

oublier l'action bienfaisante qu'exerce sur le rein le traitement de ces lésions. M. Guyon a beaucoup insisté sur ces faits, qu'il a démontrés par de nombreux exemples : on soignera donc la cystite, le rétrécissement, etc., par les moyens habituels, en même temps que par des ventouses appliquées sur la région rénale, on fera de la révulsion et qu'on emploiera les autres moyens dont nous avons parlé. Il sera nécessaire surtout de bien se rappeler le rôle que joue la rétention vésicale d'urine dans la pathogénie des accidents et soigner cette rétention par les moyens appropriés; souvent, chez de vieux prostatiques infectés avec pyélo-néphrite, l'état du malade s'améliorera à vue d'œil par le simple emploi de la sonde à demeure et une bonne antisepsie de la vessie.

Il n'est que trop fréquent de voir dans les pyélo-néphrites graves tous les efforts du chirurgien rester sans résultat. Dans ces dernières années, on a obtenu quelques bons résultats par les grandes injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel; deux observations suivies de guérison ont été publiées par Bovet et Huchard et par P. Delbet; nous en avons observé deux autres, M. Guyon et moi, mais nous avons vu aussi, dans un grand nombre de cas, l'injection salée échouer complètement. Lorsqu'on aura recours à cette méthode, il faudra se rappeler qu'elle est contre indiquée lorsqu'il existe une cardiopathie, et qu'on n'obtient de bons résultats qu'en injectant de grandes quantités de sérum, deux litres et plus, dans les vingt-quatre heures.

La pyélo-néphrite infectieuse simple, sans rétention ni calcul rénal, conduit rarement à une intervention opératoire sur le rein. Israël et Weir (1) ont publié deux cas de néphrectomie pratiquée avec succès pour des pyélo-néphrites infectieuses avec abcès miliaires du rein, et le dernier de ces auteurs prétend que l'extirpation du rein est souvent indiquée lors d'invasion septique aiguë. Legueu a pratiqué trois fois la néphrostomie et a vu mourir deux de ses malades. Je pense que, dans la pyélo-néphrite, les indications d'opérer sont très rares parce que, en dehors de la lithiase, de la rétention rénale et de la tuberculose, la lésion est le plus souvent bilatérale; c'est ainsi que les statistiques réunies de Weir et de Goodhart ne donnent que 16 p. 100 de lésions unilatérales. J'ai eu occasion d'intervenir dans deux cas de rein mobile, sans rétention rénale, atteint de pyélo-néphrite non suppurée; dans les deux cas, après la néphrotomie exploratrice, je fermai la plaie rénale qui guérit par première intention, mais les lésions continuèrent à évoluer et je dus, quelques mois plus tard, pratiquer la néphrostomie : chez un de ces malades, Hartmann pratiqua plus tard l'extirpation du rein, et l'autre ne fut guère amélioré par l'ouverture du rein. Ces faits nous montrent que la néphrotomie

(1) WEIR. *Med. Record*, 1894, p. 325.

et même la néphrostomie donnent peu de résultats dans la pyélo-néphrite non suppurée, et il est à présumer qu'il en serait de même dans les cas avec suppuration, car il ne s'agit que très rarement d'une collection purulente que l'on ouvre, mais d'une véritable infiltration purulente du parenchyme ou de très petits abcès disséminés. En ce qui regarde l'extirpation du rein, elle pourra trouver de rares indications chez des malades jeunes, sans lésions des voies urinaires inférieures, lorsqu'à la suite d'une infection d'origine sanguine on arrive à déterminer qu'un des deux reins est gravement atteint alors que l'autre est indemne de lésions. Il sera bien exceptionnel de trouver réunies ces conditions; je connais pourtant une observation avec succès de Max Jordan.

VI

PÉRINÉPHRITES

Le mot de périnéphrite fut employé par Rayet pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le rein. Les auteurs allemands ont établi une regrettable confusion en employant ce terme dans des sens différents : ils sont tous d'accord pour comprendre sous le nom de *paranéphrite*, l'inflammation de la capsule adipeuse du rein; périnéphrite signifie inflammation de la capsule propre pour Fischer, Rosenberger, Wagner, Maas, tandis que, d'après Küster, la périnéphrite n'est que la péritonite localisée au feuillet séreux qui passe en avant du rein.

Avec tous les auteurs français, j'emploie le mot de périnéphrite dans le sens que lui a donné Rayet, comprenant à la fois l'inflammation de la capsule propre et de l'atmosphère celluleuse; ni l'anatomie pathologique ni la clinique ne peuvent autoriser les divisions des auteurs allemands. D'après la classification des périnéphrites que j'ai donnée en 1889 (1), je distinguerai trois variétés : la périnéphrite *scléreuse*, la périnéphrite *adipeuse*, la périnéphrite *suppurée*, laissant complètement de côté ce qui a trait aux abcès tuberculeux.

I. PÉRINÉPHRITE SCLÉREUSE.

On constate fréquemment, dans les néphrites médicales, que la capsule propre du rein se détache mal du parenchyme rénal; quand on décortique l'organe, on enlève en même temps de petites parcelles de tissu rénal : c'est le degré le plus faible de la périnéphrite sclé-

(1) ALBARRAN, *Soc. de biol.*, 1889.

reuse. Dans les pyélo-néphrites, la capsule propre s'épaissit davantage, elle adhère peu au rein par sa surface interne, mais par sa surface externe elle se continue avec les portions voisines du tissu graisseux qui l'entoure, et qui lui-même est atteint de sclérose plus ou moins accusée. Dans les vieilles suppurations rénales, dans certains cas de tuberculose, ce processus de sclérose s'étend de plus en plus; parfois la graisse disparaît presque complètement, et le rein se trouve enveloppé d'une coque épaisse, vaguement feuilletée, formée par du tissu fibreux; lorsqu'on opère dans des cas semblables, le bistouri coupe ce tissu qui se laisse sectionner, mais ne s'écarte pas de lui-même lorsque l'instrument le traverse, et on arrive jusqu'au rein sans que rien n'indique les différentes couches de la région. D'autres fois, la coque périrénale inflammatoire est constituée à la fois par du tissu fibreux et par du tissu adipeux: c'est la périnéphrite *scléro-graisseuse*.

Lorsque la périnéphrite scléreuse est très marquée, la masse fibreuse qui entoure l'organe se prolonge en bas le long des uretères; elle touche et adhère aux organes voisins, aux vaisseaux du hile, à la veine cave, à l'aorte. On comprend les dangers de la néphrectomie en pareil cas, et c'est alors surtout que le procédé de néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier présente de précieux avantages: nous venons de voir que l'adhérence entre le rein lui-même et sa capsule est généralement peu prononcée, et, lorsqu'un point de clivage est trouvé, l'extirpation sous-capsulaire de l'organe est chose facile.

Ces périnéphrites scléreuses pures ou scléro-graisseuses ne se manifestent le plus souvent en clinique par aucun symptôme fonctionnel qui permette de les soupçonner, mais l'exploration attentive du rein permet souvent de les diagnostiquer: ce diagnostic présente une certaine importance, parce que la périnéphrite peut faire croire à l'existence d'un rein très volumineux, alors qu'en réalité la glande n'est pas très augmentée de volume.

J'ai pu souvent diagnostiquer la périnéphrite adhésive, en constatant que le rein, augmenté de volume à la palpation, ne présente pas de mobilité spontanée pendant que le malade fait de grandes inspirations. Le ballottement rénal présente aussi, dans ces cas, des caractères particuliers; en réalité, il n'y a pas de ballottement; le rein soulevé par la main postérieure ne vient pas frapper librement la main antérieure, comme dans les cas ordinaires d'augmentation de volume du rein; ce qu'on sent, c'est une transmission en masse, non du ballottement, et les limites de la tuméfaction paraissent indéfinies.

II. — PÉRINÉPHRITE LIPOMATEUSE.

Le processus d'inflammation chronique, propagé autour du rein, dans les infections rénales et dans la tuberculose, aboutit parfois à

la formation de véritables lipomes inflammatoires périrénaux. Garraud avait appelé l'attention sur ces faits, bien étudiés ensuite par Hartmann et par Hallé. J'ai moi-même déposé au musée Guyon, il y a dix ans, un remarquable spécimen de cette lésion.

La périnéphrite lipomateuse la plus caractérisée est celle qu'on observe dans certains reins calculeux infectés: le tissu graisseux se développe au dehors du rein, et pénètre dans l'intérieur de l'organe avec les vaisseaux du hile; pendant ce temps la néphrite *scléreuse atrophique* (voir *Lithiase rénale*, p. 882) fait son œuvre de destruction, et dans les cas extrêmes on ne trouve plus au centre de la masse graisseuse que de petites cavités à surface lisse, représentant le bassin et les calices.

Dans la tuberculose rénale, on observe souvent aussi une masse graisseuse qui peut acquérir plusieurs centimètres d'épaisseur, et forme une véritable coque autour du rein.

Les variétés sont nombreuses dans ces lipomatoses périrénales; elles sont dues surtout au mélange en proportions diverses de la sclérose et de la néoformation graisseuse. Dans la plupart des cas, cette périnéphrite lipomateuse est surtout développée en arrière du rein et au niveau du bassin, elle se trouve constituée par une graisse spéciale, de couleur jaune pâle, plus consistante que la graisse des lipomes ordinaires et pourtant friable. Lorsque, en opérant, on écarte avec les doigts cette graisse, on voit des fragments qui se détachent facilement, ou qui ne tiennent plus à la masse principale que par quelques tractus fibro-conjonctifs.

Je pense que cette lipomatose périrénale est la conséquence d'un véritable trouble trophique de nature inflammatoire.

L'histoire clinique de la périnéphrite lipomateuse n'a guère d'autre intérêt que celui qui résulte de l'augmentation de volume du rein qu'elle détermine, et qui se reconnaît aux mêmes signes que je viens de décrire dans la périnéphrite scléreuse. J'appelle encore l'attention sur un phénomène, important au point de vue pratique, que j'ai souvent constaté. Ces lipomatoses périrénales ont une nutrition très précaire, et lorsqu'on pratique des opérations sur le rein, il est fréquent de voir ensuite des fragments de cette graisse qui se sphacèlent: il est utile de se rappeler ce détail, et si, dans les manœuvres de décortication du rein, on a dû déchirer une épaisse couche de cette graisse, avoir soin d'extirper tous les fragments à moitié détachés par la manœuvre opératoire. Si, malgré cela, on observe des phénomènes de sphacèle, on ne peut guère, dans les pansements, employer les antiseptiques habituels: ces malades ont les reins en mauvais état, et on s'expose à des accidents d'intoxication lorsqu'on emploie le sublimé, l'acide phénique, l'iodoforme, etc. Dans le service de M. Guyon, nous employons dans ces cas, avec succès, les pansements humides au nitrate d'argent, en solution de 1 à 3 p. 1000.

III. — PÉRINÉPHRITE SUPPURÉE
PHLEGMON ET ABCÈS PÉRINÉPHRÉTIQUE.

Depuis les travaux de Rayer, qui réunit tous les documents publiés jusqu'à lui, on doit surtout citer les remarquables descriptions de Trousseau et de Guéneau de Mussy, et parmi les travaux des chirurgiens, ceux de Le Dentu, Küster et Maas.

Pour bien comprendre les détails qui vont suivre, il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit les rapports du rein, et bien connaître la disposition de la capsule adipeuse du rein (Voy. p. 644).

Anatomie pathologique. — La périnéphrite suppurée peut être *sous-capsulaire* ou *extra-capsulaire* (Albarran).

La *périnéphrite sous-capsulaire* peut consister simplement en une série de petites collections purulentes, indépendantes les unes des autres, siégeant entre la capsule propre et le parenchyme du rein. Dans d'autres cas il se forme un vaste abcès sous-capsulaire entourant une grande partie du rein, ou même toute la glande, qui baigne dans le pus. Cette forme, dont j'ai déposé de beaux exemples au musée Guyon, est importante à connaître : c'est ainsi que j'ai vu un chirurgien expérimenté ouvrir une collection sous-capsulaire, croyant inciser une poche de pyonéphrose, alors que, en réalité, le bassin dilaté et plein de pus ne fut pas ouvert.

La *périnéphrite extra-capsulaire* est la forme commune, banale de l'abcès périnéphrétique. Ici encore le pus peut se collecter en foyers petits et indépendants qui infiltrent les mailles d'une périnéphrite scléro-graisseuse antérieurement développée. Plus fréquemment il se forme une collection purulente de siège et de volume variables. Le plus souvent c'est en arrière du rein, entre cet organe et le feuillet fibreux du fascia périrénal, qu'on trouve la collection purulente. Le foyer se trouve enfermé dans la gaine fibrocellulaire qui entoure l'atmosphère graisseuse périrénale; en arrière, elle touche au feuillet antérieur de l'aponévrose du transverse; en avant le rein forme sa limite; en dehors, la collection purulente est contenue par l'adhérence du péritoine, au feuillet fibreux de Zuckerkandl. La collection purulente s'étend généralement aux deux extrémités du rein; parfois elle prédomine en haut ou en bas, présentant alors quelques caractères particuliers qui se retrouvent en clinique, ce qui permet de décrire une forme supérieure et une forme inférieure de l'abcès périnéphrétique. Roberts a même essayé de distinguer cinq localisations différentes avec des symptômes qui leur seraient spéciaux (régions antérieure, postérieure, supérieure, inférieure et moyenne); c'est là une vue théorique, et il est inutile de conserver la division de Roberts.

Lorsque l'abcès siège dans la région supérieure, il se met en rapport avec le foie ou la rate et avec le diaphragme, et comme la graisse pé-

rirénale se trouve en rapport avec le tissu sous-pleural à travers un hiatus des fibres d'insertion du diaphragme au ligament cintré, décrit par Farabeuf, l'abcès peut dans ces cas devenir sus-diaphragmatique, former une collection sous-pleurale ou s'évacuer dans la plèvre ou à travers les bronches.

Lorsque l'abcès se développe par en bas, il a grande tendance à gagner le tissu cellulaire du bassin : la loge rénale est ouverte en bas et le pus fuse aisément le long du côlon ou le long de l'uretère.

L'abcès ne reste pas enfermé dans ses limites primitives, il progresse et tend à s'ouvrir par des points différents suivant les cas. Les points d'ouverture les plus fréquents sont : en arrière, du côté de la paroi lombaire, au-dessus de la crête iliaque, à travers le point le plus faible de la paroi constitué par le triangle de J. L. Petit; le pus paraît suivre alors la voie des vaisseaux sanguins qui traversent l'aponévrose du transverse; en haut, dans la plèvre et les bronches; en avant, dans le côlon. Plus rarement on peut voir l'abcès périnéphrétique s'ouvrir dans le duodénum, dans le péritoine (2 cas), dans la vessie ou dans le vagin. On peut voir aussi l'abcès qui a fusé dans le bassin, passer à travers l'échancrure sciatique ou le trou sous-pubien; il peut traverser la gaine du psoas et passer avec ce muscle sous l'arcade crurale pour venir faire saillie à la partie antérieure de la cuisse.

Le contenu des abcès périnéphrétiques varie suivant le point de départ et le microbe pathogène. Ce peut être du pus bien lié, sans odeur, comme du pus glaireux, fétide, parfois d'odeur fécaloïde; le pus peut contenir des débris sphacelés du tissu graisseux, des calculs, des corps étrangers, ou encore les tissus voisins sont infiltrés d'une sérosité roussâtre comme dans le phlegmon diffus. Les *microorganismes* le plus souvent rencontrés sont : le coli-bacille (Albarran, Rodet, Broussolle), le streptocoque (Prées, Kuster, Albarran), les staphylocoques (Kuster, Albarran), le pneumocoque (Tuffier), le gonocoque (Maas), des microbes anaérobies (Veillon). Le plus souvent on trouve dans le pus plusieurs variétés de ces microorganismes. Dans un cas de Turschmann (1), l'abcès ne contenait pas de microbes; il s'agissait d'embolies aseptiques consécutives à de l'endocardite.

A côté de l'abcès périnéphrétique franc, avec collection purulente d'un certain volume, j'insiste encore sur ces périnéphrites suppurées à foyers multiples qui se surajoutent à des lésions de périnéphrite scléro-graisseuse; ce sont des formes mixtes qui peuvent donner le change avec l'actinomycose, comme dans une observation de Maas (2), ou encore donner à la lésion l'aspect d'un néoplasme périrénal ramolli par places.

(1) Cité par KUSTER, *Deutsche Chir.*, Lief 52, p. 238.

(2) MAAS, *Volkman's Sammlung klin. Vorträge*, 1897, p. 605.

Étiologie. Pathogénie. — La statistique la plus complète, celle de Küster, qui réunit 230 cas de suppuration périrénale, montre que l'affection est deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme (140 h., 68 f.), surtout de trente à cinquante ans; qu'elle est aussi fréquente à droite qu'à gauche et rarement double (3 cas). Il est de notion courante que la graisse périrénale n'étant guère développée au-dessous de l'âge de dix ans, l'abcès périnéphrétique est très rare chez les enfants. Gibney pourtant indique la fréquence de ces abcès chez les enfants et Küster réunit 24 cas survenus de un à dix ans.

Dans la moitié des cas d'abcès périnéphrétiques on ne peut préciser l'étiologie; parmi l'autre moitié, la plupart reconnaissent pour cause une affection des reins.

L'ancienne division des périnéphrites par Rayet en primitives et secondaires est encore la meilleure au point de vue étiologique, mais il est nécessaire de préciser. *Périnéphrite primitive* veut dire que la suppuration, indépendante de toute lésion des organes voisins, se localise primitivement autour du rein. La *périnéphrite secondaire* est consécutive aux lésions d'un organe du voisinage ou à la propagation à l'atmosphère périrénale d'une suppuration voisine.

Périnéphrite primitivement localisée. — La localisation primitive de l'infection peut résulter d'une plaie infectée de la région périrénale, ou encore survenir consécutivement à une infection du sang ayant son point de départ dans un organe éloigné du rein. Dans cette variété, les microorganismes pyogènes, partis d'un point quelconque de l'organisme, sont amenés dans l'atmosphère périrénale par la voie circulatoire. J'ai donné la démonstration de ce mode pathogénique, en 1889: en injectant chez le lapin une culture de staphylocoque ou de coli-bacille dans la veine de l'oreille, il suffit de froisser par forte compression digitale le tissu périrénal pour déterminer une suppuration localisée à ce tissu.

Chez l'homme, la source de l'infection peut se trouver dans une maladie générale grave comme la variole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, l'infection purulente, ou encore dans un foyer de suppuration éloigné et souvent peu important, tel un panaris (Le Dentu), un furoncle (Kuster), de l'eczéma (Gibney, Maas). On comprend combien cette étiologie peut être variée, sans qu'il soit besoin d'insister. Dans certains cas on ne peut trouver comme point de départ de l'infection générale que de la constipation (Voy. page 733), ou encore le simple surmenage, dont l'action est compréhensible, depuis que Charrin et Roger ont démontré que chez les animaux surmenés il y a à la fois auto-intoxication et auto-infection. La localisation de l'infection au tissu cellulo-graisseux qui entoure le rein est due dans certains cas à des causes bien définies: le traumatisme, l'équitation, un effort musculaire, peuvent déterminer des épanchements sanguins

périrénaux plus ou moins considérables (Voy. p. 627), et le mécanisme de l'infection localisée est facile à saisir. D'autres fois, on ne peut invoquer que l'action du froid, dont l'influence, admise classiquement, est incontestable. Les expériences de Castets (1) montrent bien que chez les animaux refroidis artificiellement il existe une véritable auto-intoxication, et que très probablement les germes de l'intestin pénètrent dans le sang: il est facile d'après cela de comprendre l'action générale du froid dans le développement des infections, mais on ne peut préciser, dans les cas que nous étudions, pourquoi la localisation infectieuse se fait alors dans l'atmosphère périrénale.

Nous avons opposé la périnéphrite par infection sanguine à celle qui est la conséquence d'une lésion des organes voisins; mais, dans un certain nombre de cas, le doute est permis entre ces deux ordres de causes: il en est ainsi par exemple dans certaines périnéphrites consécutives à une intervention opératoire sur les voies urinaires inférieures; on peut alors se demander si des lésions de néphrite n'ont pas servi d'intermédiaire entre la lésion causale et l'abcès périnéphrétique. Même dans certains cas d'infection générale d'une autre origine, on peut penser, avec Maas, que l'élimination des microbes par le rein peut être la source de l'infection périnéphrétique.

Périnéphrite consécutive à une lésion des organes voisins.

— La première place revient ici au rein. Toutes les infections rénales peuvent être cause d'abcès périnéphrétique, mais cette complication s'observe surtout dans les pyonéphroses et plus particulièrement dans les pyonéphroses calculeuses. Dans la grande majorité des cas, l'infection périrénale se fait par la voie lymphatique, comme je l'ai démontré par l'étude des pièces humaines et expérimentales (2). Les microorganismes peuvent passer directement à travers la capsule du rein en suivant les voies lymphatiques, ou encore à travers les parois du bassinet (fig. 105). D'autres fois, il peut y avoir rupture de la poche purulente que forment le bassinet et le rein distendus; on peut alors trouver, en dehors du rein, les calculs que contenait le bassinet.

Les affections du colon, du duodénum, du pancréas, du foie, peuvent donner lieu à la périnéphrite suppurée. Ici encore il s'agit le plus souvent d'une propagation microbienne; d'autres fois il y a effraction véritable: c'est ainsi qu'un corps étranger de l'intestin, une arête, même un canif dans un cas d'Hevin, peuvent traverser ses parois, ou encore qu'un abcès du foie peut s'ouvrir dans l'atmosphère périrénale. Une mention spéciale doit être faite ici aux suppurations périrénales consécutives à l'appendicite. Broca (3) a observé, dans l'abcès périnéphrétique, que l'appendice, très long, se trouvait

(1) CASTETS, thèse de Bordeaux, 1896.

(2) ALBARRAN, thèse de Paris, 1897, p. 87, et Soc. de biol., 1890.

(3) BROCA, in MURMAN, Bull. méd., 3 janvier 1895.

recourbé en arrière du côlon, et j'ai eu occasion d'opérer un cas semblable. Dans certains autres cas d'appendicite on devra plutôt penser à une propagation d'un foyer rétro-cæcal ou encore à une infection d'origine circulatoire. Les abcès périnéphrétiques par *propagation d'une suppuration voisine* peuvent se voir dans des circonstances très variées : j'ai déjà mentionné les abcès du foie et les suppurations péricæcales, et je signalerai encore de rares cas consécutifs à des suppurations périprostatiques et à des paramétrites.



Fig. 105. — Infection capsulaire par le streptocoque pyogène dans une pyélonéphrite ascendante.

Symptômes. — Les modes de *début* du phlegmon périnéphrétique sont variables. Il est rare que ce début soit *brusque* et que la maladie s'indique rapidement par de la fièvre, des frissons et de la douleur lombaire. *Le plus souvent le début est insidieux* : si la périnéphrite suppurée succède à une affection rénale, ses symptômes se confondent pendant longtemps avec ceux de la maladie causale ; si elle est la conséquence d'une infection générale, on voit souvent le malade présenter des phénomènes fébriles d'allure rémittente ou intermittente qui restent inexplicables ; il maigrit, l'état général est mauvais, et rien encore n'attire l'attention du côté de la région rénale ; après une période, souvent fort longue, la douleur apparaît et la localisation périnéphrétique se confirme.

Les allures si variables du phlegmon et de l'abcès périnéphrétique rendent la description symptomatique malaisée : on peut distinguer des symptômes généraux et locaux.

Symptômes généraux. — La *fièvre* peut être intense et vive dès le début, s'accompagnant de frissons, d'anorexie, de constipation. Plus souvent la fièvre est continue avec rémission matinale très marquée ; d'autres fois elle simule des accès de *fièvre intermittente* avec des pé-

riodes de franche apyrexie. Il n'est pas rare non plus de voir de la fièvre pendant quelques jours, puis la température tombe, et plusieurs jours après on observe de nouveau une recrudescence des phénomènes locaux et la fièvre s'allume de nouveau. Il existe enfin des cas où pour ainsi dire il n'y a pas de fièvre : l'élévation de la température n'est que de quelques dixièmes, alors que les forces sont déprimées et l'anorexie complète ; j'ai opéré dernièrement un malade, âgé de soixante-cinq ans, qui avait un énorme abcès périnéphrétique consécutif à une pyonéphrose rompue dans l'atmosphère périrénale ; dans le pus je trouvais des streptocoques et du coli-bacille, et la température ne s'était pas élevée au-dessus de 38°. Ces allures si différentes des accidents fébriles dépendent en partie de l'espèce microbienne cause du phlegmon, en partie aussi de la capacité réactionnelle du malade.

Les **phénomènes locaux** sont la douleur, le gonflement de la région lombaire et la fluctuation. La *douleur* est le *symptôme le plus constant* ; à des degrés divers elle existe dans tous les cas. Les malades sont couchés sur le dos, souvent avec la cuisse à demi fléchie, et se plaignent d'une douleur lombaire sourde, continue, s'exaspérant par des paroxysmes spontanés jusqu'à devenir intolérable. La douleur est exagérée par les mouvements du malade, par les inspirations profondes et surtout par la pression exercée en arrière, en dehors de la masse sacro-lombaire, ou en avant, au-dessous des côtes.

Les *irradiations douloureuses*, souvent aussi pénibles que la douleur lombaire elle-même, sont habituelles : le plus souvent les irradiations se font par en bas, dans la paroi abdominale, vers le scrotum, dans la cuisse surtout ; d'autres malades souffrent d'irradiations vers l'épaule.

La *tuméfaction périrénale*, symptôme d'importance capitale, ne se montre souvent que plusieurs semaines après le début des accidents et dans la plupart des cas est d'une recherche difficile. On explore bien le malade en l'examinant couché à plat sur le dos, ou encore en le couchant sur le côté sain, et il faut avoir soin de procéder par des pressions douces, régulières, qui suivent le rythme respiratoire. Dans certains cas la région est si douloureuse que toute exploration devient impossible et qu'il est nécessaire d'avoir recours à l'anesthésie générale.

Lorsque l'abcès n'est pas encore formé ou qu'il est encore profond, on ne sent qu'un empatement vague, mal limité ; une induration profonde à contour indécis, douloureuse à la pression : si on essaye la manœuvre du ballotement, on détermine un réflexe de la paroi abdominale plus ou moins marqué, mais on sent bien que la tuméfaction ne ballotte pas. Lorsque l'abcès est plus développé, plus superficiel, la tuméfaction conserve les caractères que je viens d'énumérer, mais elle est franchement perceptible ; on peut encore dans ces cas noter un œdème de la peau, symptôme de grande importance ; constater la voussure de la région lombaire, parfois même, quoique très rarement, une certaine rougeur de la région. Si on essaye de délimiter la tumé-

faction lombaire par la percussion, on constate de la matité à limites indéfinies; d'autres fois, dans les formes d'abcès supérieur, on note que la matité se prolonge sous les côtes et cesse brusquement pour faire place à la sonorité du poumon.

La *fluctuation* est un phénomène tardif et presque toujours on sera intervenu avant son apparition. Dans un certain nombre de cas on a pu constater non seulement la fluctuation, mais encore la *réductibilité* de la tuméfaction lombaire.

Marche, formes de la maladie. — Alors même que le début se fait brusquement et que la maladie marche d'un pas régulier, le phlegmon périnéphrétique prend des allures lentes et met plusieurs semaines à évoluer. Il est fréquent de voir le diagnostic indéfini pendant plusieurs semaines, parfois même les phénomènes morbides se prolongent pendant plusieurs mois.

La *résolution du phlegmon* qui n'arrive pas à la suppuration, a été observée par plusieurs chirurgiens; dans ces derniers temps nous avons vu à Necker cette terminaison se faire très nettement chez un de nos malades. Le plus souvent les phénomènes de résolution sont trompeurs; le malade voit ses souffrances diminuer, ses mouvements sont plus libres, la tuméfaction diminue et la fièvre disparaît, mais quelques jours plus tard les mêmes symptômes recommencent: on peut observer ainsi, chez le même malade, plusieurs périodes d'accalmie suivies de reprise de tous les symptômes.

J'ai déjà dit que les formes de la maladie décrites par Roberts ne sont pas justifiables en clinique. On peut tout au plus, à côté de la forme commune, à suppuration rétro-rénale, que nous venons de décrire, signaler quelques particularités dans les suppurations principalement localisées au-dessus ou au-dessous du rein. Dans la forme d'*abcès sus-rénal* on peut constater des frottements pleuraux ou des symptômes d'épanchement pleural, de la dyspnée; dans quelques cas, de l'ictère, des selles graisseuses, des vomissements. Dans ces cas on ne perçoit pas de tuméfaction lombaire, mais les douleurs sont vives, irradiées à l'épaule, et la percussion dénote une matité sous-costale. Dans la forme d'*abcès sous-rénal* les douleurs se propagent surtout du côté de la hanche et des organes génitaux. On note la rétraction du testicule, la demi-flexion de la cuisse avec douleurs vives lorsqu'on essaye d'allonger le membre inférieur, parfois l'œdème unilatéral de la jambe correspondante, souvent de la constipation.

La *terminaison* de la maladie peut se faire exceptionnellement par *résolution*, comme nous l'avons déjà dit. Le plus souvent, le pus suit les différents trajets que nous avons décrits à propos de l'anatomie pathologique, et l'abcès finit par s'ouvrir. L'*ouverture cutanée* se fait surtout au niveau du triangle de J.-L. Petit, au-dessus de la crête iliaque; elle s'annonce par l'œdème, la rougeur de la peau, la fluctuation. Ces mêmes phénomènes accompagnent les ouvertures plus

rare dans la fesse, dans les bourses ou au-dessus de l'arcade crurale.

Parmi les *ouvertures viscérales*, je mentionnerai surtout l'*ouverture à travers le poumon*, que caractérise une vomique copieuse et qui souvent peut se terminer par la guérison (un tiers des cas), et l'*ouverture dans l'intestin*, qui conduit encore assez fréquemment à la guérison, par rétraction du foyer. Dans la plupart des cas, l'*ouverture spontanée* d'un abcès périnéphrétique s'accompagne d'un soulagement momentané, puis le malade dépérit, il a de nouveau de la fièvre par poussées irrégulières, tombe dans l'hecticité et meurt.

Diagnostic. — Le diagnostic est presque toujours difficile: l'association de la fièvre et de la douleur peut faire soupçonner le phlegmon périnéphrétique, mais il est rare que le diagnostic puisse être porté avec précision, avant qu'apparaisse l'empatement de la région périrénale.

Au début on peut confondre le phlegmon périnéphrétique avec la *fièvre intermittente* (et la quinine sera alors le meilleur moyen de diagnostic), avec la *fièvre typhoïde*, avec une *infection générale de nature indéterminée*: le diagnostic ne peut être éclairci que par un soigneux examen de la région lombaire, au point de vue de la douleur et de la tuméfaction profonde.

Dans des cas plus rares, les phénomènes généraux sont peu importants, le symptôme douleur prédomine et on pourrait songer à une *névralgie iléo-lombaire*, qu'on diagnostique par ses points douloureux spéciaux, ou encore à un *lumbago*, facile d'ailleurs à reconnaître par le siège musculaire de la douleur.

Lorsque la *fièvre et la douleur existent en même temps* avec les caractères décrits, lorsque surtout on voit alors des allures intermittentes dans la fièvre, ou qu'on observe ces rémissions et ces reprises dont nous avons parlé, le diagnostic de phlegmon périnéphrétique peut être porté, même en l'absence de tuméfaction périrénale évidente.

Dans ces cas, ne pas hésiter à endormir le malade pour le mieux examiner, et ne pas négliger de l'ausculter soigneusement.

Nous avons vu de quelles obscurités sont entourés les symptômes dans les *formes sus-rénales* de l'abcès; c'est alors surtout qu'on peut penser à une *collection purulente pleurale*. Le diagnostic s'éclairera par les phénomènes d'auscultation, indiquant que le poumon respire bien jusqu'à sa partie inférieure, et encore par la percussion, qui montre la sonorité pulmonaire faisant brusquement suite à la matité de l'abcès; dans ces cas encore le siège sous-costal de la douleur spontanée, son augmentation par la pression directe de la région malade, seront des signes précieux.

Lorsque la *tuméfaction périrénale* existe, le diagnostic est généralement plus facile. Les *abcès de la paroi lombaire* ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux aussi sérieux et ne présentent pas de réductibilité à la pression. Trousseau insiste dans le diagnostic