

volontiers à l'idée d'une *pancréatite méconnue*⁽¹⁾. Enfin, chez certains malades, le clinicien cherche en vain l'origine des lésions, et l'on est obligé d'étiqueter la maladie sous la rubrique : cause inconnue.

Symptômes et formes. — Les périnéphrites *non suppurées* provoquent des symptômes masqués par l'existence d'une pyélo-néphrite. Elles n'ont guère de symptomatologie propre, et ce sont des épiphénomènes des suppurations rénales qui jouent le premier rôle.

I. La périnéphrite scléreuse, lorsqu'elle est étendue, donne à la tumeur une consistance ferme et souvent une *immobilité* toute spéciale. Dans les cas où elle envahit la paroi lombaire, on sent une plaque indurée, faisant corps avec la région; mais la tumeur en elle-même affecte les caractères propres aux tuméfactions péri-rénales : sa forme, sa saillie, ses rapports avec l'intestin ne permettent pas de doute.

II. La périnéphrite fibro-lipomateuse peut, au contraire, se présenter sous l'aspect d'une véritable tumeur du rein. Elle en présente tous les signes et rien n'en permet le diagnostic sauf la coïncidence d'une pyélo-néphrite. Plusieurs fois l'erreur a été commise : on a trouvé au centre de la masse graisseuse un rein plus ou moins atrophié; j'ai vu moi-même une tumeur rénale du volume d'une tête de fœtus, constituée presque uniquement par de la graisse au milieu de laquelle se trouvait un petit rein *abcédé* du volume d'une mandarine. Dans certains cas de pyélo-néphrite, la tumeur constituée par le rein peut donc être beaucoup moins volumineuse qu'elle ne le semble, grâce à la lipomatose qui l'enveloppe. Et si j'ajoute que souvent cette suppuration peut être méconnue, on comprendra que ces fibro-lipomatoses aient été prises pour des néoplasmes du rein.

III. Le phlegmon périnéphrétique revêt des caractères cliniques bien nets. Un sujet jeune ressent une douleur vive localisée à la région lombaire d'un seul côté; cette douleur, d'intensité variable, immobilise le flanc; elle persiste pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, avec ou sans élévation de température, puis l'état général faiblit, quelques frissons, des sueurs profuses attestent la présence d'une infection; on trouve à la palpation un empâtement diffus profond occupant toute la région lombaire, faisant corps et saillie du côté des lombes; après quelques semaines l'œdème, la rougeur indiquent la suppuration profonde, et *très exceptionnellement* la fluctuation superficielle confirme ce diagnostic; une incision lombaire donne issue au pus; en peu de temps d'ailleurs l'affection guérit. Ce tableau est loin d'être constant : il est modifié suivant les différentes causes, les différentes formes de la maladie.

Le début peut être brusque sous forme de *douleurs*, avec *fièvre vive*, mais souvent la première période est masquée par l'existence d'une pyélo-néphrite suppurée antérieure. Enfin pendant plusieurs semaines, une douleur subaiguë, laissant le malade vaquer à ses occupations, peut être le seul symptôme de l'infection. J'ai vu ainsi un malade porteur d'un gros phlegmon périnéphrétique, qui traversait Paris pour aller se soigner à Vichy, sans se douter un instant de l'affection qu'il portait depuis cinq mois. *Les symptômes généraux*, la fièvre,

(1) GUINARD, Soc. de chir., 1898. — A. PAGE, Thèse de Paris, 1898.

l'état gastrique (anorexie, nausées, vomissements, diarrhée ou constipation), qui l'accompagne, peuvent manquer au début. Mais bientôt la température s'élève (39-40 degrés); la courbe thermique affecte le type rémittent ou même le type franchement intermittent. Le début des accidents fébriles peut être un accès régulier complet de fièvre palustre (stades de frisson, de chaleur, de sueur). Quelquefois même les allures de la fièvre sont plus curieuses encore : elle peut céder complètement pendant quelques jours, pour revenir ensuite plus violente; cette rechute est l'indice d'une suppuration collectée.

Période d'état. — La périnéphrite est caractérisée alors par une douleur lombaire, de l'empâtement et une tuméfaction de la région; le tout accompagné d'un état général plus ou moins grave. La douleur est sourde, profonde, rarement continue, présentant quelquefois des rémissions pendant un ou plusieurs jours. Le moindre mouvement, une secousse un peu brusque en provoquent l'exacerbation; aussi les malades inclinent-ils le tronc de ce côté pour relâcher les plans musculaires correspondants, et cette attitude, devenue permanente, a pu simuler une coxalgie au début ou une psoïte. Très rarement, dans les cas anciens, la cuisse est fléchie sur l'abdomen en abduction légère, et toute tentative de réduction est rendue inutile par les douleurs qu'elle détermine. Le maximum de la douleur est nettement lombaire. Elle peut s'irradier vers la fosse iliaque, le pli de l'aîne, le testicule (qui peut être rétracté), le périnée, le membre inférieur. Le passage des nerfs abdomino-génitaux au niveau du foyer explique ces irradiations qui peuvent s'accompagner aussi d'hyperesthésie ou d'anesthésie dans la zone de ces nerfs (Fischer). En général, les phénomènes douloureux s'accroissent avec la marche de la maladie, et au bout de dix, quinze, vingt jours, ils atteignent une acuité extrême. Cette douleur persistant pendant plusieurs semaines, peut être le seul symptôme de la maladie, mais d'ordinaire elle s'accompagne d'un appareil fébrile, et bientôt d'une tuméfaction.

La tuméfaction peut passer inaperçue pendant quelque temps, mais la palpation révélera toujours un empâtement, une rénitence, une sorte d'induration profonde, que le palper bimanuel localisera nettement dans la région lombaire. La douleur rend quelquefois impossible cet examen, et peut nécessiter la chloroformisation. On peut cependant faciliter l'exploration par la situation donnée au malade : décubitus dorsal complet, cuisses fléchies, respiration ample et large. M. Duplay conseille le décubitus ventral avec flexion du tronc en avant; M. Le Dentu, la position sur le côté sain. En général, le décubitus dorsal suffit pour la palpation profonde. La tuméfaction est immobile, dure, *franchement lombaire*, remplissant plus ou moins l'échancrure iléo-costale; elle ne suit point les mouvements respiratoires et se distingue des tumeurs du rein qui sont nettement abdominales. Lorsqu'elle est bien développée, elle devient appréciable à la vue, et bombe dans l'échancrure lombo-iliaque, qui devient ainsi asymétrique.

La peau conserve pendant longtemps sa coloration. L'œdème est tardif, plus ou moins étendu, et Naudet fait remarquer qu'il n'est pas pathognomonique d'une suppuration, puisqu'on l'a vu disparaître, comme la tuméfaction sous-jacente. Mais en général, sur cet œdème, apparaît bientôt une coloration diffuse des téguments, rose, puis rouge vineux; en même temps la tumeur est plus nette, on constate une fluctuation, soit profonde, soit même superficielle (abcès en bouton de chemise); c'est au niveau du triangle de J.-L. Petit, qu'il faut la rechercher. La fluctuation est importante, mais difficile à percevoir; aussi faut-il

placer le malade dans le décubitus ventral ou latéral, et encore la douleur nécessite-t-elle fréquemment l'emploi du chloroforme qui n'est d'ailleurs en cela qu'une manœuvre préparatoire à l'incision du foyer. Dans les cas d'abcès en bouton de chemise, la fluctuation est franche, facile à percevoir sous la paroi, et la tumeur peut être fortement réduite par une pression à son niveau. Je répète que ce qui est surtout caractéristique dans cette tuméfaction c'est son siège lombaire et sa marche progressive en arrière du côté de la paroi, contrairement à ce que nous avons vu dans les affections du rein en général.

L'ensemble de ces accidents peut affecter deux formes cliniques. La forme aiguë débute par des symptômes généraux suivis d'une violente douleur lombaire, et, dès le douzième jour, d'une tuméfaction fluctuante. Dans la forme véritablement septique, les phénomènes sont suraigus : alors la tuméfaction est à peine marquée, mais l'état général est grave, et des frissons répétés, du subdélirium, la langue sèche, une diarrhée fétide, une transpiration abondante indiquent une terminaison rapidement fatale; l'autopsie révèle une cellulite diffuse ou gangreneuse. — La forme chronique est tout autre. Elle débute sous forme d'un simple endolorissement lombaire, qui persiste pendant quelques semaines. Ces douleurs procèdent par poussées, elles peuvent disparaître pendant plusieurs jours, une ou deux semaines, pour revenir plus intenses. La tuméfaction est lente à se former et ce n'est qu'après vingt-cinq jours, deux mois même, qu'elle devient nettement appréciable. Les symptômes généraux sont à peine marqués par un état gastrique plus ou moins prononcé. Quant à la fluctuation, ce n'est quelquefois qu'après plusieurs mois seulement qu'elle se manifeste.

Terminaisons. — La suppuration est la terminaison habituelle de ces infections péri-rénales, cependant on peut observer une résolution complète, même s'il y a eu empâtement et œdème⁽¹⁾. Ce n'est guère que dans les cas chroniques qu'il est possible d'espérer une guérison qui souvent n'est que temporaire.

La suppuration, si on ne lui donne franchement issue à travers les lombes, peut fuser dans différentes régions; elle décolle le tissu cellulaire sous-péritonéal. Lorsqu'elle s'ouvre spontanément dans la région lombaire, elle choisit le triangle de J.-L. Petit. Sa propagation la plus fréquente se fait en haut du côté de la plèvre et du poumon (24 pour 100); elle détermine alors une pleurésie purulente ou une vomique. J'ai vu ainsi deux malades dont l'un a succombé à sa vomique et dont l'autre a gardé une fistule bronchique incurable. Exceptionnellement la collection s'ouvre dans le péricarde (6 pour 100). En bas, elle décolle le péritoine, et s'ouvre au pli de l'aîne, au-dessous de l'arcade crurale, à la fesse, suivant qu'elle respecte ou traverse l'aponévrose iliaque. En avant, elle peut se faire jour du côté de l'ombilic (21 pour 100), exceptionnellement dans le péritoine 4 pour 100 (Duffin). Ces décollements impliquent toujours une abondante suppuration; ils s'accompagnent d'un état général grave. Ils laissent des fistules qui se compliquent des altérations viscérales consécutives aux suppurations prolongées, telles que la tuberculose et la dégénérescence amyloïde du foie et des reins. Si on considère la statistique des terminaisons de 250 cas mentionnés par Goldenhorn, on note l'ouverture à travers la plèvre et les bronches 17 cas, les intestins 11, la vessie et le vagin 2, le péritoine 2, la vessie 1. Ces

⁽¹⁾ GUYOT, Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1885, p. 164, et LARDIER, Bull. de la Soc. méd. des hôp., 1885, p. 182.

différentes propagations n'ont cependant pas la même gravité. La plus favorable est la terminaison par vomique qui donne 40 pour 100 de guérison. Au contraire, la perforation intestinale, avec la diarrhée subite, les hémorragies (Fischer)⁽¹⁾ auxquelles elle donne lieu, comporte un pronostic toujours grave.

Diagnostic. — 1° Les périnéphrites non suppurées, fibro-lipomateuses, simulent généralement des tumeurs du rein par leur volume et leur indolence. Si elles s'accompagnent de pyurie, on croit à une volumineuse pyonéphrose. Le diagnostic n'est possible qu'au cours de l'opération; mais il faut être prévenu de la possibilité de cette lésion pour ne pas se laisser dérouter dans la recherche d'un abcès du rein par cette masse graisseuse lardacée, qui cache la collection purulente. Quant aux périnéphrites scléreuses, elles constituent plutôt une altération anatomique qui n'a d'importance clinique que par sa propagation à la paroi lombaire qu'elle peut infiltrer.

Le phlegmon périnéphrétique mérite, au contraire, une étude diagnostique complète. Facile à reconnaître quand il bombe dans la région lombaire et qu'il est fluctuant, ce qui est rare, il peut passer longtemps inaperçu et faire errer le chirurgien quand il ne trahit sa présence que par une douleur ou un empâtement profond et diffus. On est appelé à faire un diagnostic dans les circonstances très différentes que voici : 1° Il n'y a pas de tumeur; 2° Il y a tuméfaction; 3° Il y a un abcès, mais il faut en préciser la localisation, la variété et en retrouver l'origine; 4° Il existe une fistule et il faut faire un diagnostic rétrospectif.

1° Alors qu'il existe simplement une douleur, toutes les affections capables de provoquer un endolorissement de la région lombaire peuvent être mises en causes : les contractures simulant la coxalgie, les prodromes d'une fièvre éruptive ou même d'une fièvre intermittente, peuvent donner le change. Le lumbago et les névralgies iléo-lombaires ne s'accompagnent pas d'un état fébrile : le lumbago est généralement bi-latéral, et nettement localisé dans la masse musculaire; la névralgie iléo-lombaire a des points douloureux spéciaux que nous avons étudiés (voy. LITHIASE. Diagnostic); il est rare qu'elle soit persistante et, en tous cas, elle ne s'accompagne pas d'empâtement de la région. Quant aux prodromes d'une fièvre médicale, l'erreur est vite jugée par la marche de la température et l'évolution des accidents. Les calculs du rein, avec leur douleur spéciale provoquée par le mouvement et les traumatismes, sont faciles à reconnaître.

Il peut n'y avoir que de la douleur et cependant le pus est infiltré dans la région rénale inappréciable au palper : le diagnostic avec un abcès sous-phrénique est alors impossible. L'origine de ces suppurations sous-rénales importe peu. C'est en somme un phlegmon périnéphrétique provoqué dans certains cas par l'appendicite ou par la suppuration du ligament large. J'ai insisté sur la difficulté de localiser le point de ces suppurations, et plusieurs fois, pour ma part, j'ai hésité entre un phlegmon périnéphrétique et une appendicite suppurée. Dans un cas j'ai fait une erreur : la tuméfaction était si franchement lombaire, et le malade avait un passé rénal si net que mon collègue le professeur Peugniez d'Amiens et moi, ne reconnûment notre erreur qu'en trouvant dans la collection un calcul que l'examen nous montra être stercoral.

2° Lorsqu'il y a tuméfaction, il faut d'abord localiser son siège. C'est ainsi que les abcès superficiels seront éliminés par leur situation, l'absence de

⁽¹⁾ Loc. cit.

réductibilité et d'infiltration profonde de la paroi. A la vérité, le point difficile est surtout de distinguer entre une périnéphrite et une affection inflammatoire du rein, une *pyonéphrose*; la question est rendue encore plus obscure par la *coïncidence* possible et fréquente des deux maladies. Qu'il s'agisse de pyélonéphrite ou d'une tumeur quelconque du rein, le diagnostic différentiel est le suivant : la pyélonéphrite est une tumeur abdominale, le phlegmon périnéphrétique est une tuméfaction lombaire. La pyonéphrose laisse intacte la peau elle-même; elle est arrondie, bien limitée, elle présente un ballotement très net, tandis que l'infiltration phlegmoneuse est aplatie, à contours indécis, pâteuse, immobile avec la paroi. Peut-être dans ces cas la situation genu-pectorale rendrait des services en montrant que dans cette situation le phlegmon reste en son lieu et place, alors que la pyonéphrose descend dans l'abdomen. Les mêmes signes permettent de reconnaître les tumeurs de l'intestin, de la rate, les anévrysmes de l'aorte abdominale, les tumeurs du foie et de la vésicule biliaire. Lorsque la tuméfaction est plus étendue encore, elle peut simuler une *psôite*, par l'attitude du membre, les douleurs lombaires et la fièvre. Mais, dans cette dernière affection, la palpation bimanuelle fait connaître une tuméfaction plutôt iliaque que costo-lombaire; l'attitude ne peut être corrigée qu'en provoquant des douleurs violentes. Comme diagnostic rare je ne signalerai que pour mémoire la *hernie lombaire* sur laquelle insistait Trousseau; siégeant au niveau du triangle de J.-L. Petit, elle peut donner lieu à des phénomènes d'étranglement. Il est une dernière collection péri-rénale qui ressemble au phlegmon périnéphrétique : c'est l'*abcès froid de la région*. L'absence de phénomènes généraux, la lenteur de l'évolution sans aucune réaction, la fluctuation plus franche, sans empatement, permettent de les reconnaître. Enfin si la suppuration a fusé au loin du côté du petit bassin, c'est avec les *suppurations pelviennes* qu'elle pourra être confondue, et, à cet égard, il ne faut jamais déroger au principe de rechercher l'origine, même loin du foyer purulent. Le diagnostic de ces cas dans lesquels la suppuration occupe toute la région lombaire est facile; il devient délicat si la suppuration est *sus-rénale*. La douleur et l'état général avec absence de signes locaux peuvent alors faire penser à un *abcès sous-phrénique*, à une *pleurésie purulente*, à un *abcès de la face convexe du foie*. L'abcès sous-phrénique contient souvent du gaz — en dehors de ce signe rien ne permet de le reconnaître; — la pleurésie purulente simule l'abcès périnéphrétique surtout chez l'enfant et l'abcès hépatique chez l'adulte, mais tous deux abaissent le foie. Le diagnostic est souvent très difficile et ce n'est guère qu'après l'incision qu'on s'est aperçu de l'erreur commise. L'absence de déviation du cœur dans le cas de périnéphrite et la percussion positive dans l'abcès (Fischer, Pfull, Leyden, Senator) nous paraissent des signes un peu théoriques.

5° Le phlegmon reconnu, on pourrait, d'après Roberts, arriver à localiser son siège. Des six localisations de cet auteur, j'en conserverai trois. Dans les phlegmons localisés à la région supérieure (*phlegmon sus-rénal*), les frottements pleuraux, la dyspnée, l'œdème des membres inférieurs, l'ictère, des vomissements persistants forment un ensemble un peu spécial. Dans le phlegmon *sous-rénal*, on trouve surtout la flexion de la cuisse, la douleur et l'anesthésie de la région interne du membre correspondant, du genou, du scrotum, de la vulve, la rétraction du testicule, enfin une tendance de l'affection à se diriger vers la fosse iliaque. Le phlegmon de la *région moyenne* fait plus volontiers saillie franchement en arrière, s'accompagnant de douleur et

d'anesthésie de la région pubio-scrotale ou vulvaire. Toutefois ce sont là des notions théoriques, que la clinique ne viendra pas toujours confirmer. La recherche de la cause ne doit jamais être négligée : ce sont les commémoratifs, principalement le passé urinaire du malade, les traumatismes, la recherche minutieuse de l'état des organes voisins qui permettent de poser un diagnostic de phlegmon ou *primitif* ou *secondaire*. A cet égard, il ne faut jamais négliger l'examen du poumon et de la plèvre, du rein, de l'intestin et de l'appendice et surtout du pancréas. Il existe des suppurations péri-rénales consécutives à des abcès de la plèvre et du poumon. Si le foyer descend dans la fosse iliaque, il faut penser à une appendicite, de même si le pus contient un calcul stercoral.

4° On se trouve en présence d'une *fistule de la région lombaire*. Le diagnostic rétrospectif de phlegmon peut être porté d'après les antécédents du malade et la fistule sera distinguée de celle que laisserait une appendicite ou une tuberculose osseuse (p. 269). Ces fistules, fréquentes à une époque où on laissait ouvrir spontanément ces collections, sont rares actuellement.

Pronostic. — La gravité de la périnéphrite tient essentiellement à sa cause et à l'état général du sujet. Les *fibro-lipomatoses* péri-rénales masquent la suppuration profonde, mais ne comportent pas de pronostic spécial. Les *scléroses* indiquent une infection ancienne, un foyer à parois indurées et par conséquent impropre à la cicatrisation rapide et laissant souvent des fistules. Le *phlegmon périnéphrétique* est d'autant plus grave que l'état général du sujet est plus précaire. Je n'ai pas remarqué que son siège, sa localisation au-dessus ou au-dessous du rein, aient comporté un pronostic spécial; sa grande étendue implique seulement une cicatrisation plus lente. Au contraire ses formes *gangreneuses* accompagnées d'adynamie rapide, surtout quand elles surviennent au cours d'une maladie infectieuse, entraînent souvent un pronostic fatal. Pour les autres formes l'état du rein commande la situation. Si après avoir évacué le foyer, après l'avoir éclairé et exploré, on constate l'intégrité de la glande, si l'urine ne contient pas d'albumine, ou si l'albumine disparaît après l'évacuation du foyer, la guérison dans les six semaines est la règle. Je ne parle ici que des suppurations judicieusement traitées, car l'époque tardive de l'évacuation assombrit notablement le pronostic. Les faits rassemblés par Poland, au nombre de 28, montrent que dans 8 cas où l'affection a été abandonnée à elle-même, il y eut 6 morts, alors que la ponction pratiquée chez 5 malades, et l'incision chez 15 autres, n'ont donné chacune qu'un insuccès. Ces chiffres sont d'autant plus éloquents qu'ils appartiennent à la période pré-aseptique de la chirurgie.

Traitement. — Les périnéphrites *scléreuses* et *fibro-lipomateuses* ne nécessitent pas une thérapeutique spéciale. Elles compliquent les opérations sur le rein, en rendant la région inextensible et ligneuse quelquefois jusqu'à la peau; elles en aggravent le pronostic, elles nécessitent parfois l'extirpation pénible de coques fibreuses, ou de masses graisseuses; mais tout ces accidents rentrent dans l'ordre des opérations pour pyélonéphrites.

Le phlegmon *périnéphrétique* est au contraire justiciable de notre intervention malgré les cas de résolutions nettement constatés alors même qu'il y avait de l'œdème. La thérapeutique me paraît fort simple. Je n'ose guère donner le conseil d'une temporisation qui me paraît infiniment plus grave qu'une intervention même trop hâtive. L'absence de diagnostic certain, plutôt que l'espoir d'une

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. UANA

guérison spontanée autorise seule à attendre. L'incision large et précoce doit être actuellement la seule thérapeutique recommandable. Le malade est placé dans le décubitus latéral avec un coussin iléo-costal du côté sain. L'incision est faite au bistouri. Elle porte sur le point fluctuant, sur le sommet de la voussure, au point où la collection paraît le plus superficielle⁽¹⁾. Je préfère l'incision oblique en bas et en dehors à l'incision transversale. Si la tuméfaction est profonde on incisera sur le bord externe et en dehors de la masse du carré lombaire à quatre travers de doigt des apophyses épineuses. C'est le chemin le plus direct pour arriver sur la graisse péri-rénale (voy. fig. 76). Quand la région est sclérosée, les lèvres de l'incision s'écartent peu, le repère anatomique du bord externe du carré lombaire manque; mais heureusement la suppuration est alors immédiatement sous l'aponévrose profonde. Si au contraire on arrive sur le bord de ce muscle, on abandonne le bistouri on explore de l'index le fond de la plaie et on effondre la paroi de l'abcès d'un coup de sonde cannelée. Le foyer évacué et détergé, il est nécessaire de sectionner après exploration les cloisons qui peuvent faire une série de loges dans le foyer, puis d'examiner les organes voisins et surtout le rein. Pour cela, un ou deux doigts sont introduits dans la plaie, pendant que l'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, refoule la région antérieure de l'abcès au-devant du doigt. Le rein est exploré, on constate son volume, sa consistance; dans certains cas, on trouve des calculs, des loges intra-rénales, isolées ou communiquant avec le foyer périnéphrétique. Un drainage, ou un tamponnement aseptique, si l'on craint des hémorragies, sont établis, puis un pansement aseptique, légèrement compressif, suffit. Le foyer sera drainé pendant longtemps, le mode de cicatrisation de la profondeur vers la superficie sera particulièrement surveillé. Quelques semaines suffisent en général à la guérison. Toutefois quand le rein est malade, il persiste une fistule qui n'a aucune tendance à guérir, et même quand il y a des décollements très étendus sans lésions rénales, on peut voir une fistule rebelle à tout traitement surtout quand la paroi de l'abcès est épaisse, fibreuse, indurée, ligneuse, lésions qui sont l'apanage des suppurations lentes, chroniques, en apparence bénignes. Un de nos malades présentait ainsi une fistule lombaire en communication avec les bronches; il s'agissait simplement d'une périnéphrite ouverte du côté des lombes et du poumon.

Une indication opératoire plus délicate est celle qui a trait à l'intervention quand l'abcès s'est ouvert soit dans les bronches, soit dans l'intestin. La guérison spontanée, fréquente dans le premier cas, permet de temporiser. Quant à l'ouverture dans un autre organe, c'est la tolérance du malade qui commande l'intervention. Si l'évacuation se fait régulièrement, sans accident de rétention, si elle n'a aucune influence fâcheuse sur l'état général, il n'y a pas lieu d'intervenir. Si, au contraire, la présence de cette suppuration prolongée amène de l'amaigrissement, des troubles du côté de l'organe, siège de la perforation, comme l'intestin ou la vessie, si surtout il y a des poussées fébriles coïncidant avec une rétention des produits septiques dans le foyer, il ne faudra pas tarder à assurer l'écoulement facile du pus par une incision qui permettra à la fistule viscérale de se fermer.

⁽¹⁾ En cas de collection superficielle, on aura toujours présent à l'esprit la possibilité d'un abcès en bouton de chemise; l'exploration de la paroi profonde fera sentir ou voir l'orifice de communication avec la cavité profonde; le trajet intermédiaire sera débridé largement et le foyer profond devra être largement ouvert, sous peine de rester fistuleux.

CHAPITRE VI

DES FISTULES RÉNALES ET PÉRI-RÉNALES

Ce sont les complications fréquentes des suppurations du rein et de son atmosphère adipeuse. Signalées de tous temps, comme terminaison de la pyélite calculeuse, remarquablement étudiées par Rayer, elles sont devenues communes depuis que la chirurgie s'attaque au rein suppuré. Anatomiquement, on peut les diviser en deux groupes, les *fistules rénales* et les *fistules péri-rénales*, suivant leur point de départ; mais nous verrons qu'elles coïncident le plus souvent. Suivant la nature du liquide excrété, on peut les diviser en *FISTULES URINAIRES* et *FISTULES PURULENTES*, souvent associées sous la forme *uro-purulente*. Si, au contraire, on prend leur siège comme base de classification, on aura : 1° les *fistules réno-cutanées*; 2° les *fistules réno-viscérales*, comprenant les ouvertures *réno-intestinales*, *réno-gastriques*, *réno-pulmonaires* ou *réno-péritonéales*.

BUREAU, Thèse de Paris, 1890. — MARQUEZY, Thèse de Paris, 1856. — MARCÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855, p. 56. — MONARD PASCAL, Thèse de Paris, 1818. — RAYER, *loco citato*, t. III, p. 309. — ROLLIN, Thèse de Paris, 1888. — TUFFIER, *Semaine médicale*, 1889, p. 461. — DEBAISIEUX, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 15 juillet 1895. — TUFFIER, Congrès de Moscou, 1897.

Étiologie. — Lorsqu'un foyer de suppuration rénale ou périnéphrétique qui s'est fait jour au dehors soit par la région des lombes, soit par les bronches ou par l'intestin, ne présente aucune tendance à la cicatrisation et continue à suppurer, on dit qu'il y a fistule. La durée que nécessite la guérison d'un de ces foyers est très variable, si bien qu'il existe là une limite indéfinie entre les phénomènes normaux et le développement de la complication; toutefois, à dater du jour où le foyer ne se rétracte plus, la fistule est établie. Toutes les affections rénales que nous avons étudiées, certains traumatismes dont le rein est l'objet, peuvent donner lieu à cet accident, mais avec une fréquence très variable. Ce sont les *pyélo-néphrites suppurées* et surtout les *pyélo-néphrites opérées* qui en fournissent le plus large contingent. — Les plaies accidentelles du rein ne se compliquent que dans des cas exceptionnels d'une fistule (Debaixieux). C'est un fait que nous avons démontré par l'étude des statistiques et dont nos recherches sur la cicatrisation rénale donnent l'explication; au contraire les *fistules opératoires* après la néphrotomie pour rein suppuré sont la règle. Cette différence trouvera plus loin sa raison. Nous verrons que les *plaies de l'uretère* (p. 417) ou du *bassinnet* restent bien souvent fistuleuses, à tel point qu'une plaie simple de la région lombaire, suivie d'un écoulement persistant de l'urine, peut être considérée comme ayant atteint le bassinnet ou son conduit sous-jacent. C'est assez dire que les lésions urétérales doivent jouer un rôle dans la genèse de ces fistules après lésion septique. Les *corps étrangers* peuvent de même entretenir une suppuration, surtout s'il s'agit de *corps organiques*, car les *balles* sont susceptibles de s'enkyster dans le rein (Socin) alors que des fragments de vêtements (Demme, Hennen), un drain⁽¹⁾, ou même des strongles

⁽¹⁾ EYSELEIN, *Berl. klin. Woch.*, 1881, p. 476.