

qu'à la région rénale. La tuméfaction occupait toute l'échancrure costo-iliaque; les deux mains placées en avant et en arrière de la tumeur sentaient les mouvements du foie pendant l'inspiration et l'expiration, elles sentaient aussi une tumeur qui restait immobile. On ne pouvait s'arrêter à l'idée d'une tumeur stercorale; il n'y avait aucun signe d'occlusion intestinale, la fosse iliaque était libre, non douloureuse, et le début subit du frisson, la fièvre, la douleur dans la région lombaire, faisaient supposer l'existence probable d'un phlegmon périnéphrique. Le mieux était d'attendre, la fièvre continuant; il y eut enfin de la fluctuation, j'ouvris moi-même l'abcès en dehors de la masse sacro-lombaire; dès que j'arrivai sur le plan musculaire profond, j'abandonnai le bistouri pour prendre une sonde cannelée; j'écartai les tissus en les déchirant, et un flot de pus non fétide sortit par la boutonnière que j'avais pratiquée. A l'aide du doigt introduit dans le foyer, on pouvait sentir le rein. Des cataplasmes furent appliqués sur la région lombaire, et l'écoulement du pus se fit avec facilité et abondance. Afin de déterger le foyer et de modifier les surfaces suppurantes, nous fîmes plusieurs fois des injections iodées. Peu à peu l'écoulement du pus diminuait, la cicatrisation de l'incision commençait à s'effectuer, lorsque la malade fut de nouveau prise de fièvre avec frisson, en même temps que de douleurs dans la fosse iliaque, la cuisse et le genou droits. Bientôt on constata un phlegmon de la fosse iliaque, et lorsque j'eus reconnu que l'abcès avait de la tendance à passer au-dessous de l'arcade crurale, je priai le professeur Jobert (de Lamballe) d'en faire l'ouverture. L'incision fut pratiquée un travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope, et parallèlement à la direction de cette arcade. Il s'écoula une grande quantité de pus verdâtre, le foyer fut lavé avec de l'eau et de la teinture d'iode; les douleurs du psoas durèrent encore longtemps, cependant peu à peu le membre inférieur tendait à reprendre sa position normale. Il y avait lieu d'espérer une amélioration persistante, lorsque la malade fut prise de diarrhée, puis de fièvre hectique, et succomba plusieurs semaines après l'ouverture de l'abcès iliaque. Il nous fut impossible de faire l'examen nécroscopique. Le fait est regrettable, car nous aurions pu nous assurer de la sorte, si, ce qui est infiniment probable, l'abcès périnéphrique avait fusé vers la fosse iliaque. On comprend en effet que le pus réuni autour du rein puisse, en suivant le muscle psoas, parvenir dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, au-dessous de l'aponévrose.

D'autres fois, il peut arriver que le pus filtre à travers les mailles de l'aponévrose pour envahir le tissu cellulaire qui double le péritoine des régions rénale et iliaque; et dans ce cas l'abcès n'est point en contact immédiat avec le muscle iliaque. L'anatomie rend parfaitement compte de la position sus- ou sous-aponévrotique des abcès de cette région; toutefois il faut remarquer que de nombreux pertuis aponévrotiques permettent au pus situé au-dessous de l'aponévrose iliaque d'envahir le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Avant d'abandonner cette partie de mon sujet, je dois vous faire remarquer

que dans le cas où les abcès périnéphriques ont été compliqués de pleurésie, de pleuro-pneumonie, ce fut toujours du côté correspondant à l'abcès périnéphrique: ainsi, dans les observations de MM. Desruelles, Cazalis, Demarquay et Bernutz. Il y a eu là évidemment pleurésie ou pleuro-pneumonie de voisinage.

D'autres causes peuvent encore être invoquées dans la formation des abcès autour du rein. Vous savez, messieurs, que la douleur, conséquence le plus souvent de l'inflammation, peut devenir à son tour l'occasion d'une fluxion inflammatoire. La névralgie sus-orbitaire de cause palustre, je vous le rappellerai il y a un instant, est souvent accompagnée d'une hyperémie de la conjonctive en même temps que de la sécrétion abondante des larmes. La congestion oculaire, si elle dure un certain temps, amène une sécrétion abondante de mucus des glandes palpébrales, et, si cette congestion dure plus longtemps encore, au grand angle de l'œil affecté, vous constaterez la présence d'une certaine quantité de muco-pus. La douleur peut donc, sans aucune lésion locale primitive, devenir l'occasion et la cause d'une inflammation qui disparaîtra aussitôt que par un traitement général spécifique on aura modifié l'intoxication palustre. Il est donc bien évident que, dans ce cas particulier, l'élément douleur peut déterminer une inflammation oculaire. De même les névralgies dentaires déterminent souvent des fluxions dans les tissus voisins. De même encore certaines névralgies du col utérin, qui ne peuvent être rattachées à aucune lésion organique de l'utérus, déterminent, lors de chaque crise, une sécrétion des follicules du col et des inflammations chroniques de la muqueuse utérine. Nous avons vu comment une intoxication palustre, c'est-à-dire une cause générale pouvait faire l'inflammation, nous avons vu aussi que la névralgie de cause locale pouvait amener le même résultat. Vous trouverez dans la science d'autres observations où la douleur a déterminé à distance un travail inflammatoire. Dupuytren racontait dans ses leçons cliniques qu'ayant compris une des branches du plexus brachial dans la ligature de l'artère axillaire, il avait constaté à l'autopsie du malade un abcès du cerveau, et il était disposé à admettre que, dans ce cas particulier, la douleur aiguë et persistante éprouvée par le malade, lors de la ligature artérielle, avait été la cause déterminante de l'abcès cérébral. Cependant l'explication me semble ici tant soit peu hypothétique.

De même la douleur pourra nous rendre compte de la formation de certains abcès périnéphriques. Il n'est pas rare, en effet, après de violentes coliques néphrétiques, de constater des abcès autour des reins, dont l'ouverture vient démontrer que la formation du pus ne pouvait être la conséquence d'une fistule urinaire, de même que l'examen des urines avait déjà établi qu'il n'existait point de néphrite purulente. On ne peut donc pas admettre, dans ces cas, qu'il y ait eu propagation de l'inflammation du rein au tissu cellulaire ambiant, et il faut bien accorder une grande part à l'élément douleur dans la formation de ces abcès. De même encore, une douleur vive de la vessie peut

amener des abcès autour du rein. A la fin de l'année 1862, j'étais appelé en consultation par mon très-honorable confrère M. le docteur Mac Carthy, près d'une dame qui depuis deux ans se plaignait d'une irritabilité vésicale fort incommode. Les besoins d'uriner étaient impérieux et déterminés par la présence de quelques gouttes d'urine dans la vessie. Le 4 octobre 1862, cette dame avait porté une robe très-serrée qu'elle avait conservée quelques heures seulement. Le 5 octobre, elle prend le lit et se plaint d'une douleur vive dans le flanc droit; la douleur s'étend jusqu'à la région lombaire. Il n'y a pas de fièvre; depuis trois jours il n'y a pas de garderobes. Le 8 octobre, apparition des règles; elles ne durent que vingt-quatre heures. La douleur du flanc droit persiste. Pendant huit jours, les douleurs locales vont en augmentant: la fièvre devient plus vive et chaque jour il y a plusieurs frissons. Des cataplasmes et l'application de sangsues faite à deux reprises, n'amènent point de soulagement; chaque jour on avait eu soin de tenir le ventre libre au moyen de lavements et de pilules apéritives, mais la douleur et la fièvre ne cédaient nullement. Le 15 octobre pour la première fois, mon honorable confrère, en comprimant la région douloureuse, constata la présence d'une tumeur arrondie et dure. Le pouls est fréquent, la peau chaude, les frissons persistent. Ce fut à cette époque que M. Mac Carthy me pria de lui donner mon avis. Comme lui, je constatai la tumeur lombaire et je reconnus à la palpation que les mouvements du foie pendant la respiration étaient indépendants de la tumeur qui restait immobile. Cette tumeur était volumineuse et très-douloureuse. M. Mac Carthy et moi nous ne pouvions différer d'avis: c'était bien à un abcès périnéphrique que nous avions affaire. Il n'était point permis, bien que la malade eût été jadis affectée d'hépatite à Bombay, de penser à une tumeur du foie; on ne pouvait non plus s'arrêter à l'hypothèse d'une péricyphlite, parce que le siège de cette dernière inflammation est le plus souvent dans la fosse iliaque; de plus il n'existait point de douleur du gros intestin et les garderobes ne présentaient aucune modification importante. Notre pronostic devait être réservé en raison de l'état fébrile et de l'étendue de l'abcès, mais pour nous c'était bien là une périnéphrite, indépendante de toute lésion rénale et probablement sympathique de l'irritabilité habituelle de la vessie. Quant à la cause occasionnelle, elle pouvait être un refroidissement ou une compression violente sur la région lombaire exercée par un corset et une robe trop serrés.

Cependant, la tumeur augmente rapidement de volume, les frissons se répètent, il y a inappétence complète, redoublement de la fièvre et M. Mac Carthy, jugeant le moment opportun pour ouvrir cet abcès, m'appelle de nouveau en consultation avec mon honorable collègue dans les hôpitaux M. Alph. Guérin. Lors de notre réunion, la tumeur occupe la totalité du flanc droit jusqu'à l'ombilic. La fluctuation est très-obscurie, mais à la pression la plus légère la douleur est extrême. Il y a un œdème très-marqué de la région lombaire droite. L'hésitation n'était plus possible, il fallait se hâter de donner

issue au pus pour ne pas laisser à l'abcès le temps de s'ouvrir dans l'intestin, ou de fuser vers la fosse iliaque correspondante. M. A. Guérin fait une incision de 10 centimètres près du bord externe du sacro-lombaire. Arrivé à une profondeur de 4 centimètres, il dépose le bistouri et avec l'index de la main droite il pénètre jusque dans le foyer d'où s'échappe un torrent de pus infect et bien lié. Pendant quatre jours il y eut encore un peu de fièvre avec frissons, l'ouverture de l'abcès fut agrandie avec le doigt, afin d'assurer l'écoulement facile du pus qui avait conservé une certaine fétidité. Peu à peu le pus diminua de quantité et perdit son odeur. Huit jours après l'ouverture de l'abcès, tous les symptômes s'étaient notablement amendés; la suppuration était très-peu abondante, la plaie en voie de cicatrisation, l'appétit revenu. A partir de ce moment, la marche vers la guérison ne fut plus arrêtée. La plaie était complètement fermée le dix-huitième jour après l'opération. On ne trouvait plus trace alors de la tumeur, et à quelques jours de là la guérison pouvait être regardée comme complète.

Ai-je besoin, messieurs, d'insister sur les principaux symptômes de cette observation? Irritabilité habituelle de la vessie, douleur persistante et progressive de la région lombaire, puis fièvre, bientôt douleur de la région rénale, enfin tumeur et abcès.

A côté de ce fait, en voici un autre qui vient encore témoigner de la part de la douleur et de l'irritation de la vessie dans la production des abcès périnéphriques. Dans les derniers mois de l'année 1863, un grand personnage était opéré d'un calcul vésical par Civiale. La lithotritie avait été pratiquée avec succès et le malade avait pu quitter Paris pour aller se rétablir à la campagne. Mais quelques jours après l'opération, l'illustre malade avait commencé à ressentir de la douleur dans la région rénale d'un seul côté. Bientôt survinrent de la fièvre, des frissons et de l'inappétence. Plusieurs chirurgiens furent réunis en consultation et, après avoir constaté qu'il n'existait aucun symptôme de lésion urétrale, vésicale ou rénale, ils étaient disposés à rattacher la douleur lombaire à une névralgie iléo-lombaire, sympathique des manœuvres de la lithotritie. La douleur persistait déjà depuis plusieurs semaines dans la région du rein, elle s'étendait dans la fosse iliaque du même côté, mais en ce dernier point il n'y avait pas de tumeur et il n'existait pas de signes de psoriasis. Toutefois la fièvre et les frissons persistaient, le malade s'affaiblissait. M. Nélaton fut invité à se joindre aux chirurgiens déjà réunis en consultation. Ayant eu connaissance de tous les symptômes que je viens de vous rapporter et des conditions dans lesquelles ils s'étaient manifestés, le savant professeur explora avec grande attention la région rénale. La palpation y était douloureuse, de plus il existait une légère saillie de la région lombaire, et, bien qu'il ne fût pas possible de percevoir une fluctuation qui était encore très-profonde, M. Nélaton n'hésita pas à affirmer qu'il existait un abcès périnéphrique. Une large incision fut pratiquée au niveau du bord externe du carré des lombes et il s'écoula aussitôt un flot de pus de bonne nature, sans odeur spéciale, sans caillots de sang.

Le doigt plongé dans la profondeur de la plaie permit de constater que le siège de l'abcès était bien dans le tissu cellulo-graisseux qui enveloppe le rein. A partir du jour de l'opération, la fièvre céda, puis disparut ainsi que la douleur. Il n'y eut plus de retour des frissons; l'appétit revint de jour en jour et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri, bien qu'il ait eu pendant plusieurs semaines une diarrhée qu'on eut grand'peine à combattre. Il n'y avait de lésion ni rénale ni vésicale. L'abcès n'était donc très-probablement que la conséquence d'une irritation qui de la vessie avait retenti sympathiquement sur le tissu cellulo-graisseux périnéphrique.

Enfin, messieurs, je veux emprunter au traité de Chopart une observation qui me paraît très-intéressante, parce qu'elle prouve une fois de plus le rôle de la douleur dans la production des abcès qui se font autour du rein: « J'ai vu un homme, dit Chopart (1), à qui on avait amputé le testicule gauche » carcinomateux. Le malade n'éprouva aucun accident jusqu'au trente-deuxième jour de l'opération, qu'il eut un frisson considérable, et se plaignit, pour la première fois, de chaleur et d'élancements dans les reins. La plaie, dont la cicatrice s'achevait, devint pâle et sèche, la fièvre continue; le lendemain, le ventre fut tendu; le malade eut des nausées, fut très-agité la nuit et mourut le surlendemain. J'assistai à l'ouverture de son corps. Il y avait un abcès dans le tissu adipeux du rein gauche, le pus était séreux et fétide, le tissu cellulaire des vaisseaux spermatisques était infiltré de la même matière; il parut aussi deux petits foyers de suppuration dans le bassin du même côté. Comme on avait compris tout le cordon spermatisque dans l'anse de la ligature pour arrêter l'hémorrhagie, au lieu de lier seulement l'artère spermatisque, on pensa que cette ligature pouvait avoir donné lieu à cette suppuration, par l'irritation qu'elle avait causée dans le tissu cellulaire du bassin et des lombes de ce côté, et dont le malade avait donné des signes au moment où la ligature fut serrée, en se plaignant d'une douleur aiguë vers le rein gauche, laquelle a subsisté plusieurs heures. Toutes les autres parties du corps étaient saines. »

Il serait assurément bien difficile de trouver dans les annales de la science une observation où le rôle de la douleur fût plus nettement accusé. Et l'on ne peut croire ici ni à une phlébite ni à une infection purulente, car d'une part, ce qui se trouvait sur le trajet du cordon n'était point dans les veines, et, d'autre part, il n'y avait en aucun point d'abcès métastatique. Dans ce cas la douleur nous paraît avoir déterminé une irritation sur le trajet du cordon et retenti, si je puis ainsi dire, sur le tissu cellulaire du rein, de même que nous voyons souvent l'irritation uréthrale dans les observations de gonorrhée retentir sur les articulations et donner lieu à l'arthrite blennorrhagique. Il faut bien reconnaître alors qu'il existe une irritation spéciale qui, dans la blennorrhagie, pourra faire l'arthrite blennorrhagique; de même qu'on peut admettre que

(1) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, Paris, 1821.

l'irritation de la vessie, du cordon spermatisque, pourra se porter sympathiquement sur le tissu cellulo-graisseux périnéphrique.

Je dois maintenant vous dire qu'il est des cas où la périnéphrite ne peut même être rapportée à aucune des causes que nous venons d'étudier. Ainsi, chez notre malade du n° 2 de la salle Saint-Bernard il nous a été impossible de reconnaître la cause de la périnéphrite; il en était ainsi d'un malade près duquel M. le docteur Cavasse m'appela en consultation dans le mois d'octobre 1861, et dont voici l'observation résumée: M. X... est âgé de trente-cinq ans et a conservé une certaine faiblesse générale, à la suite d'une fièvre typhoïde grave; cependant il se livre activement à sa profession. Ce fut au retour d'une partie de chasse où la marche avait été poussée jusqu'à la fatigue, que M. X... se plaignit pour la première fois de douleurs dans la région lombaire gauche. On pensa qu'il n'existait là qu'un lumbago, et l'on en trouva la raison dans la fatigue éprouvée et dans l'humidité du temps. La douleur se produisait chaque fois que le malade voulait fléchir son corps en avant. Il n'y avait point de fièvre, point de frissons et l'appétit était conservé; M. X... continuait à vaquer à ses occupations ordinaires. Cependant la douleur persistait, et huit jours après sa première visite, lorsque le docteur Cavasse examina de nouveau la région douloureuse, il constata, non sans étonnement, la présence d'une tumeur dans la région lombaire gauche. Là, en effet, on remarquait, une légère rougeur de la peau avec empâtement du tissu cellulaire; les doigts, en cherchant à limiter la tumeur, reconnaissaient qu'il y avait de la dureté dans une étendue de 7 à 8 centimètres; la tumeur pouvait avoir le volume d'un œuf et faisait saillie au-dessous de la peau; elle était distante de 5 à 6 centimètres de la colonne vertébrale. Quinze jours plus tard, la tumeur devint plus saillante et l'empâtement augmenta ainsi que la rougeur; le malade éprouvait des élancements; et la palpation permit de reconnaître une fluctuation obscure et profonde. — Notez, messieurs, qu'il n'y avait point encore eu de fièvre et que l'appétit était conservé. Ce fut alors que M. le docteur Cavasse demanda mon conseil; je constatai tous les signes d'un phlegmon profond de la région lombaire. L'âge du malade, son état de santé habituel, l'absence de toute lésion dans le tissu osseux des côtes, de la colonne vertébrale et du bassin, ne permettaient guère de penser à un abcès froid par congestion. De plus, la douleur de la région, la rougeur de la peau, l'empâtement du tissu cellulaire, tout dénotait l'existence d'une inflammation aiguë, et si la fluctuation n'avait pas été plus rapidement appréciable, c'est que l'abcès était profondément situé. Quels étaient le siège primitif et la cause de cette inflammation? Il n'y avait point eu de douleur intra-abdominale, jamais de coliques néphrétiques, les urines ne présentaient point de modification notable; le rein ne pouvait donc être mis en cause; d'une autre part, le malade n'avait point reçu de coup dans cette région, il était donc bien difficile de déterminer la cause de cet abcès; mais la douleur du début, sa persistance dans la région lombaire, la tuméfaction et la chaleur de cette région indiquaient assez que le mal y avait eu son

point de départ ; et, si le rein était mis hors de cause, ainsi que tout traumatisme direct, on n'en devait pas moins supposer que le tissu cellulo-adipeux périnéphrique était le siège de la suppuration, et que l'on avait affaire à une périnéphrite primitive. Tel fut mon avis lorsque je vis le malade pour la première fois avec M. le docteur Cavasse ; toutefois j'engageai mon honorable confrère à différer l'ouverture de l'abcès jusqu'au jour où la suppuration serait plus superficielle. Dans les premiers jours de novembre, c'est-à-dire cinq à six semaines après le début de l'affection, M. Cavasse ouvrit l'abcès. Il s'écoula un verre de pus non fétide, mêlé de sang. Les parois du foyer étaient dures, la cavité du foyer présentait des anfractuosités nombreuses. L'ouverture de l'abcès fut maintenue béante avec une mèche de charpie, le pus s'en écoula facilement ; des injections de teinture d'iode furent pratiquées pour modifier les parois du foyer, et ce ne fut que vers le milieu de janvier 1862 que la guérison fut complète.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre ; d'abord parce qu'elle établit l'existence d'une périnéphrite primitive sans autre cause appréciable qu'une marche forcée par un temps humide, puis parce qu'elle nous apprend qu'un phlegmon profond périnéphrique peut se développer lentement sans déterminer les symptômes généraux que l'on observe ordinairement en pareille circonstance.

Les phlegmons périnéphriques peuvent encore reconnaître d'autres causes.

Je vous ai dit, messieurs, dans une précédente conférence, combien il était fréquent de voir la pleurésie ou l'hépatite après les coliques hépatiques violentes, et je vous ai dit combien communes étaient les adhérences celluleuses qui unissent le foie au diaphragme chez les personnes qui avaient eu naguère de violentes coliques hépatiques. Dans les cas où je vous ai fait voir que la pleurésie du côté droit succédait à ces coliques, j'interprétais ce phénomène en vous disant que l'inflammation du péritoine se communiquait au diaphragme et du tissu du diaphragme à la plèvre. D'un autre côté, je vous rappelais une disposition anatomique fort ordinaire, je veux parler de l'écartement des fibres musculaires du diaphragme, écartement qui met en contact le péritoine et la plèvre diaphragmatiques, lesquels sont accolés l'un à l'autre, séparés seulement par une couche très-mince de tissu cellulaire. On conçoit alors avec quelle facilité une phlegmasie du péritoine peut se propager à la plèvre.

Vous allez comprendre maintenant comment l'inflammation de la vésicule biliaire, si ordinaire dans la colique hépatique, peut retentir jusque sur le péritoine qui recouvre le rein droit, et comment cette phlegmasie peut être le point de départ d'un abcès périnéphrique.

La perforation de la vésicule par un calcul, qui le plus souvent produit une péritonite générale, rapidement mortelle, peut, comme dans un cas que je vous ai rapporté et qu'il nous a été donné d'observer dans notre salle Saint-Bernard, déterminer des adhérences entre la vésicule et les parties environnantes, et alors le calcul s'échappant de son réservoir tombe dans un tissu cellulaire

accidentel qui le supportera patiemment jusqu'à ce que ce contact anormal éveille des phénomènes inflammatoires dans le tissu cellulaire périnéphrique. C'est probablement un cas de ce genre que j'ai pu observer dans la clientèle de mon collègue M. le docteur Millard. Nous voyions ensemble une vieille dame atteinte de coliques hépatiques. A la suite d'une colique plus violente et plus longue que les autres, elle eut tous les symptômes d'une hépatite aiguë, avec phlegmasie de la vésicule. La douleur de la région sous-hépatique était extrêmement vive ; il y avait de la fièvre et des troubles généraux graves, quand tout à coup la douleur s'étendit à la région du rein droit ; il survint une tumeur considérable, des frissons, et bientôt apparurent les signes les plus évidents d'un phlegmon périnéphrique. L'abcès fut ouvert à l'aide d'une double ponction par M. le docteur Trélat et les accidents diminuèrent rapidement.

Nous supposâmes qu'une inflammation de la vésicule biliaire avait permis l'établissement d'adhérences entre le péritoine cholécystique et celui qui recouvre les intestins et qui s'étend au-dessus du rein ; qu'un calcul s'était échappé dans ce tissu cellulaire adventice, et que l'inflammation s'était propagée au tissu périnéphrique. Ce n'était là sans doute qu'une hypothèse ; mais ce qui n'en était pas une, c'est que la colique hépatique et l'inflammation consécutive de la vésicule et du péritoine avaient été l'occasion du développement d'un phlegmon du tissu cellulaire qui enveloppe le rein.

Les symptômes des abcès périnéphriques diffèrent suivant qu'ils succèdent à une maladie du rein ou qu'ils surviennent sous l'influence d'une autre cause. Dans le premier cas, les symptômes de la périnéphrite auront été précédés des douleurs spéciales de la colique néphrétique ; il y aura eu néphrite calculeuse, et quelquefois on aura constaté dans les urines la présence de graviers, de calculs. Dans certains cas il y aura eu hématurie, et si l'inflammation a envahi les calices et le bassin, l'urine pourra laisser déposer une plus ou moins grande quantité de pus. S'il survient alors de la douleur avec tuméfaction, rougeur et empatement de la région lombaire, il sera tout naturel de rapporter le travail inflammatoire périnéphrique à la lésion du rein.

Mais le plus souvent il n'en est point ainsi, et la périnéphrite est indépendante de toute lésion rénale. Dans ces cas, c'est tout à coup, et à la suite de causes très-variables, que le malade accuse une douleur profonde, diffuse, aiguë ou sourde dans la région lombaire. Cette douleur spontanée, avec élancements quelquefois, est toujours augmentée par la pression et surtout lorsqu'on cherche à comprendre la région douloureuse entre les deux mains. La douleur peut quelquefois disparaître pour un temps variable, quelques semaines, quelques mois, et attendre une nouvelle cause déterminante pour se montrer de nouveau. Ordinairement cependant il n'en est point ainsi, la souffrance est persistante et augmente jusqu'au jour où le pus est évacué. Cette douleur est toujours un symptôme d'une grande importance, parce que pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, elle est le seul phénomène local ; déjà, toutefois, des troubles généraux démontrent que la souffrance a une raison organique, les malades ont de la fièvre continue avec paroxysme et

frisson dans la soirée. Chaque jour le malade est pris d'un frisson suivi de chaleur et de sueur. Bientôt les malades perdent l'appétit, maigrissent rapidement, ils ont parfois des vomissements au début du paroxysme fébrile et presque toujours il existe une constipation opiniâtre.

Pendant un temps variable, de huit à quinze jours, les malades n'offrent donc, comme symptômes, que la douleur locale, la faiblesse générale et la fièvre avec paroxysme quotidien. Puis, se manifestent d'autres signes locaux de la phlegmasie profonde; la région, de plus en plus douloureuse à la pression, devient le siège d'un empâtement plus ou moins étendu; en même temps, l'échancrure costo-iliaque s'efface et le malade étant dans le décubitus dorsal, si le médecin plonge sa main sous la région lombaire, il perçoit par le toucher comme bientôt par la vue une saillie plus ou moins marquée; et si en même temps il place l'autre main sur la région antérieure correspondante, il constate entre ses deux mains une tumeur profonde se continuant avec le tissu cellulaire sous-cutané. Cette tumeur est immobile lorsque l'on commande au malade de grands mouvements de respiration, et l'on acquiert alors la certitude qu'elle est indépendante du foie, qui s'abaisse et s'élève à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration. L'empâtement de la région lombaire est accompagné souvent d'œdème et cet œdème peut s'étendre à la région dorsale et à la région fessière; en même temps il y a quelquefois un peu de rougeur de la peau. Cette rougeur est érysipélateuse dans les cas où la phlegmasie s'étend au tissu cellulaire de la région. A partir du moment où ces signes locaux de l'inflammation existent, on peut constater une fluctuation assez nette; cependant cette fluctuation est presque toujours profonde, et il faut une grande habitude pour bien la reconnaître; quelquefois même elle ne peut être que soupçonnée par le fait complexe de l'œdème, de l'empâtement de la région et des symptômes généraux. En effet, à partir du moment où le pus se forme, il y a recrudescence de la fièvre; le pouls prend une certaine ampleur, il devient plus dur, plus résistant et le malade accuse des frissons multiples. Dans ces circonstances, l'indication d'intervenir est très-nette, il ne faut pas hésiter à donner issue au pus; si l'on tarde à pratiquer une ouverture, le pus pourra fuser dans la fosse iliaque et jusque dans l'articulation coxo-fémorale, en compromettant l'existence du malade.

S'il est vrai que le travail inflammatoire périnéphrique a quelquefois pour résultat l'enkystement partiel du foyer purulent, c'est-à-dire que le phlegmon reste limité à la couche adipeuse périnéphrique, et n'a d'autre tendance que de se porter au dehors vers la région lombaire, d'autres fois le travail inflammatoire gagne le tissu cellulaire des régions voisines et peut envahir le tissu cellulaire sous-diaphragmatique, quelquefois même il franchit cette barrière pour se porter vers la plèvre ou vers le poumon; et y détermine les signes de la pleurésie et de la pneumonie. Tels sont les modes de terminaison ou les complications qui peuvent résulter d'une trop longue abstention chirurgicale. C'est ce qu'ont pu observer MM. Demarquay, Cusco, Cazalis et Bernutz. Quelquefois même le pus pénètre jusque dans les bronches; ainsi vous pourrez

lire, dans l'ouvrage de M. Rayer (1), une observation de vomique qui n'avait d'autre origine qu'un vaste abcès périnéphrique.

Plus souvent le travail inflammatoire envahit la fosse iliaque, alors les malades accusent de la douleur en cette région; et si l'on ne donne point issue au pus, on voit bientôt la tumeur faire saillie au-dessus du ligament de Poupert, ou passer au-dessous de ce ligament pour se montrer à la base du triangle de Scarpa. Dans ce dernier cas, le pus a suivi la gaine des vaisseaux iliaques et fémoraux; d'autres fois le muscle psoas-iliaque sert de guide au pus, qui se porte vers le petit trochanter, et peut, comme nous l'avons vu, envahir l'articulation coxo-fémorale.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que le tissu cellulaire du petit bassin pouvait être envahi par le travail phlegmasique qui avait eu son point de départ dans la région du rein. Chez une de nos malades de la salle Sainte-Agnès, vous avez constaté que le pus de la région rénale, après avoir fusé dans la cavité pelvienne, s'était vidé dans la vessie et dans le vagin. Cette même malade avait présenté un abcès périnéphrique double, celui du côté droit s'était terminé par résolution. Dans les cas où le pus a fusé au loin, il détermine des dégâts si considérables, et donne lieu à des suppurations de si longue durée, que presque toujours la mort est la terminaison de ces abcès pérégrinateurs. Il est donc indiqué d'ouvrir les abcès périnéphriques aussitôt que les signes locaux et les symptômes généraux ne vous permettent plus de douter de leur existence. Nous avons vu, messieurs, que l'issue du pus par le vagin ou par la vessie pouvait être un mode heureux de terminaison, mais il n'en est pas toujours ainsi, et lors même que l'ouverture spontanée se fait par le côlon, la terminaison peut être funeste, ainsi que le démontre l'autopsie de la malade du service de M. le professeur Cruveilhier, dont l'observation a été rapportée par M. le docteur Parmentier.

Je ne connais qu'un fait probable d'ouverture spontanée d'abcès périnéphrique dans le péritoine, peut-être en est-il de rares exemples dans les annales de la science; et de cette rareté il vous sera facile de vous rendre compte, si vous voulez vous rappeler les rapports de l'enveloppe adipeuse du rein avec les organes voisins et avec le péritoine. Le foyer périnéphrique a le plus souvent son siège en arrière du rein; il est dans ces cas séparé du péritoine par le rein lui-même; d'une autre part, le côlon est en rapport avec la face antérieure du rein, et augmente aussi la distance qui existe entre le tissu cellulaire enflammé et le péritoine; enfin si l'inflammation a de la tendance à se rapprocher du péritoine, elle détermine une péritonite et celle-ci a pour conséquence le dépôt de pseudo-membranes qui augmentent l'épaisseur de la membrane séreuse. Les autopsies démontrent que le pus, dans ces circonstances, fuse au-dessous de la séreuse et ne la perce point.

Permettez-moi quelques remarques encore sur la marche des abcès périnéphriques et je vous parlerai ensuite du diagnostic différentiel de ces abcès. Le plus souvent, avons-nous vu, le foyer purulent se porte vers la région lom-

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*.