

d'une tuberculose véritable dont les granulations, fusionnées par confluence, ont subi la régression graisseuse et le ramollissement. Mais, dans bon nombre de cas, la situation est autre; il n'y a pas de tubercules miliaires dans les reins, il n'y a pas de tuberculose pulmonaire, ou, si elle existe, elle est évidemment plus récente que celle des reins, et elle présente elle-même la forme caséeuse; rien ne prouve ici qu'il s'agisse d'une tuberculose vraie; tout démontre, au contraire, que le processus est une inflammation chronique simple avec métamorphose caséeuse de l'exsudat, c'est une NÉPHRITE CASÉEUSE.

Lorsque cette altération est multiple, elle peut donner lieu à une augmentation de volume du rein, dont la surface devient en même temps inégale et bosselée; l'uretère participe toujours à la lésion, et l'on trouve dans la vessie, la prostate, le testicule (les ovaires, les trompes), des foyers semblables à ceux du rein. — Les deux reins sont ordinairement pris; dans quelques cas pourtant un seul est atteint, et l'autre est sain ou affecté d'une lésion sans rapport aucun avec la néphrite caséeuse. Dans le rein malade, le tissu interposé entre les foyers caséeux ou les cavernes est généralement intact, et il suffit à l'urôpoïèse; mais il peut présenter les altérations de la néphrite parenchymateuse, et le malade est tué par urémie; j'ai publié un exemple très-net de ce complexus pathologique.

Les symptômes de cette néphrite sont des douleurs lombaires avec ou sans irradiations, et une altération de l'urine qui renferme du mucus, du pus, de l'épithélium, et le plus souvent du sang; c'est avec le microscope qu'il faut rechercher ce dernier, car la quantité peut être assez faible pour ne pas changer la coloration du liquide. Dans bon nombre de cas, l'urine contient en outre une masse blanchâtre et grumeleuse qui, sous le microscope, paraît amorphe ou composée de petits noyaux; ces éléments ne se dissolvent pas à chaud, et ils résistent également à l'acide acétique et aux acides en général (Rosenstein). Les malades ont parfois du ténésme vésical et de l'ischurie avec un besoin pressant d'uriner. Lorsque avec ces symptômes persistants on constate un gonflement suspect des testicules, de la prostate ou des ovaires, le diagnostic de la néphrite caséeuse devient fort probable; il est certain, si la palpation révèle une tumeur rénale à surface bosselée; mais ce phénomène est rare, il n'y a pas à y compter.

Deux fois déjà j'ai observé la néphrite caséeuse sans tuberculose pulmonaire à la suite de la fièvre typhoïde; dans l'ignorance où nous sommes des conditions étiologiques de la maladie, ce fait m'a paru mériter d'être signalé.

CHAPITRE XI.

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE. — PÉRINÉPHRITE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulo-adipeux (1) qui entoure les reins de ses couches épaisses est une maladie peu commune, mais de grande importance pratique, en raison des erreurs de diagnostic et des fautes de thérapeutique (fautes par omission), auxquelles elle peut donner lieu.

(1) BURSER, *De phlegmone renum et vesicæ*. Basileæ, 1615. — DE PRÉ, *Nephritidis pathologia et therapia*. Erfurti, 1725. — TROIX, *Ueber Krankheiten der Nieren*. Leipzig, 1788. — DUPONT, *Journal de méd.*, t. XXXII. — TRABUC, *Journal de méd.*, t. LV. — ZEVIANI, *Memorie di Verona*; V. — HOHNSTOCK, *Die Magen- und Nieren-Entzündung*. Sondershausen, 1808. — J. P. FRANK, *De curandis hominum morbis* L. II. — CHOPART, *Maladies des voies urinaires*.

— RAYER, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839-1842. — DELASIAUYE, *Sur un cas de néphrite calculeuse*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1852). — BIENFAIT, *Obs. de périnéphrite traumatique suppurée* (*Gaz. heb.*, 1856). — EVANS, *Report of a case of inflammation of the kidney, proceeding to suppuration and discharging externally* (*The Lancet*, 1857). — WUNDERLICH, *Handbuch der Path. und Therapie*. Stuttgart, 1856. — GIUSEPPE BERTOLOTTI, *Pielite calciosa, ulcera perforante dell'uretère, ascesso ilio-pubico, morte* (*Ann. univ. di med.*, 1859).

FÉRON, *De la périnéphrite primitive*, thèse de Paris, 1860. — PICARD, *De la périnéphrite*, thèse de Paris, 1860. — PARMENTIER, *Sur les abcès périnéphrétiques* (*Union méd.*, 1862). — VELPEAU, *Abcès périnéphrétique chronique* (*Gaz. hôp.*, 1863). — HALLÉ, *Des phlegmons périnéphrétiques*, thèse de Paris, 1863. — TROUSSEAU, *Des abcès périnéphrétiques* (*Union méd.*, 1865). — GUÉRIN, *Gaz. hôp.*, 1865. — HERVIEUX, *Abcès périnéphrétique* (*Union méd.*, 1866). — GUIDOUT, *Abcès périnéphrétique* (*Gaz. hôp.*, 1867). — GOURAUD, *Des abcès périnéphrétiques* (*Union méd.*, 1867). — MASTROILLI, *Pielite con perinephrite del sinistro rene* (*Rivista clin. di Bologna*, 1867). — BOWDITCH, *Three cases of perinephritic abscess complicated with pulmonary and pleuritic disease. Incisions into renal region. Recovery* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1868). — HERRMANN, *Ein Fall von Perinephritis mit Eiterung und Durchbruch in die Lungen* (*Petersburger med. Zeits.*, 1867). — BURRITT, *Renal abscess* (*Med. and surg. Reporter*, 1868). — TACHARD, *Abcès périnéphrétique consécutif à une cystite chronique* (*Gaz. hôp.*, 1869). — OPPOLZER, *Perinephritis mit ausgebreiteter Suppuration; Tod* (*Virchow's Jahresbericht*, 1869). — FILLEAU, *Essai sur la pyélo-néphrite suppurée*, thèse de Paris, 1868.

ROSENSTEIN, *Die Path. und Therapie der Nierenkrankheiten*. Berlin, 1870. — JAMAIN, *Manuel de path. chirurgicale*; 2^e édit. Paris, 1870. — NAUDET, *Du phlegmon périnéphrétique*, thèse de Paris, 1870. — HADLOCK, *Abscess of the left kidney from renal*

La périnéphrite est primitive ou secondaire. **Primitive**, elle n'a pas d'autre cause saisissable que l'impression du FROID; d'autres fois elle débute d'une façon vraiment SPONTANÉE dans le cours d'une santé parfaite, et en dehors de toute condition étiologique appréciable.

La périnéphrite **secondaire**, beaucoup plus fréquente que la précédente, reconnaît des causes locales ou générales. Les CAUSES LOCALES sont les *traumatismes* de tout genre, coups, plaies, chutes, etc. A côté de ces causes traumatiques directes, prennent place les exercices violents, tels qu'une longue course à cheval (Turner) ou les cahots d'une voiture mal suspendue, des marches forcées, les efforts musculaires pour soulever un lourd fardeau, etc., les inflammations des organes voisins qui sont en connexion anatomique avec l'atmosphère cellulo-adipeuse circum-rénale; ce sont là, à vrai dire, les causes les plus communes. Au premier rang, figurent les *maladies des reins*, en particulier la *pyélite* et la *pyélonéphrite* calculeuse avec perforation (auquel cas, c'est l'infiltration d'urine qui est la vraie cause du phlegmon périnéphrétique) ou sans perforation, c'est-à-dire par propagation de l'inflammation qui gagne, par contiguïté, l'enveloppe conjonctive du rein. — La *lithiase rénale simple*, c'est-à-dire sans accidents inflammatoires dans le rein, peut donner lieu à la périnéphrite; j'en ai vu un remarquable exemple dont il sera parlé plus loin. Cette variété est la plus sujette à être méconnue, car au moment où la périnéphrite prend naissance, les symptômes ordinaires de la lithiase, y compris la présence du sable ou des graviers dans l'urine, peuvent avoir totalement cessé, et l'on ne pense guère alors à un phlegmon, pour lequel on ne saisit aucune cause suffisante; cette idée surgit-elle, on la repousse, car on en est éloigné malgré soi par les caractères normaux de l'urine.

Les *kystes hydatiques* (Rayer, Béraud, Denonvilliers), le *strongle géant* (Chopart, Maublet, Lapeyre), le *cancer du rein* (Cornil), peuvent dans certains cas assez rares déterminer une périnéphrite. Il en est de même

calculus (Philadelphia med. and surg. Report., 1871). — COLIN, *Abscès périnéphrétique chez un sujet atteint d'alcoolisme* (Gaz. hebdom., 1872). — MALMSTEN, *Fall af perinephritis med. perforation af diafragma och exsudat i venstra lungsücken* (Hygiea, 1872). — KRAETSCHMAR, *Des absès périnéphrétiques*, thèse de Paris, 1872. — RAHN, *Ueber Paranephritis protopathica*. Berlin, 1873. — DUFFIN, *Perinephritic abscess* (Transact. of the path. Soc., 1873). — MALMSTEN, *Fall af perinephritis suppurativa* (Svenska läk. sällsk. förh., 1873). — GUÉNEAU DE MUSSY, *Clinique médicale*. Paris, 1874. — LÉCORCHÉ, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1875. — DOWSE, *Nephritic abscess; tapping. Recovery* (Med. Times and Gaz., 1874). — LEGRAS, *Abscès périnéphrétique ouvert spontanément dans les voies urinaires* (Union méd., 1874). — SOUTHEY and SMITH, *Perinephritic abscess opened; perforation into pleural cavity; pericarditis; death* (The Lancet, 1874). — LANCEREAUX, *Art. REIN in Dict. encyclop. des sc. méd.*, 1875. — EBSTEIN, *Krankheiten des Harnapparates*. Leipzig, 1875.

des *tubercules rénaux* (Rayer, Naudet) et de la *néphrite suppurée* non calculeuse.

Une phlegmasie développée dans des organes plus éloignés peut entraîner secondairement un phlegmon périnéphrétique; la *cystite* (Tachard), les *inflammations du foie, de la vésicule biliaire* (Millard), de la rate, les *phlegmasies du psoas* (Rosenstein), du *tissu cellulaire du petit bassin* (Chopart), les perforations du côlon ascendant ou descendant avec épanchement de matières dans le tissu périrénal, voire même les inflammations circum-utérines et les phlegmons des ligaments larges (Ebstein) ont donné lieu plusieurs fois à l'abcès périnéphrétique.

La périnéphrite relève quelquefois d'une CAUSE GÉNÉRALE; on l'a vue, en effet, se développer dans la convalescence d'une fièvre typhoïde (Duplay), dans le cours du typhus exanthématique (Rosenstein), de la variole (E. Wagner) ou sous l'influence de l'état puerpéral (Trousseau, Guéneau de Mussy).

Primitive ou consécutive à une cause locale, la maladie est toujours unilatérale; secondaire et développée sous l'influence d'une cause générale, elle peut être double, et l'était, en effet, dans le cas de Rosenstein (à la suite d'un typhus exanthématique).

Quant à l'AGE, la périnéphrite est plus commune dans la seconde période de la vie, et surtout entre 40 et 60 ans; mais cette prédominance n'est point le fait de l'âge proprement dit, elle résulte de ce que les causes pathologiques, qui sont les plus communes, existent surtout dans l'âge adulte; aussi pour les périnéphrites à frigore et, pour les traumatiques, l'âge est indifférent, comme le prouvent les observations de Duffin et de Löh, concernant des enfants de six ans et de quatorze ans; dans les deux cas le phlegmon avait succédé à une chute sur la région lombaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les lésions caractéristiques de la périnéphrite ne diffèrent pas de celles des autres phlegmons; elles consistent au début dans une injection plus ou moins prononcée, dans une imbibition séro-fibrineuse des mailles du tissu cellulaire circum-rénal; enfin, en une prolifération plus ou moins abondante des éléments plasmatiques, et en une extravasation de leucocytes. Cette première période du processus échappe le plus souvent à l'examen, et dans la majorité des cas les désordres anatomiques de la seconde période sont les seuls qu'on observe à l'autopsie.

Tantôt le pus est infiltré dans le tissu cellulo-adipeux, tantôt, et le plus souvent, il est collecté en foyer. Le volume de la COLLECTION PURULENTE est plus ou moins considérable; elle peut s'étendre de la face inférieure du foie ou de la rate, jusqu'à la fosse iliaque, depuis la face postérieure

du rein ou du péritoine jusqu'à la face profonde des muscles carré lombaire et transverse. Les parois du foyer sont plus ou moins épaisses, suivant que le processus inflammatoire a été lent ou rapide; tantôt tomenteuses et couvertes de débris grisâtres, tantôt tapissées par une membrane pyogénique d'autant mieux organisée que l'abcès est plus circonscrit. — Quand celui-ci a subi le contact de l'air extérieur, les parois prennent une teinte noirâtre ou grisâtre. Le pus qu'il renferme est parfois inodore, épais, jaunâtre, franchement phlegmoneux; ailleurs il est rougeâtre ou brunâtre et contient des caillots sanguins, ou bien il est séreux, granuleux, mêlé à des débris de graviers, des fragments de calculs, des lambeaux grisâtres et sphacelés, et il répand une odeur fétide, urineuse, ou fécaloïde, même en l'absence de toute perforation intestinale.

Les fibres musculaires en rapport avec le foyer purulent sont bleuâtres ou brunâtres, ramollies et détruites par la suppuration ou transformées en débris grisâtres. — Le pus se fraye habituellement un passage à travers les interstices musculaires, décolle les muscles et forme ainsi des nappes et des infiltrations secondaires plus ou moins étendues.

Les aponévroses résistent en général plus que les muscles à l'envahissement du pus et peuvent pendant longtemps en circonscrire les désordres; mais quand les altérations sont plus profondes, elles cèdent à leur tour, se rompent, se déchirent, et forment au milieu du foyer purulent des brides, des cloisons qui servent de support aux nerfs et aux vaisseaux (Lancereaux).

La terminaison de la périnéphrite par gangrène est rare (Barrier), et quand elle survient, elle transforme le tissu cellulaire circumrénal en une sorte de bouillie noirâtre et fétide.

SYMPTOMES ET MARCHE.

La périnéphrite primitive offre dans son expression clinique les caractères les plus nets et les mieux accusés. Le début en est souvent marqué par un frisson plus ou moins violent, auquel succède une chaleur très-vive, suivie elle-même d'une sueur abondante; ces PHÉNOMÈNES FÉBRILES offrent ainsi les trois stades d'une fièvre intermittente dont ils peuvent même présenter la *périodicité parfaite* ; de là une source féconde d'erreurs. La fièvre initiale revêt imperturbablement le type quotidien pendant plusieurs semaines dans le fait dont j'ai parlé, et les médecins qui soignèrent le malade avant sa venue à Paris, trompés par ces apparences, ne lui avaient administré que du sulfate de quinine. D'autres fois, la réaction fébrile est continue, ou plutôt rémittente, et présente des paroxysmes vespéraux plus ou moins intenses (39°5). La langue est blanche ou sèche, l'appétit nul, la soif vive, la constipation opiniâtre. — Les vo-

MISEMENTS sont rares, sauf dans les cas de maladie rénale concomitante ou antérieure; cependant ils peuvent être observés dans les autres formes de la périnéphrite et ils reconnaissent alors différentes conditions pathogéniques; tantôt ils marquent le début du paroxysme fébrile et sont liés à la fièvre elle-même; tantôt, ils se montrent plus tardivement et se répètent avec opiniâtreté; leur apparition inopinée et leur persistance doivent faire soupçonner la participation du péritoine au processus inflammatoire.

Un des symptômes les plus importants, parfois même celui qui éclate le premier est une DOULEUR locale, circonscrite à l'un des côtés de la région lombaire, tantôt obtuse, sourde et profonde, tantôt vive, aiguë, lancinante, présentant parfois un caractère d'intermittence en rapport avec le retour du frisson (Lécorché). — On a dit que la douleur restait habituellement localisée dans la région lombaire, n'avait pas d'irradiations dans le membre et n'était pas accompagnée de rétraction du testicule; cette assertion est trop absolue; l'irradiation, je l'ai observée intense et persistante à ce point que le malade était traité pour une névralgie crurale; quant à la rétraction testiculaire, elle a été notée par Velpeau. La compression exercée par le phlegmon sur les plexus nerveux peut donner lieu à des troubles variables de la sensibilité, et à de la *parésie* dans le membre inférieur du même côté.

Au bout d'un temps variable, qui rarement excède quinze à vingt jours, la douleur devient lancinante et pongitive, et la tuméfaction de la région lombaire apparaît. Les téguments de cette région présentent un léger gonflement œdémateux que la station verticale rend plus appréciable; d'abord diffus, il se circonscrit, devient plus saillant, et la peau prend une coloration rosée, puis rouge vif; l'abcès en un mot devient sous-cutané et la FLUCTUATION est alors manifeste. Mais déjà même avant cette période, une palpation méthodique permet de constater le signe pathognomonique de la collection liquide encore profondément située. — Dans certains cas plus rares, par suite de l'éraillure de quelques fibres musculaires, le pus se fraye rapidement un passage à travers le muscle transverse, s'étend en nappe dans le tissu cellulaire sous-cutané, soulève les téguments et devient de la sorte réellement superficiel; en vertu de sa disposition anatomique en bouton de chemise, l'abcès lombaire donne alors la sensation du passage d'un liquide, accompagnée d'un bruissement spécial que Dupuytren a comparé à un bruit de chafnon. Quoi qu'il en soit, la fluctuation ne doit pas servir de guide exclusif au chirurgien, car s'il attendait qu'elle devint manifeste, il s'exposerait souvent à intervenir beaucoup trop tard.

Ces phénomènes apparaissent du dixième au quinzième jour dans la périnéphrite primitive; mais ces symptômes, et partant la suppuration qu'ils révèlent, peuvent être plus précoces (infiltration d'urine) ou plus tardifs, selon la cause de la maladie (lithiase rénale simple, par exemple).

L'ÉTAT NORMAL DE L'URINE et de son évacuation dans la périnéphrite primitive, aussi bien que dans la forme secondaire indépendante d'une maladie rénale, est un signe important quoique négatif. — L'urine ne présente alors d'autres modifications que celles de l'urine fébrile commune; elle est rare, foncée, sédimenteuse et chargée d'urates.

Lorsque la périnéphrite succède à un traumatisme, l'urine peut quelquefois être sanglante immédiatement après l'accident; si la maladie est liée à une pyélite calculeuse ou à une pyélonéphrite, l'urine alors charriera les éléments propres à l'affection rénale antécédente (albumine, pus, graviers, sables). Mais, je le répète, aucun de ces désordres n'est imputable au phlegmon périnéphrétique lui-même.

LA MARCHÉ DU PUS est variable: dans les cas réguliers, à progression franche, l'abcès périnéphrétique tend à se faire jour à l'extérieur, vers la région lombaire, le plus habituellement au niveau de l'espace triangulaire limité par le bord postérieur du grand oblique et le bord externe du grand dorsal, au point même où se font les hernies lombaires, signalées par J. L. Petit. Cette évacuation naturelle et spontanée est immédiatement suivie d'une diminution notable de la fièvre, et d'un amendement général de tous les symptômes.

D'autres fois le pus s'infiltré dans les couches musculaires décollées, et peut étendre au loin ses ravages sans trouver une issue à l'extérieur, à moins qu'une intervention chirurgicale opportune ne vienne en faciliter l'évacuation. L'ouverture de la collection purulente dans le côlon n'est pas très-rare, et peut même être considérée comme une terminaison assez favorable (Rayer, Cruveilhier, Chassaignac, Parmentier, Hervieux, Cornil, Naudet). Au moment où s'opère la rupture du foyer dans le gros intestin, le malade éprouve un irrésistible besoin de défécation et rend presque aussitôt des selles fétides et muco-purulentes, souvent mêlées de sang au début. La disposition de l'ouverture empêche d'ordinaire le passage des matières fécales dans l'abcès; quelquefois cependant les gaz intestinaux s'échappent par l'orifice de communication, et peuvent en s'infiltrant dans le tissu cellulaire provoquer un emphysème plus ou moins étendu. Trousseau a eu deux fois l'occasion d'observer cette complication fâcheuse.

L'ouverture de l'abcès dans le péritoine est une terminaison aussi rare que redoutable, une péritonite plus ou moins promptement mortelle en est la conséquence (Gardien, Daga, Lemoine); et la mort peut même survenir avant que l'inflammation péritonéale n'ait eu le temps de se développer (Rosenstein). Dans certains cas, le pus fuse le long de l'uretère jusque dans la région prostatique et donne lieu à un phlegmon pelvien qui peut s'ouvrir ultérieurement dans la vessie (Rayer) ou dans l'urèthre (Charnal). La migration dans la fosse iliaque, contestée à tort par Grisolle, est mise en évidence, comme je l'ai dit à propos du phlegmon iliaque, par les

cas de Téallier et de Bertolotti, et par le fait que j'ai moi-même observé et cité précédemment. (Voyez PHLEGMON ILIAQUE.)

D'autres fois, le pus file par en haut, traverse le diaphragme, perfore la plèvre et est évacué par les bronches. Le symptôme constant dans ce cas est la dyspnée, et ce symptôme peut être unique; Rayer note expressément l'absence des signes de pneumonie et de pleurésie; après une période plus ou moins longue de dyspnée, survient un accès de toux subit et violent, et le malade rejette une quantité de pus, qui peut aller jusqu'à deux litres comme dans le cas de Cantegrel. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi simplement; dans le fait de Bowditch, il se développa une pleurésie et une pneumonie de la base du poumon; dans le cas d'Oppolzer, le pus s'arrêta dans la plèvre et donna lieu à une pleurésie purulente; il en fut de même dans l'observation de Malmsten. L'inflammation de la plèvre ou du poumon peut se développer par contiguïté sans aucune communication avec le foyer périnéphrétique, ainsi que Rahn en a relaté plusieurs exemples. Dans les faits de ce groupe la terminaison est variable comme le processus lui-même; la guérison a eu lieu dans les trois cas cités par Rayer; la mort a été constante dans les faits rapportés par Hallé, Bowditch, Hermann, Oppolzer et Malmsten. Enfin Naudet a signalé une éventualité assez exceptionnelle: il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, chez lequel l'abcès périnéphrétique s'ouvrit dans la plèvre sans autre manifestation que celle d'une simple pleurésie; le pus se fraya une deuxième issue à travers la paroi lombaire, finit par perforer le poumon en donnant lieu à tous les signes d'un hydro-pneumo-thorax et six semaines après, le malade quitta l'hôpital complètement guéri. — L'ouverture du foyer dans le duodénum est très-rare et dans ce cas le pus est évacué par le vomissement.

LES PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS à l'évacuation de la collection circumrénale sont variables suivant la voie suivie par le pus, et l'étendue des désordres provoqués par sa migration. Le plus souvent, aussitôt après que l'abcès périnéphrétique s'est frayé une issue à l'extérieur, la tumeur lombaire s'affaisse, la douleur diminue, la fièvre tombe et le malade éprouve un soulagement notable; mais si le pus ne parvient pas à se faire jour au dehors, la fièvre prend un caractère hectique, le délire éclate, des accidents nerveux se développent, et le patient succombe dans un état typhoïde. Quand l'ouverture se fait d'elle-même à la région lombaire, elle est fistuleuse, souvent multiple et très-lente à se refermer; parfois le malade, miné par une suppuration abondante, succombe dans le marasme le plus profond, d'autres fois il est rapidement emporté par les accidents de la pyémie ou de la septicémie.

La terminaison par gangrène est exceptionnelle dans la périnéphrite primitive; dans la forme secondaire, elle est habituellement consécutive à la perforation du tube digestif, ou à une infiltration d'urine dans le tissu cellulaire circumrénal.

Cette MARCHÉ AIGUE, qui embrasse toute l'évolution de la maladie entre deux et cinq semaines, est la seule observée dans la périnéphrite primitive; elle est ordinaire aussi dans la forme secondaire; mais les choses peuvent se passer autrement, et la maladie, tout en présentant des symptômes d'acuité, notamment une fièvre assez vive et des douleurs intenses, peut durer plusieurs mois; ces cas sont assurément les plus difficiles pour le diagnostic. La mort peut survenir en trois ou quatre jours, lorsqu'il s'agit d'une périnéphrite gangréneuse.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

La périnéphrite suppurée peut être confondue avec les phlegmons des régions voisines; la flexion avec abduction de la cuisse que l'on donne comme un signe caractéristique de la *psôit* peut y faire défaut (fait de Rosenstein), et, en revanche, j'ai vu tous les effets de l'inflammation du *psôas* résulter d'une périnéphrite.

L'HYDRONÉPHROSE offre ainsi quelques symptômes communs avec celle-ci (tumeur unilatérale dans la région lombaire, fluctuation), mais la lenteur de son développement, son indolence et la faible réaction qui l'accompagne suffiront en général pour établir le diagnostic. — Les phénomènes fébriles du début revêtent parfois une périodicité si parfaite que l'on peut croire à l'existence d'une FIÈVRE INTERMITTENTE comme dans le cas auquel j'ai précédemment fait allusion; cette première erreur se prolongea durant trois mois, puis elle fut remplacée par une seconde méprise consistant à admettre des DOULEURS RHUMATISMALES et NÉURALGIQUES. C'était un cas à marche chronique, et lorsque pour la première fois, je vis le malade cinq mois environ après le début des accidents, ce fut à grand-peine que je perçus dans la région périrénale un empatement profond; il n'y avait pas de tumeur lombaire ni d'œdème sous-cutané de la région; de là une certaine hésitation chez les chirurgiens que j'appelai; pendant ces tergiversations, le pus fuse vers la fosse iliaque, il devient appréciable au niveau de l'arcade crurale, on opère alors, mais trop tard, et le patient succombe à la pyémie.

Ce fait, dont je viens de résumer les principales péripéties, montre à lui seul toutes les difficultés dont le diagnostic de la périnéphrite peut être parfois entouré.

L'intégrité de l'urine et son émission normale seront d'utiles renseignements pour distinguer la périnéphrite des abcès consécutifs à une inflammation du rein, des calices ou du bassin qui peuvent déterminer également une tumeur lombaire; dans ce dernier cas, en outre, l'œdème sous-cutané fait défaut et la marche des accidents est en général beaucoup plus lente.

Le pronostic de la périnéphrite est subordonné à ses causes, à sa forme, à son mode de terminaison, et aussi au traitement, car on ne peut contester l'influence de la précocité de l'ouverture du foyer sur le résultat final.

Dans certains cas la guérison peut avoir lieu sans suppuration; mais quoique Lebert ait rapporté quelques faits de ce genre, on ne doit pas compter sur cette terminaison aussi heureuse qu'exceptionnelle, et le souvenir de ces cas ne doit pas inspirer au chirurgien une temporisation inopportune qui peut avoir les plus funestes conséquences. Rosenstein l'a dit avec toute raison: « Quand l'affection est primitive, reconnue dès le début et traitée vigoureusement, le pronostic est excessivement bénin; car si le pus trouve une issue prompte et facile, la guérison a lieu le plus souvent. »

Il n'en est pas de même de la PÉRINÉPHRITE SECONDAIRE dont le pronostic, bien que variable suivant la nature de l'affection génératrice, est généralement grave; la *pyélonéphrite calculeuse*, la *puerpéralité*, sont les deux conditions pathogéniques les plus redoutables. Cependant Naudet a cité un bel exemple de guérison d'un abcès circumrénal développé chez une femme en couches.

Les rapports des diverses migrations du foyer avec le pronostic de la périnéphrite ont été précédemment indiqués; y revenir serait inutile.

TRAITEMENT.

L'indication thérapeutique primordiale, en face d'une périnéphrite à son début, sera de favoriser la résolution de la phlegmasie par tous les moyens appropriés; émissions sanguines locales, grands bains, cataplasmes émollients, pommades résolutives, onctions mercurielles et belladonnées sur la région douloureuse, vésicatoires volants appliqués coup sur coup. — A ces divers agents seront utilement associées les injections hypodermiques de morphine pour calmer les souffrances auxquelles les malades sont le plus souvent en proie. Mais presque toujours cette thérapeutique rationnelle restera sans effet sur l'évolution du travail phlegmasique, et l'on ne tardera pas à voir apparaître les premiers signes de la suppuration, révélée par l'œdème sous-cutané, par la fluctuation perçue à la région lombaire, et par le redoublement de la fièvre avec frissons multiples et répétés. En pareil cas, on doit procéder sans retard à l'ouverture de l'abcès, alors même que la fluctuation ne serait pas encore très-manifeste.

Trois méthodes chirurgicales ont été mises en œuvre: l'incision avec le bistouri, la cautérisation, la ponction simple ou capillaire avec ou sans aspirateur. La première méthode est la meilleure; on lui a reproché d'exposer aux hémorragies, mais ce danger illusoire est amplement com-

pensé par un avantage réel, celui de donner au pus une issue large et facile, de permettre une exploration complète des parties profondes, et des lavages quotidiens du foyer purulent, enfin de faciliter l'élimination des corps étrangers (calculs, graviers, etc.). Les caustiques ont une action plus lente et peuvent compromettre les résultats de l'intervention chirurgicale en en retardant les effets; aussi sont-ils aujourd'hui presque universellement abandonnés.

La ponction avec un gros trocart courbe combinée avec le drainage chirurgical, suivant l'ingénieuse méthode de Chassaignac, a le double avantage de donner au pus un écoulement facile et prompt, tout en permettant de pratiquer ultérieurement des injections détersives dans le foyer. C'est ce procédé que je préfère, sauf dans les cas où la périnéphrite est d'origine calculeuse; l'incision me semble alors plus utile, car elle permet d'apprécier l'état de l'organe, et d'extraire les corps étrangers qui causent et entretiennent la suppuration dans le tissu cellulaire périnéphrique; même alors pourtant, le drainage peut rendre de véritables services. Quant à la ponction aspiratrice, elle ne peut être mise en pratique, dans l'espèce, qu'à titre de moyen d'exploration préalable, destiné à servir de guide et d'auxiliaire au véritable traitement chirurgical. — Les effets de ce dernier doivent être secondés par une alimentation et une médication toniques, qui en soutenant les forces du malade, favorisent indirectement la cicatrisation du foyer.

CHAPITRE XII.

ECTOPIE RÉNALE (1).

Le rein déplacé peut être fixé dans la situation anormale qu'il a prise, ou bien il peut conserver une mobilité plus ou moins grande; de là deux sortes de dislocations : l'ECTOPIE FIXE (*dystopie*) et l'ECTOPIE MOBILE (*rein*

(1) MESUE, *Opera omnia*. Venetiis, 1561. — RIOLAN, *Man. anat. et path.* Lyon, 1682. — PORTAL, *Cours d'anat. méd.*, t. V. — GIRARD, *Journal hebdom.*, 1826. — CRUVEILHIER, *Anat. descript.*, t. II. — HEUSINGER, *Die Krankheiten der Harnorgane* von Robert Willis; deutsch von Heusinger. Eisenach, 1841.

RAYER, *Maladies des reins*. Paris, 1839-1841. — HENOCH, *Klinik der Unterleibskrankheiten*. III. — BRAUN, *Deutsche Klinik*, 1853. — BROCHIN, *Gaz. hôp.*, 1854. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochen.*, 1856. — PRIESTLEY, *Med. Times and Gaz.*, 1857. — HARE, *Med. Times and Gaz.*, 1858. — FRITZ, *Arch. gén. de méd.*, 1859. — DIETL, *Wandernde Nieren und deren Einklemmung* (*Wiener med. Wochen.*, 1864). — GILEWSKI, *Ueber die Einklemmung beweglicher Nieren* (*Oester. Zeits. f. Heilkunde*, 1865). — BECQUET,

flottant). La première, souvent congénitale, n'a pas à beaucoup près l'importance clinique de la seconde; ou elle ne donne lieu à aucun symptôme et ne constitue rien de plus qu'une anomalie anatomique, congénitale ou acquise; ou bien elle produit quelques phénomènes qui n'ont rien de spécial, et que l'on retrouve dans la symptomatologie du rein mobile. Cette dernière forme d'ectopie est seule l'objet de ce chapitre.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le REIN DROIT est beaucoup plus souvent déplacé que le gauche. Dans un relevé de 91 cas de mobilité rénale, Ebstein compte 65 observations relatives au rein droit et 14 pour le gauche; dans les 12 autres les deux reins étaient déplacés. Cette prédominance tient sans doute à la situation plus profonde du rein droit et à la plus grande longueur de son artère. On a aussi invoqué, pour expliquer cette fréquence relative, une disposition anatomique rencontrée par Girard et Simpson, dans laquelle le rein possède une sorte de mésentère analogue à celui du colon descendant; mais cette disposition est trop exceptionnelle pour rendre compte de tous les cas.

Le SEXE féminin semble plus particulièrement prédisposé à cette affection. La proportion comparative des deux sexes serait de 100 contre 1 d'après Dietsch, de 100 contre 18 d'après un relevé de Rosenstein qui porte sur 59 cas. Plus récemment Ebstein a rassemblé 96 observations, réparties

Essai sur la pathogénie des reins flottants (*Arch. gén. de méd.*, 1865). — MOSLER, *Ueber sogenannte Einklemmung beweglicher Nieren* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1866).

E. ROLLETT, *Pathologie und Therapie der beweglichen Niere*. Erlangen, 1866. — DEYSDALE, *Case of movable Kidney* (*The Lancet*, 1866). — EHRLICH, *Hæmaturie bei beweglicher Niere* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1866). — SCHULTZE, *Ein Beitrag zur Casuistik der beweglichen Niere*. Berlin, 1867. — PIEPER, *Ueber Cystenbildung und Hydronephrose beweglicher Nieren*. Berlin, 1867. — STEIGER, *Fall von beweglicher Niere* (*Würzb. med. Zeits.*, 1867). — GUÉNEAU DE MUSSY, *Sur les reins flottants* (*Union méd.*, 1867). — WILTSHIRE, *Case of double moveable Kidneys* (*Transact. of path. Soc.*, 1868). — SCHRIF, *Obs. d'un cas de mobilité des deux reins* (*Presse méd. belge*, 1869). — HESLOP, *Case of moveable Kidneys* (*Brit. med. Journ.*, 1869). — FLEMING, *Two cases of moveable Kidney* (*Eodem loco*, 1869). — GONTIER, *Sur un déplacement irréductible et douloureux du rein droit* (*Union méd.*, 1869). — THUN, *Ueber bewegliche Niere*. Berlin, 1869. — MAC EVENS, *Case of floating Kidney* (*Glasgow med Journ.*, 1870).

ROSENSTEIN, *Die Path. und Therapie der Nierenkrankheiten*. Berlin, 1870. — CHORAK, *Ueber den Zusammenhang zwischen Hysterie und Beweglichkeit der Nieren* (*Med. chir. Hwdschau*, 1870). — TZSCHASCHEL, *Dissertation inaugurale*. Berlin, 1872. — KLÜPPPEL, *Ueber einige Fälle von beweglicher Niere* (*Würtemb. med. Corresp. Bl.*, 1874). — PERLES, *Case of dislocation of the Kidney; renal abscess; recovery* (*Med. Press and Circular*, 1874). — LANCEREAUX, EBSTEIN, *Loc. cit.*, 1875. — LÉCORCHÉ, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1875.