

devons signaler. Les symptômes généraux si intenses dans la forme ordinaire, peuvent manquer au début, et le phlegmon profond se développer sans déterminer ni réaction fébrile, ni perte d'appétit, ni aucun autre phénomène saillant.

La périnéphrite secondaire est modifiée, dans son aspect, par l'affection qu'elle complique. Ainsi, la périnéphrite symptomatique d'une lésion rénale, aura pu être précédée des douleurs spéciales aux coliques néphrétiques; dans la périnéphrite consécutive à une néphrite calculeuse, il y aura du gravier dans les urines; s'il s'y trouve du pus, du sang, l'inflammation siègeait dans les calices, ou le bassin. Si à ces symptômes viennent se joindre la douleur lombaire, la tuméfaction caractéristique, il sera naturel de penser que la phlegmasie s'est propagée au tissu cellulaire périrénal.

La périnéphrite se termine quelquefois par résolution; mais c'est excessivement rare; certains auteurs nient même d'une façon absolue ce mode de terminaison.

Enfin, on cite un cas de terminaison par gangrène.

Mais la suppuration est la règle. La périnéphrite a alors une marche aiguë, ou chronique. La première est beaucoup plus fréquente que la seconde. La marche aiguë est généralement rapide et a une durée moyenne de six semaines (Valleix); trois, avant que le pus ne se soit fait jour au dehors; trois autres, pour que les parties enflammées se détergent, que la suppuration se tarisse et que la plaie se ferme.

Dès que l'évacuation du pus a eu lieu par une perforation naturelle des tissus, ou par la main du chirurgien, on constate un soulagement immédiat chez le malade; le liquide d'abord abondant, diminue peu à peu, le mouvement fébrile tombe, l'appétit renaît et la guérison ne tarde pas à être complète.

Quant à la marche du phlegmon elle n'est pas toujours identique.

Il n'est pas rare de constater, quelques jours après le

début, l'arrêt spontané, passager ou durable, des symptômes, qui, sous l'influence d'une cause quelconque, reparaissent avec une intensité plus forte, quelquefois après un laps de temps très-long.

Ce sont les périnéphrites à deux temps, de Trousseau, qui se forment et éclatent longtemps après l'action de la cause probable. Cusco et Chassaignac en rapportent des exemples. Au premier temps, il y a une contusion violente, qui produit une mortification lente et latente du tissu cellulo-adipeux; au deuxième temps, sous l'influence du froid, d'un effort, d'une fatigue survenus plusieurs mois, même plusieurs années après l'accident, la région deviendra le siège d'un phlegmon.

Des complications nombreuses viennent souvent modifier la marche de la périnéphrite. Elles tiennent, soit à l'action du pus, soit à la propagation directe de l'inflammation.

Elles sont plus fréquentes dans la forme chronique de la périnéphrite. Dans ces cas, en effet, l'organisme débilite est impuissant à réagir. La fièvre hectique apparaît; le malade a des sueurs nocturnes avec expectoration quelquefois purulente (de Haen), maigrit considérablement et tombe dans le marasme.

Alors surtout il se forme des kystes purulents, et le pus fait des ravages considérables, comme on le voit dans une observation du *Bulletin de la Société Anatomique* de 1858: Abscess périnéal enkysté au devant du rein et s'ouvrant dans l'urèthre, à travers la prostate.

Quand le pus pénètre ainsi dans le petit bassin, en fusant sous l'aponévrose iliaque, il peut se faire jour dans tous les viscères qui y sont contenus.

Chez un malade de Cruvelhier, cité par Parmentier, on trouva une ouverture spontanée du colon par laquelle s'était vidé un phlegmon périnéphrique. On a aussi constaté l'issue du pus par le vagin, la vessie, même le cœcum, le colon transverse; c'est une terminaison habituellement heureuse, mais quand l'abcès s'ouvre dans le péritoine, l'inflammation est toujours mortelle.

Ce dernier accident est très-rare, parce que l'inflammation de voisinage a pour effet la production de fausses membranes qui préservent la séreuse.

Le pus peut aussi fuser le long de la fosse iliaque et venir se faire jour au pli de l'aîne, dans le triangle de Scarpa, ou à la partie interne de la cuisse; s'il chemine au-dessus de l'aponévrose, il vient s'ouvrir au-dessus du ligament de Poupart.

Il s'infiltré quelquefois entre les aponévroses du carré des lombes, dissèque la peau, et produit de vastes phlegmons de la région dorsale qui peuvent descendre jusqu'à la région fessière; la peau se mortifie, s'ulcère, donne lieu à des trajets fistuleux et l'air pénètre dans le foyer de l'abcès: il en résulte souvent une résorption putride mortelle.

Une complication plus singulière et plus rare est le retentissement de l'inflammation sur les organes thoraciques. Il existe des pneumonies et des pleuro-pneumonies siégeant toujours du côté du rein malade sans que le pus soit venu lui-même au contact de ces parties. Demarquay, Cazalis, Bernutz, Cusco en ont cité des exemples et les rapportent à une sorte de transmission de l'inflammation à travers des parties saines.

D'autres fois, le pus envahit le tissu cellulaire sous diaphragmatique, et traverse le diaphragme pour gagner la plèvre, le poumon, quelquefois même les bronches. Rayer, Ducasse, Hallé ont relaté des faits où il y avait eu évacuation du pus par une vomique. La périnéphrite peut aussi s'accompagner de psoitits; enfin à la suite de l'incision faite pour donner issue au pus, il s'est produit parfois des hémorrhagies répétées si abondantes qu'elles ont enlevé rapidement le malade (Demarquay).

Les considérations précédentes montrent combien est délicate la question du diagnostic de la périnéphrite.

Il doit se baser sur l'examen attentif des trois ordres de symptômes que nous avons analysés plus haut, la fièvre, la douleur et la tumeur lombaire. L'affection débute

par un appareil fébrile d'intensité variable avec accès intermittent, précédé ou non d'une douleur sourde, puis pongitive dans la région des reins, douleur limitée à un seul côté des lombes, exaspérée par la pression et les mouvements; plus tard, il y a empatement et œdème des tissus, puis fluctuation profonde, enfin tendance à l'ulcération, et évacuation du pus.

Mais au début, quand les symptômes généraux sont intenses, et que la douleur s'irradie dans les lombes, sans siège distinct, il est très difficile de diagnostiquer d'emblée l'existence d'un phlegmon périnéphrétique.

On peut le confondre tout d'abord avec une fièvre typhoïde si le phlegmon siége à droite, si la fièvre est intense à paroxysmes accompagnés d'abattement et de stupeur, mais il n'y a jamais de diarrhée, ni de taches lenticulaires ni de gargouillement, ni d'embarras de l'intelligence; enfin la marche des deux affections est très dissemblable.

L'intermittence du mouvement fébrile peut faire croire à un accès de fièvre palustre; on doutera cependant de ce diagnostic, si l'accès revient le soir; d'ailleurs les antécédents serviront encore à éclairer le praticien.

Si la douleur lombaire est établie, on peut croire à un lumbago, où une courbature générale; d'autant plus que le refroidissement peut en être la cause dans les deux cas. Mais dans le lumbago, la douleur est plus vive, occupe les deux côtés des lombes, n'est pas augmentée par la pression, et ne coïncide pas avec une réaction fébrile. Mêmes remarques pour la néphralgie simple; tandis que la réaction fébrile avec exacerbations, le siège unilatéral de la douleur, sa durée, son accroissement par la pression et par les mouvements, caractérisent suffisamment la périnéphrite.

Le diagnostic est plus délicat avec les maladies des reins.

La néphrite, le pyélo-néphrite calculeuse, l'hydronéphrosé, les kystes des reins, la périnéphrite, ont des symptômes communs: l'augmentation de volume du rein, et la tumeur lombaire.

La *néphrite* et la *pyélo-néphrite* simples produisent une douleur lombaire vive, une réaction fébrile, mais cette douleur s'irradie vers les uréters ; les vomissements sont rarement défaut. On ne perçoit pas de fluctuation et les urines sont caractéristiques ; elles contiennent des globules de pus et de sang, que l'examen microscopique révélera toujours.

La *pyélo-néphrite calculeuse* est précédée de coliques néphrétiques, s'accompagne de vives douleurs dans les lombes, de fièvre avec état saburral et vomissements. Mais les urines sont albumineuses, laissent déposer des graviers, des sédiments, du muco-pus, et il n'y a pas toujours tumeur rénale. La *pyélo-néphrite* se distingue encore par les caractères de l'urine, par les antécédents du malade, par la marche moins franche des crises qui cessent dès que les calculs sont éliminés.

La fluctuation, quand elle existe, est plus profonde, tandis que l'abcès périnéphrique finit par soulever la peau derrière le rein, dans un point où la fluctuation est très superficielle (Rayer).

Le diagnostic serait presque impossible si un calcul obstruait le canal, et s'opposait à l'écoulement de l'urine ; mais il est rare que, dans ce cas, il n'existe pas une périnéphrite secondaire, comme nous l'avons dit plus haut.

Il y a peu de chose à dire sur l'hydronéphrose, les kystes et le cancer des reins. L'hydronéphrose et les kystes divers ont une marche essentiellement chronique ; s'il y a de la fluctuation, il n'y a jamais de douleur ni de réaction fébrile. Dans le cancer, la dureté, l'état bosselé du rein, l'hématurie mettront suffisamment sur la voie du diagnostic.

Les tumeurs anévrismales de l'artère rénale, venant faire saillie à la région lombaire, ne peuvent être confondues avec la tumeur périnéphrique, à cause de leur marche chronique et sans fièvre. Les abcès migrants du foie de la rate, du poumon sont en général accompagnés de signes propres à la lésion du viscère. Ainsi dans les abcès

du foie, tout l'hypochondre droit est douloureux à la pression, tuméfié ; il y a des vomissements bilieux, et lorsqu'on applique les deux mains sur le thorax, et que l'on fait faire au malade de profondes inspirations, on sent la tumeur suivre le foie dans ses mouvements d'ascension et de descente.

Les tumeurs de la rate font une saillie caractéristique à la partie antéro-externe de l'hypochondre gauche ; de plus la matité à la percussion et les antécédents palustres tranchent la question.

La *pérityphlite*, les tumeurs stercorales et les abcès stercoraux sont moins profondément placés que les phlegmons périnéphritiques ; ils s'accompagnent en général d'un abcès des fosses iliaques et se vident par l'intestin en se mêlant aux matières stercorales.

Les abcès par congestion, provenant d'une carie des côtes ou des vertèbres et venant faire saillie à la région lombaire, se distinguent facilement, par leur marche chronique, de la périnéphrite, qui a un début rapide et une marche franchement inflammatoire, avec appareil fébrile assez intense, douleurs lancinantes, rougeur, et œdème des téguments.

Si le pus du phlegmon périrénal a fusé le long de la gaine du psoas et vient former une tumeur dans la fosse iliaque, au pli de l'aîne ou de la cuisse, comme les abcès ossifluents, si la douleur lombaire est peu forte, le diagnostic deviendra plus embarrassant. Le seul caractère, qui peut résoudre la difficulté, est la présence de saillies osseuses sur une vertèbre ou une côte. Dans tous les cas, l'expectation sera le parti le plus sage et le plus avantageux, car l'ouverture de l'abcès par congestion ou périnéphritique n'aurait d'autre résultat que l'altération du pus, et les accidents qu'elle entraîne.

Dans le psoitis, la cuisse est fortement rétractée sur le bassin, mais ne peut s'étendre sans exciter de vives douleurs.

Le phlegmon des parois abdominales présente le même ensemble de symptômes locaux que le phlegmon profond,

tumeur lombaire et fluctuation, mais plus superficiels et plus rapidement manifestes; si on les trouve réunis à une réaction fébrile intense, avec douleur rénale profonde et de l'empatement des tissus, on devra les considérer comme consécutifs à un phlegmon profond.

Une péritonite circonscrite à l'un des hypochondres présente, avec la douleur, la tuméfaction et la constipation, des symptômes spéciaux, tels que le vomissement et la teinte ictérique si elle est localisée au foie.

Il faut encore remarquer que le point d'élection où vient faire saillie la périnéphrite, est le même où se produit la hernie à laquelle J. L. Petit a attaché son nom. Le taxis permettra facilement d'éviter une erreur dont les suites seraient mortelles.

*Pronostic.* — Le pronostic est variable, suivant l'étiologie, la marche de la maladie et les complications qui peuvent survenir.

La périnéphrite primitive à marche rapide et franchement inflammatoire se termine en général, par la guérison, surtout si la main du chirurgien vient ouvrir de bonne heure une voie au pus.

Abandonnée à elle-même, la périnéphrite marchera encore vers la guérison, grâce à la force ulcéralive qui pousse le pus à se frayer un chemin dans les tissus; mais le contact prolongé de la matière purulente avec des organes délicats, fera craindre des complications. Le pronostic sera plus sévère encore, si le phlegmon périnéphritique a une marche lente, sans réaction éliminatrice dans un organisme débilité. On doit craindre aussi les fusées purulentes, dans les fosses iliaques, dans le tissu cellulaire des lombes, les décollements et la formation de clapiers ou de fistules.

L'ouverture de l'abcès dans le péritoine produit une inflammation rapidement mortelle. Les hémorragies répétées, peuvent devenir graves par leur fréquence comme dans le cas de Demarquay, ou elles entraînent la mort. L'évacuation du pus par la perforation d'un viscère

— intestin, vessie, vagin ou poumon — est une terminaison heureuse, la seule qui puisse être favorable quand le pus a progressé vers les fosses iliaques ou sous le diaphragme.

Le pronostic est plus grave si la périnéphrite est symptomatique d'une lésion rénale, et surtout d'une pyélonéphrite calculeuse. Quoiqu'on ait pu extraire, par l'ouverture de l'abcès périnéphrique, les calculs rénaux, la présence constante de ces corps étrangers entretient une irritation locale qui produit des suppurations sans fin, et des fistules intarissables.

*Traitement.* — Il est surtout local et essentiellement chirurgical.

Nous avons vu que la périnéphrite peut se terminer par résolution; on s'efforcera donc tout d'abord d'atteindre ce résultat par des émissions sanguines locales (ventouses scarifiées, sangsues) et l'application d'un large vésicatoire volant. Si la douleur est très forte, on la combattra par des frictions opiacées ou belladonnées alternativement employées; le badigeonnage avec le chloral camphré a quelquefois réussi à soulager de vives souffrances; et on obtient aussi d'assez bons résultats avec les injections sous-cutanées d'atropine et de morphine, dans les proportions de 3 centigr. sulf. morphine et 2 centigr. sulf. d'atropine.

On entretiendra la liberté du ventre au moyen de laxatifs ou de purgatifs légers; cette précaution aura le double avantage de prévenir la constipation et les douleurs si vives de la défécation, à une période plus avancée de la maladie.

Si ces moyens préventifs n'ont pu empêcher la formation du pus qui s'annonce par le redoublement des symptômes généraux (fièvre et frissons) et locaux (douleurs lancinantes, tuméfaction) on devra se hâter de lui donner issue au dehors, dès que la fluctuation aura dévoilé sa présence. On peut choisir entre trois moyens: l'application des caustiques, la ponction et l'incision.

La potasse caustique ou la pâte au chlorure de zinc ont été préconisées, dans le but de ménager des adhérences qui s'opposent aux décollements des parois lombaires.

Mais, outre que ces adhérences sont inutiles, l'emploi des caustiques est insuffisant quand la marche du phlegmon est rapide; ses partisans eux-mêmes ont reconnu les inconvénients de cette action trop lente, qui favorise la formation de fusées purulentes; aussi Gueneau de Mussy et Denonvilliers incisaient-ils sur l'eschare. Mais on se demande alors pourquoi ce surcroît de douleur inutilement imposé aux malades!

La ponction faite en dehors de la masse sacro-lombaire, dans le triangle de J. L. Petit, prévient les hémorrhagies et l'entrée de l'air dans le foyer purulent; mais elle ne permet pas au pus, qui se réforme après l'opération, de s'écouler librement. Chassaignac a appliqué dans ce cas le drainage. Au moyen d'une double ponction, on introduit dans la cavité des lombes un tube à drainage que l'on établit à demeure. Cette méthode assure d'abord l'écoulement continu du pus au fur et à mesure qu'il se reproduit; elle présente un second avantage: la possibilité de pousser dans le foyer du phlegmon, des injections détersives, telles que l'eau alcoolisée ou chlorurée et la teinture d'iode étendue d'eau.

Malheureusement le drainage, pas plus que l'emploi des caustiques et de la ponction, n'assurent guère la guérison définitive du rein et des lésions environnantes; le drain peut d'ailleurs irriter les tissus comme corps étranger, entretenir la suppuration et déterminer des érysipèles.

L'incision large et profonde est en définitive le traitement le plus rationnel et le plus favorable.

Le lieu d'élection est en dehors du grand dorsal, à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes, là où se réunissent les fibres aponévrotiques du transverse et du petit oblique; c'est le point de la paroi abdominale qui présente le moins d'épaisseur. Dès que la fluctuation a été

perçue on fait une incision de 6 ou 7 c. horizontale ou longitudinale, qui traverse successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses du petit oblique et du transverse, en évitant d'intéresser les artères lombaires assez volumineuses en ce point. Il est alors prudent de poser le bistouri pour prendre la sonde cannelée, qui pénètre sans difficulté dans l'atmosphère cellulograsseuse du rein.

Quand le pus s'est écoulé, on explore la région en introduisant le doigt dans la plaie et on sent, dans la plupart des cas, le rein dur et résistant au toucher. Si le sang s'écoule avec trop d'abondance, on place quelques lanières d'agaric entre les lèvres de l'incision, et il est rare que ce moyen si simple ne vienne à bout de l'hémorrhagie. Enfin si la marche lente du phlegmon périnéphrétique tient au mauvais état général du malade, à sa constitution délabrée, la première indication est de relever les forces par un régime reconstituant, une bonne hygiène et une médication essentiellement tonique.