible; un vaisseau important qui saigne sera lié, au besoin à l'aide d'un fil passant dans la substance même du rein. Si les lésions sont limitées à une extrémité, si par ailleurs elles sont irréparables par la suture, on est autorisé à réséquer cette extrémité; cette opération partielle, Czerny<sup>1</sup> l'a faite récemment et a guéri son malade. Mais si les désordres sont irréparables, si le rein est fragmenté en plusieurs masses, ou si la blessure est contuse, à foyers multiples, il n'y a qu'à jeter un fil sur le pédicule et à enlever par la néphrectomie ce qui reste du rein.

Parmi les accidents qui exigent encore une intervention immédiate il y a à mentionner la *luxation* partielle ou totale du rein entre les lèvres de la plaie lombaire. Il existe tout au plus sept cas de cette complication (Tuffier) : il s'agit le plus souvent de larges plaies de la région lombaire produites par un violent traumatisme. Le rein plus ou moins blessé et contus fait hernie entre les lèvres de la plaie cutanée. Faut-il enlever de suite le rein? faut-il le réduire après avoir réparé les lésions?

M. Le Dentu pose, comme il suit, les indications

1. Cité par HERCZEL, *Loc. cit.*

thérapeutiques dans la luxation récente : 1° Plaie très récente, rein intact : réduction, suture ou tamponnement selon les cas après lavage antiseptique de l'organe et de la loge cellulo-fibreuse.

2° Plaie récente ou non récente, rein largement divisé : néphrectomie immédiate.

3° Plaie datant d'un certain nombre d'heures, rein blessé ou même intact, extirpation immédiate. Pour cette troisième condition, c'est le temps écoulé depuis la blessure qui doit guider autant que l'état du rein lui-même; la formule précise est donc difficile à donner. La réduction devra être tentée, si l'on considère que la vitalité du rein n'est pas encore sérieusement compromise et que cette réduction n'expose pas le malade à une suppuration septique infiniment plus grave que l'extirpation dans des conditions simples, puisque l'opération se réduit à la ligature du pédicule d'un rein déjà décorqué (Le Dentu). La coloration du rein, sa température sont le critérium de son intégrité : tant qu'il a conservé sa couleur, tant que sa température est normale, la réduction est autorisée, à condition toutefois que les lésions soient encore réparables par la suture et la résection partielle.

En dehors de ces indications immédiates, où l'intervention est nécessitée par un accident urgent, on est d'autres fois appelé à agir sur un rein blessé, mais à une date ultérieure et pour des accidents éloignés : au bout d'un certain temps, en effet, l'in-

fection s'établit dans le foyer du traumatisme ancien, et le phlegmon périnéphrétique ou la pyélonéphrite se développent lentement, insidieusement. Il faut agir et traiter la collection suppurée par l'incision presque toujours, rarement par la néphrectomie<sup>1</sup>; mais ce n'est plus désormais d'une plaie du rein, c'est d'une périnéphrite ou d'une pyélonéphrite qu'il s'agit : le traitement ne présente en ces cas rien de particulier et je renvoie aux chapitres qui traitent des suppurations du rein.

J'en dirai autant des fistules rénales; elles sont exceptionnelles à la suite des plaies du rein. Lorsqu'elles existent, il s'agit presque toujours de fistules urétérales et nous verrons plus loin le traitement qui convient à ces dernières.

#### B. Contusions et déchirures sous-cutanées du rein.

Tous les degrés s'observent dans la contusion du rein depuis les simples ecchymoses sous-corticales et les petits épanchements miliaires, jusqu'aux foyers sanguins de la substance corticale et médullaire, et à la rupture de la capsule. On a même observé la séparation du rein en deux moitiés, et Rayer, Dumesnil, Morris ont rapporté des faits de

1. VILLENEUVE, *Plaie du rein par coup de couteau. Néphrectomie. Bull. de la Soc. de chir.*, 1891.