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 administré en lavements, à cause de la possibilité des accidents urémiques. La pyélite secondaire sera traitée comme la pyélite chronique par les astringents, les balsamiques, le lait, etc.

Le rein tuberculeux primitif unique peut être traité chirurgicalement. Il résulte des statistiques de Tuffier que la néphrectomie donne dans ces cas des résultats supérieurs à la néphrotomie.

RILLIET et BARTHEZ. Traité des maladies des enfants. — CHAMBERS. Med. Times and Gaz., 1852, et Arch. gén. de méd., 1854. — VILLEMIN. Du tubercule. Paris, 1862. — ROSENSTEIN. Zur Tuberculos 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. — LABADIE-LAGRAVE. Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., art. *Rein*. — GAUTHIER. De la tuberculose rénale primitive, th. de Paris, 1882. — LEJARS. Tuberculose rénale (Soc. anat., 1884). — CORNIL et BRAULT. Et. sur la pathol. du rein, 1884. — BRISSAUD. Du rein tuberculeux médical (Gaz. hebd., 1886). — DURAND-FARDEL. Les bacilles dans la tuberculose miliaire, tuberculose glomérul. du rein (Arch. de phys., 1886. — CORNIL et BABÈS. Les Bactéries, 1886. — CAYLA. Tuberculose du rein, ses rapport avec la tuberc. génito-urinaire (Gaz. des hôp., 1888). — LECLERC et TOURNIER. Rein tuberculeux, (Lyon, méd., 1890). — LENOIR. Albuminurie chez les phtisiques, th. Paris, 1890. — COFFIN. Etude sur le rein des tuberculeux, th. Paris, 1891. — ALBARRAN. Tuberculose rénale ascendante et descendante (Bull. méd., 1891). — V. KAHLDEN. La néphrite des phtisiques (Centr. bl. f. allg. Pathol., 1891, n° 3. — TUFFIER. Etude anatom. path. et clinique de la tuberculose rénale (Arch. de méd., 1892). — S. GAUCHER et N. MARTIN. Néphrite par tuberculine cong. tub., 1892. — Même sujet : ARLOING, RODET et COMMONT. Cong. tuberc., 1892.

PÉRINÉPHRITE.

Synonymie : *Phlegmon ou abcès périnéphrétique*. — *Abcès périnéphrétiques* (Trousseau). — *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'Egine, 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. Parmi les travaux plus récents il faut citer les leçons cliniques de N. Gueneau de Mussy, l'article de Lancereaux dans le *Dictionnaire encyclopédique*, les thèses de Naudet, Kraetschmar 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, Rayer, 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 phlegmatique. Les cas de kyste hydatique du tissu cellulaire périrénal, signalés par Ebstein et Monti, comme point de départ d'un phlegmon périnéphrétique, semblent avoir un mécanisme analogue. Les marches forcées, les exercices exagérés, les longues courses à cheval (Turner), la fatigue, certains efforts violents (Trousseau), les chutes sur le siège (Bergounhioux) se rencontrent parfois parmi les causes de la périnéphrite primitive ; mais dans l'esprit de Hallé ces différentes causes ne seraient véritablement actives qu'à condition d'agir simultanément avec le refroidissement. D'ailleurs l'influence du froid et de l'humidité est souvent la seule cause de l'abcès périnéphrétique, et Gueneau de Mussy, Blaud, 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 bassinet[1]. Il en est de même des autres corps étrangers du rein, les kystes hydatiques (Rayer, Denonvilliers), les strongles (Chopart, Manblet), ou les dégénérescences : cancer, tuberculès (Cornil)[2]. Les abcès du psoas, du foie et de la vésicule biliaire, les

1. Tout le monde connaît la célèbre observation de Miquel relative à un fait de périnéphrite calculeuse qui permit de faire une véritable lithotritie lombaire dans le triangle de J.-L. Petit.

2. Dans la périnéphrite tuberculeuse, due à une infection mixte par le bacille de Kock et par les microbes ordinaires de la suppuration, la

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 (Rayer) ou même de l'appendice iléo-cæcal (Audouard), aux inflammations de la plèvre (plusieurs faits de Gintrac).

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 (Choppart)[1], sur le rectum (König), sur l'utérus ou ses annexes, à la suite 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 (Trousseau, G. de Mussy), de la pneumonie gangreneuse (Desruelles), de la pyohémie consécutive à la phlébite de la veine ombilicale chez le nouveau-né (Monti). Il faut noter que, dans ces maladies reconnues aujourd'hui parasitaires, il y a une grande tendance à la formation d'abcès dans tous les tissus.

Jusqu'à ces dernières années, on croyait volontiers que la périnéphrite ne se rencontrait pas chez l'enfant, les observations de Lœbs, Gibney, Monti, ont fait justice de cette assertion trop exclusive. Weber l'a même observée chez le fœtus. Toutefois, il est légitime de reconnaître qu'elle a une prédilection marquée pour l'âge adulte et que c'est entre trente et soixante 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

généralisation se fait par la voie lymphatique. Les microbes suivent les lymphatiques qui traversent la capsule propre du rein et les lymphatiques du bassinet (Albarran).

1. La périnéphrite sympathique, admise sans contestation par Trousseau et basée sur ce fait que des excitations prolongées des nerfs sensitifs peuvent déterminer des suppurations à distance (voy. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 475) n'est plus guère acceptée aujourd'hui. On croit généralement à présent à une infection directe; l'observation de Chopart elle-même, où de petits foyers intermédiaires entre la plaie du testicule et l'abcès périnéphrétique sont signalés, plaide dans ce sens.

est petit et ancien, il existe toujours une membrane pyogénique[1]; 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 sphacélés, 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 de 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 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. D'autres fois c'est au pli de l'aine, au niveau du triangle de Scarpa, que la collection vient faire saillie. 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

1. Lorsque l'abcès, cependant, a une origine septique, il n'y a pas de collection véritable, mais une sorte de phlegmon diffus (Ebstein), une sorte d'œdème séro-purulent, suivant l'expression de Pirogoff.

lieu à une pleurésie aiguë ou à une pleuro-pneumonie, et il peut être expulsé au dehors par les bronches[1]. On l'a vu aussi se faire jour à travers la prostate (Parmentier) ou le vagin (Féron).

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 certains 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 ; lorsquelles existent, elles s'étendent vers la paroi antérieure de l'abdomen, les organes génitaux, et la racine du membre inférieur correspondant. Elles sont la conséquence des compressions exercées par le foyer sur les nerfs du bassin. Bienfait (de Reims) a noté l'hémiplégie transitoire du côté 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 immobiles, 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.

1. Pour se rendre un compte exact de l'évolution anatomique des abcès périrénaux et de leurs migrations, il est bon d'avoir présentes à la mémoire certaines dispositions de la capsule cellulo-adipeuse du rein, sur lesquelles Cloquet d'abord, puis Sappey, ont spécialement insisté.

La capsule tapisse le rein seulement sur sa face postérieure, l'antérieure est en contact immédiat avec le péritoine. Le rein forme ainsi une barrière qui s'oppose au cheminement du pus d'arrière en avant (rareté des perforations péritonéales). Par contre, la capsule se continue avec le tissu cellulaire qui s'insinue dans l'espace triangulaire compris entre le carré des lombes, le bord inférieur du grand dorsal et le bord interne du grand oblique (triangle de J.-L. Petit ; lieu d'élection des fistules réno-cutanées). Enfin la capsule, très lâche au niveau de la partie supérieure du psoas iliaque, s'épaissit plus bas pour former le fascia iliaca, fait qui suffit à expliquer pourquoi, dans certains cas, le pus fuse au-dessus de l'aponévrose (abcès iliaque) ; pourquoi, dans d'autres, il s'insinue au-dessous d'elle et vient saillir vers le triangle de Scarpa.

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 rénitente 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, pratiquée suivant les règles déterminées, 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 reparaît si la poche se remplit de nouveau.

A ces symptômes locaux s'ajoutent les troubles de la sécrétion urinaire. L'urine est rare, chargés 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, cependant, elle est précédée par l'apparition de la douleur. Dans bien des cas elle débute par un frisson initial, intense, de plusieurs heures de durée ; elle est alors franchement intermittente, à type quotidien et peut, par ses allures, embarrasser vivement le diagnostic ; elle tend ensuite à devenir subcontinue ou mieux rémittente, à paroxysmes vespéraux ; puis, au bout d'une quinzaine de jours, lorsque le pus est collecté, elle commence à tomber, pour disparaître lorsque le foyer s'est ouvert à l'extérieur.

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, la diarrhée et tous les symptômes ordinaires de l'hecticité.

Marche. Durée. Terminaisons. — 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 présente de plus des vomissements, du ténesme vésical, de l'hématurie.

La marche de la maladie est souvent coupée par des rémissions 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, faits cités par Trousseau, la durée peut ne pas dépasser quinze jours ou trois semaines. Dans la périnéphrite gangreneuse, 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 périrénale 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 ; Rayer n'en cite que deux cas rapportés par Turner et par Blaud. La suppuration est la règle, et la guérison peut subvenir 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 pyohémie : 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 ilio-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 *psoïtis*, 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 périrénal, 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 J. 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'hypérémie 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 périrénal ; 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, acides phénique, borique, etc. Le meilleur procédé consiste à appliquer d'abord des *caustiques* et d'ouvrir ensuite avec le bistouri à travers l'eschare.

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. 1848. — BAUDENS. Traité des blessures par armes à feu, 1836. — ANDRAL. Clinique médicale, t. II, 1839. — LENEPVEU. 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, 1868. — HALLÉ. Des phlegmons périnéphrétiques, th. de Paris, 1863. — TROUSSEAU. Abcès périnéphrétiques, in Union médicale, 1865, et Clinique médicale, 7e édit., 1885, t. III. — CURLING. Brit. med. Journal, 1869. — TACHARD. Gazette hebdomadaire, 1869. — NAUDET. Du phlegmon périnéphrétique, th. de Paris, 1870. — KROETSCHMAR. Des abcès périnéphrétiques, th. de Paris, 1872. — L. COLIN. Gazette hebdomadaire, 1872. — LEGOUEST. Traité de chirurgie d'armée, 1872. — BLOCH. De la contusion du rein, th. de Paris, 1873. — GUENEAU DE MUSSY. Clinique mécicale, t. II, 1875. — LANCEREAUX. Art. *Rein*, in Dict. Encycl. des sc. méd., 1875. — AUDOUARD. Progrès médical, 1876. — VAUGY. Contribution à l'étude de la périnéphrite, th. de Paris, 1876. — NIEDEN. Deutsches Archiv für klin. Med., t. XXII, 1878. — MARDUEL. Art. *Rein*, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1881. — DOYEN. Abcès périnéphrétique tuberculeux (Soc. anat., 1882). — MONTI. Gerhardt's Handbuch für Kinderkrankheiten. — LABADIE-LAGRAVE. Maladies des reins, 1888. — THOMAS. Abcès tuberculeux périnéphrétiques, th. Paris, 1891. — TUFFIER. Des abcès froids périnéphrétiques (Gaz. hebd., 1891).

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 celui d'une curiosité anatomique ; nous étudierons seulement l'ectopie rénale acquise avec mobilité de l'organe dans la cavité abdominale. Cette déformation, que d'excellents esprits se refusent encore à admettre, ne saurait être écartée du cadre nosologique ; elle y a conquis sa place : *de par l'anatomie* normale qui démontre que le rein peut éprouver des déplacements considérables dans sa capsule adipeuse (Sappey) ; *de par la clinique*, qui a fourni un certain nombre d'observations incontestables ; enfin *de par l'anatomo-pathologie*, qui a constaté sur le cadavre les déplacements soupçonnés pendant la vie (voy. *Bullet. de la Société anat.*). Signalée déjà par Cruveilhier, la luxation du rein a été bien étudiée par Fritz en 1859, par Becquet en 1864, Trousseau et Gueneau de Mussy ; les travaux récents d'Ebstein, Lancereaux, Walther (de Dresde), ont complété son histoire.

ÉTIOLOGIE. — 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 suffisante.

L'ectopie rénale est d'une grande fréquence, (l'un de nous a pu en quelques semaines en recueillir 50 observations), et plus commune chez la femme que chez l'homme dans le rapport de 100 à 18, d'après les recherches de Rosenstein et d'Ebstein portant sur un total de 155 cas. Cette proportion nous semble même un peu élevée ; sur nos 50 observations 1 seule avait trait au sexe masculin. On peut observer le rein mobile à toutes les époques de la vie (3 faits de Steiner chez des enfants de six à dix ans); mais c'est de dix-huit à quarante-cinq ans qu'il se montre avec le plus de fréquence.

On observe parfois le rein mobile à la suite de chutes, d'efforts, 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). Peter l'a constaté chez l'homme comme conséquence de l'action prolongée de vêtements trop serrés. 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 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'hypertrophies du foie ou de la rate, de déplacements de l'intestin (Rayer, Canton) ou de l'utérus, d'hydronéphrose, de cancer du rein (Rollet). Nous avons cependant plusieurs fois constaté l'existence du rein mobile à la suite de pleurésies droites qui avaient entraîné un abaissement notable du foie.

Glénard, d'autre part, fait jouer un rôle prépondérant aux déplacements de l'intestin (entéroptose) dans la production de l'ectopie rénale. Nous croyons pour notre compte que le rein mobile est loin d'être subordonné aux déplacements intestinaux et que, lorsque les deux phénomènes s'observent concurremment, ils dépendent en général d'une cause univoque qui a produit un relâchement général des viscères, et le plus souvent cette cause est la neurasthénie.

Ce sont des vues un peu analogues qui ont été exposées depuis