

des renseignements suffisants pour établir s'il s'agit d'un corps venu de l'extérieur ou d'une tumeur stercorale.

Pronostic. — D'une façon générale le pronostic des corps étrangers de l'abdomen n'est pas grave, le nombre des morts rapporté par les auteurs est peu considérable. Les accidents occasionnés par les corps venus du dehors dépendent de leur volume et de leur forme; les entérolithes sortent avec facilité, il en est de même des tumeurs stercorales lorsqu'elles sont récentes et qu'il n'existe pas de rétrécissement au-dessous d'elles.

Traitement. — Les corps étrangers de petit volume ainsi que les entérolithes peuvent ordinairement être expulsés par les voies naturelles; on facilitera leur migration par l'ingestion de corps gras et de purgatifs fréquemment répétés. Les mêmes moyens seront utilement employés contre les tumeurs stercorales, d'origine récente. Si la médication purgative restait impuissante, au bout de peu de temps se poserait la question d'intervention chirurgicale; nous y reviendrons en faisant l'étude de l'obstruction intestinale.

CHAPITRE II

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE L'ABDOMEN

Les furoncles et anthrax des parois de l'abdomen sont rares, l'érysipèle au contraire se rencontre assez communément en cette région; tantôt il est né sur place autour d'une plaie ou des excoriations ombilicales, tantôt il a débuté dans une région voisine. Ces différentes affections n'ont du reste rien de spécial, elles suivent leur cours et leur évolution à la façon ordinaire; chez les nouveau-nés cependant, l'érysipèle qui se développe à la chute du cordon peut occasionner la mort.

§ 1^{er}. — Phlegmons et abcès de la paroi antéro-latérale de l'abdomen

Suivant le point où se fait la collection purulente, les phlegmons de la paroi abdominale antérieure se divisent naturellement en *superficiels*, *sous-aponévrotiques* et *sous-péritonéaux*.

1^o PHLEGMONS ET ABCÈS SUPERFICIELS

Les phlegmons et abcès superficiels des parois abdominales ont pour origine les causes qui leur donnent habituellement naissance dans les autres régions; ils succèdent aux contusions, aux lymphangites que déterminent les excoriations si fréquentes autour de la cicatrice ombilicale chez les personnes peu

soigneuses. Ils présentent les symptômes classiques des phlegmons, leur traitement ne donne lieu à aucune indication particulière.

2^o PHLEGMONS SOUS-APONÉVROTIQUES

Étiologie. — Les phlegmons sous-aponévrotiques sont consécutifs aux chutes, coups, contusions; dans l'armée on les observe assez communément chez les jeunes cavaliers.

Les ruptures musculaires ne provoqueraient presque jamais la formation d'une collection purulente lorsqu'elles se produisent chez un sujet sain (LABUZE). Il n'en est plus de même si le patient relève de fièvres graves (typhoïde, scarlatine, puerpérale) ou est en puissance de tubercules. Les muscles présentent alors cet état spécial que ZENKER et HAYEM ont décrit sous le nom de dégénérescence granuleuse et cireuse; dans ces conditions le moindre traumatisme, le plus léger effort peuvent occasionner une rupture qui sera constamment suivie d'un abcès. Il n'est pas douteux pour nous qu'il faille en pareille circonstance attribuer la formation du pus à la présence d'un foyer de microbes ou de bacilles.

Anatomie pathologique. — Ces abcès se rencontrent de préférence dans la gaine des muscles droits au tiers inférieur. Ils occupent l'une ou l'autre des deux gaines, parfois elles sont prises simultanément. DUPLAY cite l'observation d'un malade chez lequel l'abcès s'était d'abord développé dans un de ces muscles, mais le pus pénétra ensuite dans la gaine du côté opposé à travers les éraillures de la ligne blanche. Ces collections viennent habituellement s'ouvrir du côté de la peau; toutefois, ainsi que WENZEL-GRUBER en a rapporté un fait, la gaine celluleuse aponévrotique, assez peu résistante en arrière, se rompt dans quelques cas et le pus se répand dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Symptômes. — Pendant la première période de leur développement, ces abcès forment dans la région hypogastrique et près de la ligne médiane une masse dure, allongée, très sensible à la pression. Il est bien difficile alors de savoir si l'on se trouve en présence d'une rupture musculaire, d'un simple épanchement sanguin ou d'une inflammation. Bientôt les phénomènes s'accroissent, la région devient rouge, empâtée, très douloureuse, enfin on perçoit le phénomène caractéristique, la fluctuation.

Traitement. — Le traitement ne diffère en rien de celui que nous avons exposé à propos des phlegmons en général; nous pouvons le résumer ainsi: favoriser la formation de la collection, puis ouvrir, laver, drainer et panser le foyer suivant les règles de la méthode antiseptique. L'accolement des parois du foyer est toujours difficile à cause des mouvements respiratoires, aussi persiste-t-il souvent des fistules.

3° PHLEGMONS PROFONDS

Bibliographie. — BERNUTZ, *Arch. gén. de méd.*, 1850, 4^e série, t. XXIII, p. 429, et art. ABDOMEN du *Dict. de méd. et de chir. prat.* — GUYON, art. ABDOMEN, in *Dict. des sciences méd.* — DUMAS, *Montpellier médic.*, 1877. — FAUCON, *cod. loc.*, 1877, 6^e série, t. XXX. — J. BESNIER, *Arch. gén. de méd.*, 1878, p. 257, t. II. Thèses de Paris. — 1859, SECOND-FÉREOL. — 1875, VAUSSY. — 1876, GAUDERON. — 1877, POISSON. — 1879, WEDRICHOWSKI. *Abcès sous-ombilicaux.* — HEURTAUX, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1877, t. III, p. 641. — BORELLO, Th. de Paris, 1878. *Phlegmons de la cavité de Retzius.* — WENZEL-GRUBER, *Virchow's Arch.*, Bd XXIV, 1^{er} et 2^e heft, 1862. — C. PAUL, *Bull. de la Soc. anat.*, 1852. — VALLIN, *Union méd.*, 1877. — ARNOULD, *Bull. méd. du Nord*, 1877. — GUYON, *Gaz. des Hôp.*, 1879. Thèses de Paris. — 1878, CASTANEDA Y CAMPOS. — 1879, GÉRARDIN. — 1880, BOUILLY (Agrég.). Thèse de Lille. — 1881, MACAREZ.

Étiologie. — Les phlegmons profonds des parois abdominales reconnaissent des causes variées. Ils peuvent succéder : 1° aux traumatismes de tout genre et à la présence de corps étrangers dans les parois de l'abdomen ; 2° à l'impression brusque du froid (DUPARCQUE, J. BESNIER) ; 3° aux diverses altérations et lésions du tube digestif (BERNUTZ, GUYON). (Une dysenterie ancienne, une accumulation de matières stercorales, un corps étranger de l'intestin ont pu donner lieu à la formation d'un de ces phlegmons) ; 4° aux inflammations du voisinage. La chaudépisse mérite ici une mention spéciale ; si l'on en croit DUPLAY, le phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorragique se développerait grâce à un état spécial constitué par l'urétrite ; FAUCON, au contraire, pense que cette complication est toujours le résultat de la propagation de la phlegmasie de l'urètre à l'épydidyme, au canal déférent, aux vésicules séminales et de là au tissu cellulaire sous-péritonéal ; 5° signalons enfin l'influence des maladies générales.

Cette affection se rencontre surtout sur des sujets jeunes, son maximum de fréquence correspond à la période de la vie qui s'étend de quinze à trente-cinq ans.

Siège. — Le phlegmon sous-péritonéal a été observé dans toutes les régions de la partie antérieure de l'abdomen, cependant il affecte une prédilection bien marquée pour trois points : 1° la région sous-ombilicale ; 2° cet espace situé au-devant de la vessie, qui se trouve compris entre les lignes semi-circulaires de Douglas en haut, le plancher du bassin en bas, espace connu en anatomie sous le nom de cavité prévésicale ou cavité de Retzius ; 3° la région hépatique. Suivant les circonstances, le phlegmon prend alors le nom de phlegmon sous-ombilical (HEURTAUX), de phlegmon de la cavité de Retzius, etc.

Anatomie pathologique. — Ces phlegmons, quel que soit leur siège, donnent lieu à la formation d'une abondante collection purulente ; il n'est pas rare de

retirer de leur intérieur deux, trois, quatre litres de pus et plus ; généralement ce liquide se trouve enfermé dans une poche dont les parois sont en arrière le péritoine considérablement épaissi, en avant les couches musculo-aponévrotiques de l'abdomen soulevées et le tissu cellulaire sous-péritonéal. Sur les parties latérales la délimitation est beaucoup moins franche, aussi ces abcès peuvent-ils fuser et décoller au loin les parois de l'abdomen. Le pus, d'ordinaire bien lié, de bonne nature, présente fréquemment une fétidité particulière, une odeur stercorale sur laquelle DANCE avait déjà attiré l'attention ; ainsi que les recherches modernes l'ont démontré, il renferme une quantité considérable de bactéries. Parfois on constate dans ces tumeurs l'existence d'un épanchement gazeux abondant, susceptible de ballonner la peau et de masquer la plupart des symptômes du phlegmon ; la présence de ces gaz a été attribuée à une exosmose qui se fait de l'intestin vers la poche purulente.

Symptômes. — Les abcès passent par deux périodes bien distinctes : 1° une période de début ou de formation ; 2° une période d'état.

Le début est tantôt lent, insidieux, tantôt aigu, suraigu même. Dans le premier cas la masse met plusieurs mois à se former, elle se révèle uniquement par des troubles généraux et locaux indiquant un état de souffrance de l'intestin et de la vessie. Le malade se plaint de douleurs sourdes qu'il localise bien exactement ; ces souffrances sont augmentées par la pression, la marche, le cahotement des voitures ; peu à peu se développe une tumeur de volume variable qui presse sur les organes voisins, déterminant suivant les circonstances des symptômes différents. Enfin cet état subaigu fait place à un état aigu, la peau devient rouge, s'acumine, l'abcès est formé.

Si le mal débute brusquement, la douleur aiguë, spontanée, exagérée par la pression, augmente sous l'influence des mouvements rythmiques de la paroi, pendant la respiration ou les autres actes physiologiques qui nécessitent le concours des muscles abdominaux ; cet état amène une gêne fonctionnelle quelquefois considérable. Indépendamment de ces douleurs et de la sensibilité de la région il existe une fièvre intense, une tendance à la constipation, et dans nombre de cas des vomissements glaireux ou bilieux ; les malades ne savent quelle position prendre, c'est alors qu'on les voit se placer dans les attitudes les plus bizarres ; ils sont accroupis, les mains appuyées sur l'abdomen ou bien ils restent sur les genoux et les coudes. La malade de DELAMOTTE se tenait jour et nuit ayant les genoux contre le visage et les talons rejetés vers les fesses ; celui de J. BESNIER resta pendant trois mois les cuisses fléchies sur le ventre, les jambes sur les cuisses, les pieds appuyés à plat sur le lit et portant surtout sur les talons.

Arrivés à leur développement complet, ces abcès forment une tumeur de volume variable ; la fluctuation parfois très franche est souvent difficile à reconnaître, la tension considérable des parois de la poche rendant la palpation complètement impossible. La fluctuation entraîne comme conséquence une matité absolue ; cependant on a vu certains épanchements gazeux masquer totalement ces symptômes ; ainsi que le fait observer J. BESNIER, cette complication peut donner lieu, non seulement à de la sonorité et à un bruit hydro-aérique, mais encore, lorsqu'elle est portée à un degré extrême, à la distension

en peau de tambour des parois abdominales. Il faut être prévenu de ces particularités pour ne pas se laisser induire en erreur.

Tels sont les symptômes communs aux différents cas, nous allons insister maintenant sur les signes particuliers aux phlegmons sous-ombilicaux et à ceux de la cavité de Retzius.

a. *Phlegmon sous-ombilical.* — Le début de ce phlegmon n'offre rien de particulier à noter; dans les six observations recueillies par HEURTAUX nous trouvons quatre fois un début brusque, mais le signe capital consiste dans

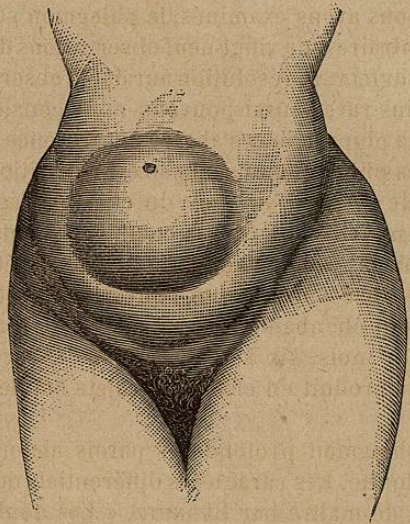


Fig. 1. — Phlegmon sous-ombilical d'après HEURTAUX.

l'apparition à la région ombilicale « d'une tumeur inflammatoire dont le siège, la forme, les caractères sont bien définis. Quelquefois le gonflement, appréciable même à la vue, se présente comme une tuméfaction ovale, large, peu saillante, se confondant insensiblement par son pourtour avec les parties voisines (fig. 1). Le diamètre de la tumeur peut varier, aussi bien en travers que de haut en bas, entre 0^m,06 et 0^m,10. Les autres symptômes sont en général ceux des phlegmons profonds.

b. *Phlegmon de la cavité de Retzius.* — Celui-ci est caractérisé par la formation d'une tumeur à la région hypogastrique; cette masse, d'après BOULLY, commence immédiatement au-dessus du pubis et s'élève à des hauteurs variables; elle a tantôt quatre travers de doigt, tantôt 0^m,07, 0^m,08, 0^m,10 et même 0^m,20. Le phlegmon se développe ici très lentement, la fluctuation met un temps considérable avant de se montrer. Dans un cas observé par l'un de nous, le malade faisait remonter à trois mois l'origine de son affection; cependant la masse était si dure que VERNEUIL et PAULET crurent à l'existence d'un

néoplasme. Le toucher vaginal ou rectal sera toujours ici d'un grand secours, il permet de limiter les contours de la tuméfaction et facilite la recherche de la fluctuation. Les troubles vésicaux constituent un symptôme constant sur lequel les malades ne manquent jamais d'attirer l'attention. Ils consistent en besoins fréquents d'uriner, quelquefois le patient accuse des douleurs, principalement à la fin de la miction; ces douleurs, ces troubles s'expliquent bien par la compression que la masse en se développant fait subir à la vessie.

Marche. Terminaison. Durée. — Le phlegmon profond des parois abdominales se termine par résolution, induration ou suppuration. La résolution, terminaison de beaucoup la plus heureuse, est malheureusement exceptionnelle. D'après les faits que nous avons examinés, le phlegmon sous-ombilical suppurerait toujours; au contraire, sur vingt-neuf observations d'abcès de la cavité de Retzius, réunies par BOULLY, la résolution aurait été observée huit fois. L'induration paraît non moins rare, aussi pouvons-nous considérer la suppuration comme la règle dans la plupart de ces abcès. La présence du pus est annoncée par l'augmentation des phénomènes généraux, l'apparition de frissons, etc. Si l'on n'intervient pas, le pus se fait jour du côté des téguments par une ou plusieurs ouvertures; mais il ne faut pas compter aveuglément sur la nature, car l'abcès peut fort bien s'ouvrir dans le péritoine et déterminer la mort. La durée de la guérison varie suivant que l'ouverture a été faite en temps et lieu ou que les choses ont été abandonnées à elles-mêmes. Dans le premier cas la guérison demande un mois, six semaines; dans le second elle est toujours de longue durée, il se produit en effet des trajets fistuleux qui n'ont aucune tendance à se fermer.

Diagnostic. — Le phlegmon profond des parois abdominales sera surtout confondu avec la péritonite. Les caractères différentiels de ces deux affections ont été tracés de main de maître par BERNUTZ. « Les douleurs, dans le cas de péritonite, sont plus vives, plus généralisées, celles du phlegmon ont un maximum d'intensité, et de ce point partent comme d'un centre des élancements pénibles intermittents, qui s'irradient dans le reste de l'abdomen. Les vomissements, moins constants que dans la péritonite, sont plus faciles à calmer. La rétraction des parois abdominales est plus marquée, plus persistante dans les phlegmons que dans les péritonites. Enfin, dans la péritonite, la gravité des symptômes généraux est telle que, dès le début de l'affection, la vie paraît en danger; dans le phlegmon, l'état général n'offre pas d'emblée cette expression terrible, mais présente seulement exagérés, les caractères de la réaction inflammatoire que l'on observe dans les phlegmasies superficielles. »

Reste à différencier l'abcès d'avec les tumeurs développées dans les parois ou dans la cavité abdominale. On y parviendra en recherchant attentivement les antécédents du malade, en tenant compte de son âge, des conditions dans lesquelles la tumeur s'est formée, en examinant chacun des organes contenus dans la cavité abdominale et le petit bassin. Dans quelques circonstances toutefois il sera bien difficile d'arriver à la vérité; nous avons vu un phlegmon de la cavité de Retzius être méconnu par des chirurgiens de grande valeur.

Un point de diagnostic délicat consiste, dit HEURTAUX, dans la distinction à

établir entre le phlegmon sous-ombilical et celui de la cavité de Retzius. Le siège occupé par les deux tumeurs est toutefois d'un grand secours; en effet le phlegmon sous-ombilical se cantonne dans la région péri-ombilicale dont il ne dépasse jamais les limites; le phlegmon de la cavité de Retzius au contraire arrive rarement jusqu'à l'ombilic, mais s'étend jusqu'à la symphyse du pubis, en sorte que, théoriquement, le phlegmon sous-ombilical s'arrête en bas au point où finit en haut le phlegmon de la cavité de Retzius (BOUILLY).

Pronostic. — Ces phlegmons profonds des parois abdominales constituent toujours une affection des plus sérieuses; nous avons vu qu'ils pouvaient déterminer la mort en s'ouvrant dans le péritoine, hâtons-nous de dire cependant que cette terminaison est rare, car, si le chirurgien intervient en temps opportun, la guérison devient la règle.

Traitement. — Il ne faut pas trop compter sur la résolution, néanmoins pendant la première période du mal on tentera par les révulsifs, les émoullients, le repos, les applications de sangsues de prévenir la formation de l'abcès.

Dès que le pus paraît formé, il faut sans hésiter lui donner issue par une incision dans les parties déclives de la tumeur; si elle ne suffit pas pour assurer l'écoulement de ce liquide, des contre-ouvertures seront faites en nombre suffisant. La cavité étant ensuite drainée avec soin, des lavages méthodiques avec pansement antiseptique seront pratiqués matin et soir jusqu'à la cicatrisation.

4° PHLEGMONS ET ABCÈS DE LA RÉGION POSTÉRIEURE DE L'ABDOMEN RÉGION LOMBAIRE

L'aponévrose du transverse divise cette région en deux loges; l'une, superficielle ou postérieure, comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles des gouttières vertébrales et le carré des lombes; l'autre région, antérieure ou profonde, en rapport avec le péritoine, comprend le psoas et l'atmosphère cellulaire du rein.

ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUES

SYNONYMES. — Abscès de la fosse lombaire (CORBON).

Bibliographie. — RAYER, *Traité des maladies des reins*, 1839. — BIENFAIT, *Gaz. hebdomadaire*, 1856. — PARMENTIER, *Union médicale*, 1862. — TROUSSEAU, *Clin. méd.*, t. III. — CORBON, *Abscès de la fosse lombaire*, Paris, 1873. — GUÉNEAU DE MUSSY, *Clin. méd.*, t. II, 1873. — AUDOUARD, *Progrès médical*, 1876. — MIEDEN, *Arch. f. klin. med.*, 1878. — ROSENBERG, *Centralbl. f. Chir.*, 1879. — ELIAS, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1879. — DUGUET, *Union médicale*, 1880. — MARDUEL, art. PÉRINÉPHRITE, in *Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXX, 1881. — J. ROBERTS, *Hist. clinique des abcès périnéph.*, in *Amer. Journ. of the Med. Soc.*, 1882. — Thèses de Paris. — 1840, LENEPVEU. — 1860, FÉRON, PICARD. — 1863, HALLÉ. — 1870, NAUDET. — 1872, KRÆTSCHMAR. — 1876, VAUGY.

Historique. — Signalés pour la première fois par RAYER (1839), les abcès périnéphrétiques ont été étudiés par TROUSSEAU, PARMENTIER, CORBON, etc.

Étiologie. — Les phlegmons périnéphrétiques débutent parfois spontanément, plus souvent ils paraissent symptomatiques d'une affection générale ou d'une lésion locale.

Les causes des abcès périnéphrétiques spontanés sont directes ou indirectes. Parmi les premières nous rangerons toutes les violences produites sur la région lombaire par les agents extérieurs; au nombre de ces agents nous devons signaler d'abord les projectiles de guerre, les armes blanches (observations de PÉPIN, BAUDENS, BERGOUNIOUX, LEGUEST); puis viennent les contusions de la région (CHASSAIGNAC, CUSCO, GUÉNEAU DE MUSSY), enfin les fatigues de toute espèce telles que les efforts musculaires (TARDIEU, OLIVIER), les longues courses à cheval (TURNER), les cahots d'une voiture mal suspendue.

Les causes indirectes sont plus complexes et plus difficiles à analyser; cependant, dans un certain nombre de cas, l'impression brusque du froid semble avoir exercé une action prépondérante.

Le phlegmon lombaire symptomatique est fréquemment consécutif aux lésions du rein (néphrite et pyélo-néphrite). Les rapports intimes qu'affectent ces organes avec le côlon ascendant et le foie à droite, le côlon descendant et la rate à gauche nous expliquent le retentissement que peuvent avoir les inflammations de ces viscères sur l'atmosphère cellulaire du rein.

Enfin des collections de pus se développent parfois à la suite des fièvres graves ou de l'infection purulente.

Anatomie pathologique. — Le siège exact de ces abcès est l'atmosphère cellulaire du rein. Le foyer purulent « se trouve donc limité en avant par les faces postérieures du rein et du côlon lombaire, en haut par la douzième côte, en bas par la crête iliaque, en dedans par les corps vertébraux, en dehors il peut s'étendre plus ou moins dans l'épaisseur de la paroi abdominale » (TILLAUX). En arrière la collection purulente est arrêtée par les muscles de la région lombaire et l'aponévrose du transverse (feuille antérieure), le pus ne tarde pas à rompre cette barrière, il peut alors faire saillie dans cet espace triangulaire limité en dehors par le bord postérieur du grand oblique, en dedans par le bord externe du grand dorsal, en bas par la crête iliaque (*Triangle* de J.-L. PETIT). Or il existe là, dans le plan sous-cutané, une accumulation de tissu cellulaire qui s'enflamme et suppure à son tour, en sorte qu'il n'est pas rare d'observer en cette région un véritable abcès en bissac ou en bouton de chemise, ainsi que CUSCO, HERGOTT, NAUDET en ont rapporté des exemples.

Le pus se dirige donc le plus souvent du côté des plans superficiels de la région postérieure; cependant cette heureuse terminaison n'est pas constante, car on a vu des abcès périnéphrétiques s'ouvrir dans la cavité péritonéale (GARDIEN), dans le côlon (PARMENTIER), dans la cavité thoracique (RAYER, NAUDET, CORBON), dans l'urèthre (DEMARQUAY), d'autres fuser dans la fosse iliaque et le petit bassin.

Le contenu de la poche varie suivant les causes qui ont présidé à sa formation. Tantôt on y trouve du pus bien lié, de bonne nature, tantôt du pus

mélangé à des caillots sanguins, à de l'urine, à des matières fécales; enfin l'exploration a permis d'y rencontrer des corps étrangers (calculs urinaires, matières stercorales, hydatides, etc.).

Symptômes. — a. *Symptômes locaux.* — Trois signes caractérisent la formation d'un abcès périnéphrétique : la douleur, la tuméfaction et l'œdème au niveau de la région lombaire, la fluctuation.

La douleur, phénomène initial, se montre aiguë, déchirante, ou au contraire sourde, profonde, gravative. Les souffrances peuvent être intermittentes, coïncider avec le retour des frissons; ordinairement il n'en est pas ainsi, car ce symptôme persiste sans interruption jusqu'au moment où le pus se forme; cette douleur s'irradie parfois du côté de l'aîne, de la cuisse, mais, caractère essentiel, elle est augmentée par la pression, surtout, dit TROUSSEAU, lorsqu'on cherche à comprendre la région malade entre les deux mains. La souffrance rend impossible le décubitus sur le côté malade, même sur le dos; les patients immobiles dans leur lit évitent avec soin le moindre mouvement, le plus léger effort.

Pendant un temps variable de huit à quinze jours (TROUSSEAU), la douleur constitue le seul signe local appréciable, puis en faisant coucher le malade sur le ventre où mieux en le faisant asseoir sur son séant, le chirurgien aperçoit au niveau des points sensibles une tuméfaction manifeste, la palpation permet de reconnaître un empatement profond, diffus; si, pendant qu'une main est placée sous la région lombaire, on déprime avec l'autre la paroi abdominale antérieure, on constate alors l'existence d'une tumeur profonde.

Peu à peu le tissu cellulaire des lombes s'œdématie, les téguments prennent une teinte rosée. Cet œdème reste habituellement cantonné dans la région lombaire, mais on l'a vu aussi s'étendre aux parties voisines, envahir les régions dorsale et fessière (LANCEREAUX). En semblable occurrence l'inflammation se termine rarement par résolution, la formation du pus est presque fatale. Il faut rechercher la fluctuation avec le plus grand soin, car, l'abcès étant profondément situé et les tissus empâtés, les erreurs sont à craindre.

b. *Symptômes généraux.* — Nous retrouvons l'ensemble des phénomènes qui annoncent la formation du pus : fièvre avec exacerbation vespérale, frissons irréguliers, sueur.

En même temps que les premières douleurs, survient d'ordinaire un frisson violent suivi d'un stade de chaleur et de sueur, puis s'établissent des accès périodiques quotidiens qui ont pu faire croire au début d'une fièvre intermittente; mais bientôt ces accès se modifient, perdent leur régularité, et la fièvre passe au type continu ou plutôt rémittent, avec paroxysme dans la soirée. Cette fièvre s'accompagne d'un état saburral assez accentué et, dans la majorité des cas, de constipation opiniâtre.

Diagnostic. — Dans le cours de la première période de la maladie, il est bien difficile de rapporter à un organe plutôt qu'à l'autre les douleurs que l'on observe. Dès que la tuméfaction peut être constatée, le siège de l'induration, la marche des symptômes généraux doivent faire songer au développement d'une collection purulente; il s'agit alors de préciser et de localiser exactement cette

collection. L'idée d'un phlegmon superficiel sera rapidement écartée, mais comment affirmer que c'est l'atmosphère cellulaire du rein et non cet organe lui-même qui se trouve enflammée? L'examen des urines rendra de grands services; si en effet il s'agit uniquement de l'atmosphère cellulaire de l'organe, les urines ne présenteront aucune modification notable, tout au plus seront-elles plus rouges, plus abondantes, plus sédimenteuses comme dans toutes les affections fébriles; si au contraire on est en présence d'une lésion rénale, l'urine renfermera d'abord du sang, des débris épithéliaux tubulés et bientôt des globules de pus.

Les maladies du rein étant éliminées, l'abcès périnéphrétique pourrait encore être confondu avec une tumeur des organes circonvoisins (foie, rate, abcès stercoral du côlon).

Les tumeurs de la rate font dans l'abdomen une saillie assez marquée pour que l'erreur soit facile à éviter; les abcès stercoraux donnent lieu à des troubles intestinaux si nets que nous n'insisterons pas sur leurs signes différentiels. Restent les intumescences du foie; mais, dit TROUSSEAU, si en palpant la tumeur, le médecin commande au malade de faire de grandes inspirations, il arrivera facilement au diagnostic, car dans ces mouvements la masse sera mobile s'il s'agit d'une lésion hépatique, immobile au contraire si l'on se trouve en présence d'un abcès périnéphrétique.

La région lombaire est encore le siège d'abcès par congestion, qu'il nous semble impossible de confondre avec les abcès périnéphrétiques si l'on tient compte des commémoratifs et de l'état du squelette.

Terminaison. Pronostic. — Les abcès périnéphrétiques aboutissent presque toujours à la suppuration; nous connaissons à peine, en effet, deux observations dans lesquelles la résolution a été constatée; elles sont dues à TROUSSEAU et HALLÉ. Le pronostic paraît subordonné à la cause qui a donné naissance au phlegmon et aussi à l'intervention chirurgicale. Les abcès idiopathiques convenablement traités guérissent dans la majorité des cas. Si au contraire le malade se trouve abandonné aux seuls efforts de la nature ou si l'intervention est tardive, il se produit des décollements étendus, des fistules, ou bien l'abcès, ainsi que nous l'avons dit, va s'ouvrir dans une des cavités voisines.

L'abcès symptomatique présente une gravité bien plus grande, absolument subordonnée du reste à la nature de la maladie primitive.

Traitement. — Pendant la première période, il nous semble inutile d'insister outre mesure sur les antiphlogistiques dont l'action se montre toujours infidèle, le chirurgien se bornera à combattre la douleur et les phénomènes généraux. Dès que le pus est formé, il faut lui donner issue par une large incision. CORBON conseille d'opérer sur le trajet d'une ligne dirigée de haut en bas, de dedans en dehors, en partant de deux ou trois centimètres en dedans du sommet de la dernière côte; on procédera couche par couche en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Dans les couches profondes le bistouri devient dangereux, aussi sera-t-il préférable de déchirer les feuilletts cellulaires avec le doigt ou la sonde cannelée. Une fois dans la cavité de l'abcès, il faudra pratiquer des contre-ouvertures et placer des drains en nombre suffisant de façon à assurer l'écoulement du pus. Pendant