

DESCRIPTION. — Cette hypertrophie compensatrice du rein sain, jointe à la localisation des kystes sur un seul rein, permet de comprendre comment les kystes d'un volume peu considérable peuvent rester ignorés pendant toute la vie du malade. Lorsque la tumeur est devenue plus volumineuse, elle constitue une masse sphérique, tendue, élastique, mate à la percussion, fluctuante, donnant parfois la sensation du frémissement hydatique; souvent il est difficile de la dégager du foie ou de la rate, ou bien elle descend jusque dans la fosse iliaque, suivant que le kyste s'est développé à l'une ou à l'autre extrémité du rein.

Malgré son volume parfois considérable, le kyste hydatique du rein ne se traduit en général que par une sensation de pesanteur ou de légère douleur à la région lombaire. Il est rare que cette douleur soit vive et lancinante, s'irradie dans les lombes ou sur le trajet de l'uretère, etc.; ce fait ne se présente que lorsque le kyste a suppuré et se rompt dans les voies urinaires, le malade éprouve souvent alors une sorte de craquement ou de déchirure interne; les hydatides pénètrent dans l'uretère et peuvent parfois l'obstruer et occasionner des symptômes analogues à ceux de la lithiase biliaire; arrivées dans la vessie, elles causent de violents besoins d'uriner et sont enfin rejetées au dehors après de nombreux efforts de la part du malade; l'obstruction de l'ouverture vésicale qu'elles déterminent nécessite souvent l'emploi du cathétérisme. Le nombre des hydatides rendues de cette façon est variable, et il arrive fréquemment que leur expulsion se fait en plusieurs fois. Si le kyste s'est refermé avant d'être complètement vidé, il peut se rompre de nouveau au bout de quelques mois, alors que le malade se croyait guéri; la seconde perforation peut même s'effectuer vers un autre organe.

L'urine offre des caractères variables: lorsque le kyste est peu volumineux ou qu'il donne lieu à des lésions de voisinage peu importantes dans le parenchyme rénal, l'urine reste claire et limpide et ne contient pas d'albumine. Dans d'autres cas, elle est légèrement albumineuse, contient du sang ou même du pus. Lorsqu'il y a eu rupture du kyste, elle laisse se former un sédiment plus ou moins abondant dans lequel on peut retrouver des débris de membranes et des crochets; les hydatides elles-mêmes se présentent sous forme de vésicules gélatineuses flottant dans le liquide.

Les symptômes généraux sont rares: la suppuration détermine parfois un léger mouvement fébrile; on a noté dans quelques cas des nausées et des vomissements.

La durée du kyste à échinocoques du rein est variable, mais toujours longue et atteignant d'ordinaire plusieurs années. La terminaison est également variable. Béraud a constaté la guérison 20 fois sur 63 cas. Lorsque la mort survient, elle est due soit à la rupture simple du kyste ou à son évacuation à travers les autres viscères, notamment à travers le poumon, soit au marasme qui se produit par suite de l'inflammation des canaux excréteurs de l'urine irrités par le passage du pus et des hydatides.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic est souvent obscur et difficile, le kyste hydatique étant une affection rare et restant souvent profondément situé. Lors même que la tumeur est appréciable, il n'est pas toujours facile de déterminer le siège de la tumeur et de décider si elle appartient au foie, à la rate ou à l'ovaire. L'examen attentif des troubles fonctionnels antérieurs et de la marche de l'affection, donne le plus souvent des renseignements précieux; lorsque le siège rénal de la tumeur aura été déterminé et qu'on hésitera encore sur sa nature, on pourra avoir recours aux ponctions exploratrices avec un fin trocart capillaire. L'expulsion de débris d'échinocoques par les urines est le meilleur signe qui puisse déceler le kyste hydatique du rein.

TRAITEMENT. — On a cherché à agir sur les kystes hydatiques du rein au moyen de médicaments dont l'élimination se fait par les urines, mais les substances employées: la térébenthine, les sels de mercure, l'iodure de potassium, n'ont donné que des résultats négatifs. L'électropuncture qui a été employée par Michon n'a pas eu plus de succès. On doit surtout chercher à aider l'évacuation ou à la produire; lorsque les hydatides sont engagées dans l'uretère, il faut à l'aide des opiacés et des injections combattre le spasme et la douleur et faciliter leur descente par des diurétiques légers. Le cathétérisme est indiqué lorsque c'est l'urètre qui se trouve obstrué. Lorsque l'évacuation spontanée ne se produit pas, il faut la provoquer soit par les ponctions aspiratrices soit par les ponctions avec un gros trocart après formation d'adhérences suivant la méthode de Récamier. On a conseillé aussi de faire des injections (teinture d'iode) dans la poche pour tuer les hydatides.

Les grands kystes *simples* du rein que les Allemands traitent aujourd'hui, et quelquefois avec succès, par la néphrotomie, sont justiciables des ponctions aspiratrices. A la clinique de B. Teissier, un malade guérit d'un énorme kyste non hydatique du rein après trois

ponctions successives : ce kyste avait suppuré et s'était ouvert spontanément dans la vessie.

Kystes simples. — RAYER. Traité des maladies des reins, t. III. — TAVIGNOT. Bull. de la Soc. anat., 1840. — GALLOIS. Gaz. hebdomadaire, 1856. — MARSHAM. Trans. of the path. Soc., 1858. — BECKMANN. Ueber Nierenkysten (Arch. für path. Anat. und Phys., 1857). — VIRCHOW. Traité des humeurs. — RANVIER. Note sur un cas de kyste athéromateux des reins (Journal de l'anatomie, 1867). — SPENCER WELLS. Diagnostic différentiel des kystes et tumeurs des reins et des ovaires (Gaz. hebdomadaire, 1867). — LANCEREAUX. Atlas d'anat. pathol. — JOFFROY. Bull. de la Soc. anat., 1874. — A. LAVERRAN. De la dégénérescence kystique du rein chez l'adulte (Gaz. hebdomadaire, 1876). — MICHALOWICZ. Dégénérescence kystique du foie et des reins, th. de Paris, 1876. — COURBIS. Contribution à l'étude des kystes du foie et des reins, etc., th. de Paris, 1877.

Kystes hydatiques. — LIVONIS. Rech. sur les échinocoques chez l'homme et chez les animaux, th. de Paris, 1843. — BARKER. On cystic entozoa in human kidney, 1856. — BÉRAUD. Des hydatides des reins, th. de Paris, 1861. — LEUCKART. Die menschlichen Parasiten, t. I, 1862. — DEMARQUAY. Soc. de chir., 1868. — DUMONT-PALLIER. Soc. méd. des hôp., 1874. — DAVAINÉ. Traité des entozoaires, 2^e édit., 1877. — BRADBURY. On hydatid tumour of kidney treated by aspiration (Brit. med. Journ., 1877).

TUBERCULOSE DES REINS. — NÉPHRITE TUBERCULEUSE.

La tuberculose du rein est *primitive* ou *secondaire*. Elle se développe sous l'influence des mêmes conditions que la tuberculose généralisée, mais la cause prédisposante qui détermine la localisation diathésique dans l'appareil urinaire est encore inconnue. Le froid ne semble pas avoir l'importance étiologique que lui attribuent certains auteurs.

Les hommes sont plus sujets que les femmes aux tubercules primitifs du rein. Sur 87 cas, dans lesquels le sexe a été relevé (Chambers), 74 ont trait à des hommes et 13 seulement à des femmes. Tous les âges peuvent être atteints, mais on les observe surtout chez les adultes; Chambers place le maximum de fréquence entre 15 et 30 ans, Lécorché entre 20 et 30 ans, Roberts, Lancereaux entre 30 et 40 ans; c'est donc une affection de l'âge moyen. Les tubercules secondaires des reins sont plus fréquents chez les enfants que chez l'adulte; ils sont plus communs que les tubercules primitifs. C'est surtout dans les cas de tuberculose aiguë généralisée qu'on les observe : il est plus rare de les rencontrer dans la tuberculose chronique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les deux reins sont d'ordinaire affectés en même temps. Tantôt l'altération n'occupe que le parenchyme rénal, tantôt les voies urinaires présentent les mêmes lésions que le rein.

Les tubercules du rein se présentent sous deux formes principales qui se retrouvent du reste dans la tuberculose de la plupart des

viscères : 1^o tubercules isolés, disséminés; 2^o tubercules agglomérés.

Les tubercules isolés du rein se montrent sous l'aspect de petites taches blanchâtres, arrondies, très apparentes à la surface du rein quand on a enlevé la capsule; les granulations tuberculeuses en nombre variable (on en compte souvent une vingtaine ou plus à la surface de chaque rein) ont le volume de grains de millet ou de chenevis; elles se rencontrent surtout dans la substance corticale. Le rein est souvent peu modifié dans son aspect, d'autres fois il présente les altérations de la néphrite aiguë en dehors même des points occupés par les tubercules.

Les tubercules agglomérés forment des masses blanchâtres, caséuses au centre, disposées quelquefois en cônes comme dans les infarctus. Les foyers tuberculeux du reste peuvent se vider dans les calices et donner lieu ainsi à des poches plus ou moins volumineuses, véritables cavernes des reins, à parois indurées, parfois même infiltrées de sels calcaires.

Sur la muqueuse des voies urinaires, calices, bassinets, uretère, les tubercules se montrent sous forme de granulations blanchâtres ou de plaques jaunâtres déjà en voie de ramollissement. Bientôt ces plaques donnent lieu à de petites ulcérations ovalaires, déprimées, blanches ou grisâtres qui détruisent une grande partie de la muqueuse. Les uretères sont alors volumineux, rigides; leur calibre est rétréci, au contraire les calices et le bassinets sont fortement distendus par l'urine dont l'écoulement est gêné ou même complètement empêché par les masses tuberculeuses de l'uretère (Leech). Dans la vessie les ulcérations, lorsqu'elles siègent au niveau du bas-fond, peuvent perforer la paroi et amener des fistules vésico-rectales, vésico-vaginales ou même périnéales. Il est rare, malgré l'opinion admise par un grand nombre d'auteurs, que les lésions tuberculeuses des voies urinaires s'accompagnent des mêmes lésions dans les organes de la génération : prostate, vésicules séminales, épидидymes, testicules, vagin.

DESCRIPTION. — Il est souvent difficile de reconnaître la tuberculose rénale à son début; le dépôt des granulations se fait par poussées successives et insidieuses et la présence de la matière tuberculeuse à l'état de crudité dans le tissu rénal ne se traduit par aucun symptôme qui permette d'affirmer son existence. L'albuminurie, les douleurs lombaires vagues, les irradiations douloureuses vers l'uretère et la vessie, n'ont rien de caractéristique.

Il n'en est plus de même à la période de ramollissement, quand

le foyer tuberculeux s'est vidé dans un conduit excréteur. Le malade éprouve alors de fréquentes envies d'uriner avec miction difficile; l'urine, plus ou moins trouble, est peu abondante, faiblement acide ou même alcaline et donne par le repos un dépôt abondant. L'hématurie est un phénomène presque constant; elle est peu abondante; l'urine est plutôt sanguinolente que réellement sanglante. Examiné au microscope, le sédiment urinaire contient des globules rouges, des leucocytes, du phosphate de chaux et une matière granuleuse insoluble dans l'acide acétique, de nature tuberculeuse, formée de débris du tissu rénal dégénéré. Ces modifications de l'urine sont encore bien plus accusées et plus caractéristiques lorsque les bassinets et les uretères sont envahis par le néoplasme qui donne lieu à de la pyélite. Lorsque l'urine est retenue ou gênée dans son écoulement par une oblitération de l'uretère, il se produit une dilatation considérable des calices et du bassinet qui forment alors dans le flanc une tumeur fluctuante et douloureuse à la pression. Il n'est pas rare d'observer alors un léger mouvement fébrile, revenant par accès vespéraux à peu près réguliers et se rattachant nettement à l'état inflammatoire des canaux urinaires (fièvre *uro-septique*).

La marche de la maladie est toujours lente et chronique; sa durée varie de quelques mois à deux ou trois ans. La moyenne paraît être d'environ quinze mois. La terminaison mortelle survient fréquemment comme conséquence d'une suppuration longue et prolongée, par exemple lorsqu'il y a des fistules communiquant avec l'extérieur ou avec les viscères voisins. Le plus souvent la mort est le résultat de l'envahissement des viscères (poumons, intestin, etc.) par le tubercule. La suppression du fonctionnement d'un rein, malgré l'hypertrophie compensatrice de celui du côté opposé, peut aussi amener la mort au milieu de symptômes urémiques.

La guérison, quoique rare, n'est pas impossible lorsqu'un seul rein est atteint et que les tubercules restent limités au parenchyme rénal sans s'étendre aux conduits excréteurs. Dans ce cas on voit les masses tuberculeuses subir la transformation calcaire comme nous l'avons vu pour les tubercules pulmonaires. Roberts, Bennett, ont rapporté à des guérisons de cavernes rénales des cicatrices étoilées trouvées chez des individus qui avaient antérieurement présenté des symptômes d'une affection urinaire.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la néphrite tuberculeuse présente toujours de sérieuses difficultés, car aucun de ses symptômes n'offre de trait véritablement caractéristique; c'est surtout sur

l'ensemble des symptômes fournis par d'autres viscères également envahis par le tubercule et sur l'état général : fièvre hectique, amaigrissement, sueurs nocturnes, etc., que l'on peut baser le diagnostic. L'hématurie, si elle est fréquente, peu abondante, et si elle ne s'accompagne pas de gravelle, est d'une grande importance pour le diagnostic; la présence de dépôts granuleux, d'amas caséux et de fibrilles conjonctives dans l'urine, est plus importante encore et laisse peu de place au doute, surtout si le malade présente en même temps dans d'autres organes des manifestations de la diathèse tuberculeuse.

TRAITEMENT. — Le traitement ne diffère pas de celui de la tuberculose en général et consiste surtout en médicaments susceptibles de tonifier le malade : huile de foie de morue, quinquina, iodure de fer, phosphate de chaux, etc. La viande crue rend souvent de précieux services. La douleur sera combattue par les opiacés ou de préférence par le chloral, à cause de la possibilité des accidents urémiques. La pyélite secondaire sera combattue comme la pyélite chronique par les astringents, les balsamiques, etc.

RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants. — CHAMBERS. Med. Times and Gaz., 1852, et Arch. gén. de méd., 1854. — VILLEMEN. Du tubercule, Paris, 1862. — ROSENSTEIN. Zur tuberculose der Harnorgane (Berl. klin. Wochens., 1865). — CHALLAN. Tuberculose des reins (Soc. anat., 1869). — ROBERTS. On urinary and renal diseases, 1872. — H. BENNETT. Leçon sur la pratique de la médecine, tr. franç. de Lebrun, 1873. — LECORCHÉ. Traité des maladies des reins, 1875.

PÉRINÉPHRITE.

Synonymie : *Phlegmon ou abcès périnéphrétique*. — *Abcès périrénaux*.

La *périnéphrite* est l'inflammation du tissu cellulo-adipeux qui entoure le rein.

Hippocrate semble avoir soupçonné l'existence de la périnéphrite; cependant l'histoire de cette maladie ne remonte guère au delà de Rayer, qui l'établit au moyen des observations antérieures de Cabrol, de Blaud, de Ducasse, de Bell, de Chopart, de Civiale, etc. Les auteurs anciens, Galien, Arétée, Paul d'Égine, aussi bien que ceux de la Renaissance, depuis Avicenne jusqu'à Paré, Vigo, Ferrand, etc., ont donné des descriptions qui se rattachent non à la périnéphrite, mais à la pyélite suppurée. Depuis Rayer la périnéphrite a été étudiée avec plus de soin par Lenepveu, Féron et Picard; Hallé en donna une bonne description dans sa thèse (1863) et les leçons de Trousseau firent bien connaître la symptomatologie de cette affection. Plus récemment il faut citer

les leçons cliniques de N. Gueneau de Mussy, l'article de Lancereaux dans le Dictionnaire encyclopédique, les thèses de Naudet, Kraestschmar et Vaugy et enfin le travail assez complet de Nieden.

ÉTIOLOGIE. — La périnéphrite est *primitive* ou *secondaire*.

Le phlegmon périnéphrétique primitif s'observe à la suite des blessures de la région lombaire par instruments piquants ou tranchants, ou par coup de feu (Pépin, Baudens, Legouest). Les contusions de la région lombaire peuvent être également suivies de périnéphrite, comme Bell, Bergounhioux, Féron, Rayet, Gueneau de Mussy, en ont rapporté des exemples. Il est probable que dans ces cas il se fait dans le tissu cellulo-adipeux périrénal une extravasation sanguine qui devient le point de départ d'une irritation phlegmasique. Les marches forcées, les exercices violents, les longues courses à cheval (Turner), la fatigue, se rencontrent parfois parmi les causes de la périnéphrite primitive.

L'influence du froid et de l'humidité est souvent la seule cause de l'abcès périnéphrétique, et Gueneau de Mussy, Bland, Vaugy, en ont rapporté des exemples incontestables.

La périnéphrite secondaire est souvent consécutive aux inflammations portant sur les organes environnants et principalement sur le rein. La pyélo-néphrite calculeuse donne fréquemment lieu aux abcès périrénaux avec ou sans perforation des calices et du bassin. Il en est de même des autres corps étrangers du rein, les kystes hydatiques, les strongles. Les abcès du psoas, du foie et de la vésicule biliaire, les suppurations de la colonne vertébrale et du petit bassin peuvent s'étendre à l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein. Enfin la périnéphrite a été observée consécutivement à des perforations du côlon (Rayet) ou même de l'appendice iléo-cæcal (Audouard).

L'abcès périnéphrétique a souvent une origine plus éloignée et plus difficile à expliquer, par exemple lorsqu'il se développe à la suite d'opérations faites sur le testicule (Chopart), de colique néphrétique et de cystite (Trousseau, Tachard, Nieden) sans lésions inflammatoires du rein.

Certains états généraux déterminent l'apparition du pus dans le tissu cellulaire périrénal par un procédé encore inconnu. On a rencontré la périnéphrite à la suite de la fièvre typhoïde (Duplay), du typhus (Rosenstein), de la fièvre puerpérale, de la pneumonie gangréneuse (Desruelles). Il faut noter que dans ces maladies

il y a une grande tendance à la formation d'abcès dans tous les tissus.

La périnéphrite n'a pas été observée chez les enfants et c'est entre 30 et 60 ans qu'on la rencontre le plus fréquemment. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence bien marquée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'abcès périnéphrétique est plus fréquent à droite qu'à gauche, et il est fort rare qu'on l'observe des deux côtés à la fois.

L'inflammation de l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein ne diffère pas de celle du tissu conjonctif des autres régions

Les parois du foyer sont épaissies et densifiées; lorsque l'abcès est petit et ancien, il existe toujours une membrane pyogénique; mais souvent aussi la surface interne des parois a un aspect tomenteux et une coloration grisâtre ou noirâtre. Ces parois offrent généralement des culs-de-sac, des décollements et des prolongements qui pénètrent profondément entre les muscles grand dorsal et grand oblique, psoas et iliaque, etc.

Le pus contenu dans cette cavité est souvent de bonne nature: il est jaunâtre, phlegmoneux, inodore. Lorsque la périnéphrite est secondaire, le pus, s'il est mélangé à de l'urine, est séreux et grumeleux, il contient des pelotons graisseux ou des débris sphacelés, parfois aussi des graviers urinaires ou des débris d'échinocoques, et dégage une odeur urineuse. Dans un assez grand nombre de cas, le pus a une odeur fétide et fécaloïde, alors même que l'abcès ne communique pas avec l'intestin; quand cette communication existe, le foyer purulent ne renferme pas de matières stercorales, ce qui tient à la disposition en entonnoir de l'orifice qui permet le déversement du pus dans l'intestin, mais empêche l'issue des matières fécales en sens inverse (Féron). Dans quelques cas rares, on a observé la gangrène du phlegmon périnéphrétique alors que sa cavité communiquait avec le tube digestif.

Le rein reste parfois complètement indemne au milieu du foyer purulent; le plus souvent sa capsule est épaissie ou perforée, et lui-même peut être infiltré du pus ou criblé de petits abcès. Il peut d'ailleurs présenter les lésions qui ont provoqué l'inflammation du tissu conjonctif qui l'entoure: néphropyélite, calculs, kystes suppurés, tubercules, etc.

Les capsules surrénales restent souvent intactes; cependant Lancereaux les a trouvées ramollies et transformées en une sorte de bouillie. Le foie, la rate, le pancréas sont souvent atteints par la suppuration et offrent des lésions identiques.

Lorsque l'abcès est très étendu, le pus a une tendance très marquée à s'échapper au dehors : le plus souvent, c'est en arrière ou en dehors de la région lombaire que se fait l'ouverture. Fréquemment aussi l'abcès périnéphrétique enflamme les parois de l'estomac ou du côlon et se déverse dans leur cavité. La communication avec la séreuse péritonéale est plus rare ; lorsqu'elle se produit, une péritonite suraiguë en est la conséquence. Le pus se fait quelquefois une voie à travers le diaphragme, pénètre dans la plèvre en donnant lieu à une pleurésie aiguë, ou à une pleuro-pneumonie, et il peut être expulsé au dehors par les bronches.

DESCRIPTION. — La périnéphrite, dégagée de tous les phénomènes propres aux affections qui ont pu lui donner naissance (néphrite, pyélite, fièvres graves, etc.), telle, par exemple, qu'on l'observe à la suite de l'impression du froid, présente à considérer des symptômes *locaux* et des symptômes *généraux*.

Symptômes locaux. — Le premier et le plus important est la *douleur*. Celle-ci, généralement limitée à un seul côté, est sourde, profonde, continue, plus rarement intermittente et revenant par accès ; dans certain cas, elle est vive, aiguë, lancinante, dès le début ; le plus souvent elle siège au niveau de l'échancrure costo-iliaque, en dehors de la masse des muscles lombaires. Les irradiations douloureuses ne sont pas constantes, lorsqu'elles existent, elles s'étendent vers la paroi antérieure de l'abdomen, les organes génitaux, et la racine du membre inférieur correspondant. Le caractère le plus saillant de la douleur est d'être toujours augmentée par le mouvement et par la pression. Le malade reste couché sur le dos, les jambes et les cuisses légèrement fléchies, parfaitement immobile : car les moindres mouvements du corps, les secousses de la toux, l'expectoration, etc., réveillent la douleur et l'exaspèrent ; il en est de même du simple contact, de la palpation, de la percussion. La douleur prend un caractère d'acuité tout spécial, lorsqu'on veut étendre la jambe ou la mettre dans l'adduction.

Cette douleur, qui peut être le seul symptôme de la périnéphrite, change plus tard de caractère ; au bout de huit ou quinze jours, elle devient beaucoup plus fixe, plus aiguë, lancinante, gravative, et elle s'accompagne de *tuméfaction de la région lombaire*. La région lombaire du côté malade devient plus large et plus saillante, la palpation et la vue font constater en arrière une saillie constituée par une tumeur profonde qui soulève la région, tumeur arrondie et rémittente qu'il est difficile de délimiter. En même temps, toute la

région, parfois aussi les régions dorsale et fessière, sont le siège d'un gonflement œdémateux très marqué, qui indique nettement la suppuration profonde. Lorsque le pus tend à se faire jour au dehors, la tumeur se limite mieux, elle s'acumine lentement, son sommet devient chaud, tendu et prend une teinte rouge érysipélateuse. A ce moment, la palpation permet de percevoir une fluctuation profonde qui devient chaque jour de plus en plus superficielle. Rosenstein a conseillé de chloroformer les malades lorsque la sensibilité trop grande de la région empêche de rechercher la fluctuation. Lorsque le pus est évacué, soit au dehors, soit dans l'intestin, la tumeur s'affaisse immédiatement, mais elle reparait si la poche se remplit de nouveau.

A ces symptômes locaux s'ajoutent les troubles de la sécrétion urinaire. L'urine est rare, chargée de pigment et d'urates ; en général, elle est évacuée sans douleur. Lorsque la périnéphrite est d'origine traumatique, il peut y avoir de l'hématurie au début ; lorsqu'elle succède à une affection du rein, l'urine peut renfermer de l'albumine, du pus, des graviers urinaires.

Symptômes généraux. — Les symptômes généraux ne présentent rien de spécial à la périnéphrite, ce sont ceux que l'on observe dans toutes les suppurations un peu étendues.

La fièvre, surtout dans la forme primitive, est souvent le premier symptôme du phlegmon périrénal ; en général elle est précédée par l'apparition de la douleur. La fièvre est continue ou plutôt rémittente à paroxysme vespéral : elle s'accompagne parfois d'un frisson initial intense, de plusieurs heures de durée, dans quelques cas elle est franchement intermittente et quotidienne. La fièvre tombe lorsque le pus est évacué.

Les symptômes gastro-intestinaux peuvent se montrer dès le début, en même temps que la fièvre, ou même la précéder : ils consistent alors en nausées et en vomissements. La constipation est fréquente au début. Plus tard apparaissent la perte d'appétit, la soif vive, l'amaigrissement, la prostration et tous les symptômes ordinaires de l'hecticité.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — La marche de la périnéphrite présente des différences très marquées en rapport avec les conditions étiologiques. Primitive, elle offre souvent une évolution aiguë avec fièvre, frissons, teinte jaunâtre de la peau, inappétence, etc., avec tuméfaction, œdème, sensibilité de la région lombaire, fluctuation (Gueneau de Mussy). La périnéphrite traumatique pré-

sente de plus des vomissements, du ténésme vésical, de l'hématurie.

La marche de la maladie est souvent coupée par des intermissions de durée variable : les symptômes qui s'étaient manifestés au début s'atténuent, la douleur disparaît ; puis, sous l'influence d'une cause nouvelle (et c'est toujours ainsi que le froid agirait, d'après Cusco et Demarquay), tous les symptômes, tant locaux que généraux, se montrent de nouveau et la maladie évolue comme s'il n'y avait pas eu de temps d'arrêt. Les débuts de la périnéphrite secondaire sont le plus souvent insidieux et masqués par les symptômes de l'affection dont ils dépendent.

La durée du phlegmon périnéphrétique est très variable. Dans les cas où la maladie se termine par résolution, la durée peut ne pas dépasser quinze jours ou trois semaines. Dans la périnéphrite gangréneuse, la durée n'est pas de plus de quatre à cinq jours. Si l'abcès s'ouvre à l'extérieur, l'écoulement du pus dure six à sept semaines ; l'évacuation par les bronches se termine encore plus rapidement. Lorsque la suppuration périnéphrétique est due à des calculs urinaires, elle peut durer des années.

La terminaison est variable. Les faits rapportés par Trousseau et par Hallé ont bien montré la possibilité de la résolution ; la terminaison par gangrène est rare, Rayet n'en cite que deux cas rapportés par Turner et par Bland. La suppuration est la règle, et la guérison peut survenir après l'évacuation naturelle ou artificielle du pus. Le pus stagne souvent dans les clapiers profonds et le malade succombe à la résorption putride ou à la pyémie : la terminaison fatale peut survenir par le fait des inflammations que détermine l'évacuation du pus dans le péritoine, l'intestin, la plèvre, le poumon, etc.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le *diagnostic* de la périnéphrite est souvent fort délicat. Au début, on pourrait facilement confondre la périnéphrite avec le *lumbago* ou la *névralgie iléo-lombaire*, dont elle se distingue par l'absence de points douloureux, par les caractères de la douleur qui est plus profonde et s'exaspère surtout par la pression, par l'existence d'une fièvre vive, les douleurs du lumbago sont presque toujours bilatérales. Dans le cas de *psôit*, les malades prennent une attitude caractéristique, la tuméfaction se fait dans la fosse iliaque et non à la région lombaire, et la douleur, presque nulle à la pression, s'exagère surtout par les mouvements du membre inférieur. Les *abcès du rein* et la *pyélite suppurée*

donnent lieu, comme le phlegmon périnéphrétique, à une tumeur fluctuante dans la région lombaire ; mais cette tumeur est plutôt appréciable à la partie antérieure de l'abdomen qu'à la région lombaire, il n'y a pas d'œdème sous-cutané et l'urine est ordinairement purulente ; d'ailleurs la marche ultérieure de la maladie est absolument différente dans ces deux cas. L'*hydronéphrose*, qui donne également lieu à une tumeur fluctuante limitée à un seul côté, se distingue assez facilement par l'absence d'œdème sous-cutané, sa marche lente et apyrétique, l'absence de douleurs. Dans les *phlegmons superficiels* de la paroi abdominale, la tuméfaction n'est pas circonscrite, la fluctuation est plus nette, l'œdème sous-cutané plus précoce, la marche plus rapide. Enfin il ne faudra jamais négliger de s'assurer qu'on n'a pas affaire à la *hernie* de G. L. Petit.

Le *pronostic* est favorable si l'on a affaire à une périnéphrite primitive qui guérit facilement avec un traitement rationnel ; il est beaucoup plus sérieux dans la forme secondaire, surtout lorsqu'elle succède à une pyélo-néphrite calculeuse.

TRAITEMENT. — A la période d'hyperhémie il faut employer avant tout les moyens antiphlogistiques, puisque la résolution peut se produire dans quelques cas, et en particulier les frictions mercurielles, les sangsues, les ventouses scarifiées, les cataplasmes. On cherchera à calmer la douleur par les opiacés et les injections de morphine.

Dès que la fluctuation est perçue, il faut intervenir et donner issue au pus. Le *drainage* a été conseillé par Chassaignac et lui a donné de bons résultats ; la *ponction aspiratrice* suffit parfois pour faire disparaître toute trace de l'abcès. Néanmoins ces deux méthodes ont le grave inconvénient de ne pouvoir donner issue aux corps étrangers qui se rencontrent parfois dans le foyer purulent et, en particulier lorsque la périnéphrite est consécutive à la présence d'un calcul dans le tissu conjonctif périnéphrétique, l'*incision* au bistouri est de beaucoup préférable, car elle permet d'ouvrir largement et de faire commodément le lavage du foyer purulent avec les liquides désinfectants : eau iodée, acide phénique, etc. Le meilleur procédé consiste à appliquer d'abord des *caustiques* et d'ouvrir ensuite avec le bistouri à travers l'escharre.

On ne négligera pas de tonifier le malade et de soutenir ses forces pour lui permettre de supporter une suppuration d'une durée parfois fort longue.

PÉPIN. Considérations sur les plaies par armes à feu, th. de Paris, 1818. — BAUDENS. Traité des blessures par armes à feu, 1836. — ANDRAL. Clinique médicale, t. II, 1839. — LENEVEU. Considérations sur les fistules réno-pulmonaires, th. de Paris, 1840. — BIENFAIT (de Reims). Gazette hebdomadaire, 1856. — FÉRON. De la périnéphrite primitive, th. de Paris, 1860. — PICARD. De la périnéphrite primitive, th. de Paris, 1860. — HALLÉ. Des phlegmons périnéphrétiques, th. de Paris, 1863. — TROUSSEAU. Abscès périnéphrétiques in Union médicale, 1865, et Leçons de clinique médicale, t. III. — CURLING. Brit. med. Journal, 1869. — TACHARD. Gazette hebdomadaire, 1869. — NAUDET. Du phlegmon périnéphrétique, th. de Paris, 1870. — KRETSCHMAR. Des abscesses périnéphrétiques, th. de Paris, 1872. — L. COLIN. Gazette hebdomadaire, 1872. — LEGUEST. Traité de chirurgie d'armée, 1872. — BLOCH. De la contusion du rein, th. de Paris, 1873. — GUENEAU DE MUSSY. Clinique médicale, t. II, 1875. — LAN- CEREUX. Art. Rein in Dict. encyc. des sc. méd., 1875. — AUDOUARD. Progrès médical, 1876. — VAUGY. Contribution à l'étude de la périnéphrite, th. de Paris, 1876. — NIEDEN. Deutsche Archiv für klin. Med., t. XXII, 1878.

REIN MOBILE.

Synonymie : *Déplacement des reins, ectopie rénale acquise, rein flottant, luxation des reins.*

Nous ne nous occuperons pas ici de l'ectopie rénale fixe qui, le plus souvent congénitale, n'a pas de symptomatologie spéciale et ne présente guère d'intérêt que comme une curiosité anatomique ; nous étudierons seulement l'ectopie rénale acquise avec mobilité de l'organe dans la cavité abdominale.

ÉTILOGIE. — La luxation du rein est rarement double et dans ce cas elle est plus accusée d'un côté ; en général un seul rein, de préférence le rein droit, est déplacé. Sur 43 observations, 31 sont relatives au rein droit, 5 au rein gauche ; dans les 7 autres, les deux reins étaient déplacés, mais le droit plus que le gauche (Lancereaux). Sur un relevé de 91 cas, Ebstein compte 65 observations pour le rein droit, 14 pour le gauche et 12 pour les deux reins à la fois. Cette prédominance du déplacement du côté droit n'a pas jusqu'à présent trouvé d'explication satisfaisante.

L'ectopie rénale est plus commune chez la femme que chez l'homme dans le rapport de 100 à 18, d'après les recherches de Rosenstein et de Ebstein portant sur un total de 155 cas. On peut l'observer à toutes les époques de la vie, mais c'est de dix-huit à quarante-cinq ans qu'elle se montre avec le plus de fréquence.

On observe parfois le rein mobile à la suite de traumatismes, de contusions de la région lombaire ; chez la femme, on a invoqué le relâchement des parois abdominales à la suite de grossesses répétées, l'usage du corset (Cruveilhier). La disparition rapide du tissu

cellulaire périrénal chez les individus obèses qui maigrissent sous l'influence d'une cause quelconque a été invoquée par Oppolzer. Les quintes de toux (Defontaine, Rosenstein), les efforts, les marches forcées, etc., peuvent être des causes accidentelles de l'ectopie rénale. Il est beaucoup plus rare de la voir survenir à la suite d'hypertrophie du foie ou de la rate, de déplacement de l'intestin (Rayer, Canton) ou de l'utérus, d'hydronéphrose, de cancer du rein (Rollett).

Une disposition spéciale du péritoine formant au rein une enveloppe semblable à un mésocolon a été observée par Girard, puis par Simpson.

DESCRIPTION. — Les deux symptômes les plus importants du rein mobile sont la *douleur* et la *tumeur abdominale*.

La douleur du rein flottant varie de siège, d'intensité et de nature dans chaque cas particulier. Le plus souvent elle est limitée à l'un des flancs ou des hypochondres, mais on l'observe aussi à la région lombaire ou à l'épigastre. C'est tantôt un simple malaise de peu d'importance, une sensation de tiraillement ou de pesanteur, tantôt une douleur sourde, avec des paroxysmes souvent désignés par les malades sous le nom de *coliques nerveuses* (Lancereaux), s'accompagnant d'angoisse, de nausées, de petitesse du pouls et de facies hippocratique, parfois aussi d'accès fébriles avec frisson et chaleur intense (Oppolzer). Ces exacerbations si violentes surviennent le plus souvent à la suite des efforts de toutes sortes : toux, défécation, courses à cheval, etc. Elles ont un rapport incontestable avec la miction, car on les voit souvent se produire à l'époque cataméniale (Rollett, Becquet, Lancereaux), ce qui est dû sans doute à la congestion concomitante du rein. Le repos au lit fait généralement disparaître tous ces symptômes alarmants.

La *tumeur* abdominale, dans laquelle il est souvent possible de reconnaître assez nettement le rein, siège en général sur les parties latérales de l'abdomen, sous le rebord costal, plus souvent à droite qu'à gauche ; elle est allongée et ovoïde, lisse et sans bosselures, ferme et élastique, à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Un de ses caractères les plus constants est sa *mobilité* ; très appréciable à un certain moment, la tumeur peut disparaître sous un grand nombre d'influences, telles que les mouvements respiratoires, le décubitus latéral, etc. ; parfois il est possible de la déplacer dans tous les sens, comme dans le cas de Drysdale, où la tumeur située au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite