

marqué par des phénomènes généraux et locaux très-graves (frisson, fièvre vive, vomissements, douleur généralisée), qui simulent la péritonite aiguë.

Les caractères de la tuméfaction permettront parfois de reconnaître le siège au-dessous des muscles. Cette tuméfaction est très-profonde, mal circonscrite, peu saillante, décrite dans quelques observations comme une sorte de plaque indurée occupant l'épaisseur des parois abdominales. Il est parfois possible de constater que les muscles sont contractés au-devant de la tumeur, ce qui contribue à gêner son exploration et permet de soupçonner sa situation sous-musculaire.

La forme de cette tuméfaction est variable selon le siège qu'elle occupe. Elle présente seulement des caractères particuliers dans les régions *ombilicale* et *sous-ombilicale*.

A l'ombilic, la tuméfaction entoure la cicatrice dans une zone plus ou moins considérable, mais qui s'étend davantage vers la partie inférieure de l'abdomen.

Le *phlegmon sous-ombilical*, décrit par Heurtaux (fig. 114), représente une tumeur demi-elliptique dont la base, dirigée en haut, est représentée par une ligne horizontale qui

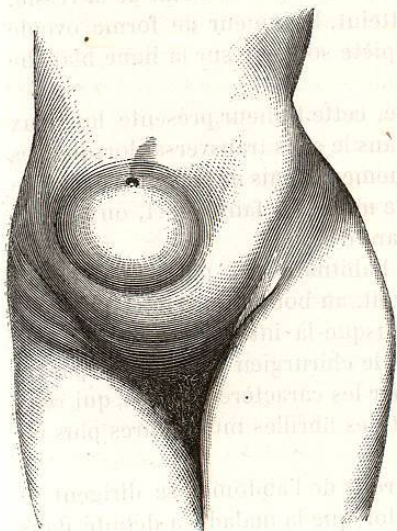


FIG. 114. — Phlegmon sous-ombilical (Heurtaux).

affleure l'ombilic, et dont le sommet, à convexité inférieure, reste distant de quelques centimètres de la symphyse pubienne.

Le *phlegmon de la loge de Retzius*, situé sur la ligne médiane, a sa base dirigée en bas et s'enfonçant derrière le pubis, son sommet tourné en haut vers l'ombilic, qu'il atteint quelquefois, mais dont il reste souvent éloigné de quelques centimètres. On voit que cette dernière variété revêt assez exactement la même apparence que nous avons signalée dans le *phlegmon des muscles droits*. Toutefois, la tumeur du *phlegmon prépéritonéal* est beaucoup moins exactement circonscrite que celle qui

est contenue dans la gaine des muscles droits : aussi, tout en simulant parfois assez exactement, par sa forme et sa situation médiane au-dessus du pubis, la vessie distendue par l'urine, le phlegmon sous-péritonéal de la région sous-ombilicale gagne davantage les parties latérales, et tend à envahir tantôt d'un seul côté, tantôt des deux côtés à la fois, les régions iliaques.

Lorsque la suppuration se produit et que le pus tend à se diriger vers

les téguments, les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau sont envahis à leur tour, et il devient plus difficile de déterminer le point de départ de la maladie. Cependant les abcès ayant leur origine et leur siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal présentent encore quelques caractères spéciaux, indépendamment de toute considération de siège.

Outre la fluctuation, il est parfois possible d'y reconnaître par la palpation et la percussion une sorte de gargouillement, de bruit hydro-aérique, dû à la présence de gaz dans leur intérieur. Au moment où ils sont ouverts, l'issue de ces gaz à l'extérieur, la fétidité toute spéciale du pus qui rappelle l'odeur stercorale, sa coloration qui est rougeâtre, d'un brun noirâtre, permettront encore de soupçonner le siège de l'abcès.

Enfin on doit aussi noter que l'ouverture des abcès sous-péritonéaux donne parfois issue à une quantité de pus énorme et tout à fait disproportionnée avec le volume apparent de la tuméfaction. Cette particularité a même fait admettre tout à fait à tort que ces abcès provenaient de la cavité même du péritoine.

La terminaison par résolution et par induration des phlegmons sous-péritonéaux est très-rare. Le plus souvent, la maladie aboutit à la suppuration, et contrairement à ce que l'on était en droit de supposer d'après la situation de l'abcès, le pus, au lieu de s'ouvrir une voie du côté du péritoine, s'avance généralement vers les muscles et les téguments, qu'il finit par perforer dans le point le moins résistant.

Le lieu d'ouverture des abcès sous-péritonéaux à l'extérieur ne présente rien de fixe lorsqu'ils occupent les parties sus-ombilicales l'abdomen ; mais la plupart des abcès ombilicaux ou sous-ombilicaux viennent s'ouvrir à la partie inférieure de la cicatrice ombilicale. Cette sorte de lieu d'élection peut trouver sa raison dans la disposition anatomique de la région. Il semble, en effet, que le pus, après avoir décollé le péritoine, suive les cordons fibreux représentant l'ouraque et les artères ombilicales, et que, arrêté au niveau de la cicatrice ombilicale par l'adhérence plus grande du péritoine, il écarte la ligne blanche plus faible immédiatement au-dessous de l'ombilic, par suite de l'écartement des bords internes des muscles droits. Cette explication proposée par Vaussy nous paraît très-acceptable.

Quoique l'ouverture du côté de la peau soit la terminaison habituelle des abcès sous-péritonéaux, ce qui tient sans doute à la pression exercée par les viscères abdominaux, cependant on a vu quelquefois ces abcès se faire jour à travers le péritoine, en déterminant une péritonite mortelle. Nous avons cité un fait emprunté à Wenzel Gruber, où cette complication est survenue ; d'autres observations analogues ont été publiées par C. Paul (1), par Castaneda. Dans d'autres cas, l'ouverture s'est faite

(1) *Société anatomique*, 1862, 2^{me} série, t. VII, p. 318.

dans l'intestin, dans la vessie, dans le vagin, mais le plus souvent alors le pus avait envahi les fosses iliaques ou même le petit bassin; aussi nous bornerons-nous à signaler ce mode de terminaison dont l'étude appartient à l'histoire des abcès iliaques et pelviens.

Enfin les abcès sous-péritonéaux peuvent, ainsi que nous l'avons dit, devenir diffus, se propager aux fosses iliaques, aux régions lombaires, à la cavité pelvienne, décollant ainsi le péritoine dans une très-grande étendue. C'est dans ces conditions que l'on a vu le pus fuser en haut jusque dans la poitrine, ainsi que j'en ai observé un cas, et descendre en bas dans le scrotum et dans les membres inférieurs, en passant à travers les ouvertures du canal inguinal et du canal crural.

DIAGNOSTIC. — Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic différentiel des diverses variétés de phlegmon profond des parois abdominales.

Toute question de siège mise à part, il est quelquefois difficile de reconnaître, au début, le phlegmon profond, que l'on a confondu souvent avec la péritonite. Cette erreur a été commise par Bricheateau et par Marjolin (1). Cependant la douleur du phlegmon est moins généralisée que celle de la péritonite et présente en un point limité un maximum d'intensité d'où partent des irradiations pénibles, souvent provoquées par les attouchements ou les efforts. Les vomissements sont également moins fréquents, moins opiniâtres dans le phlegmon; la constipation est moins difficile à vaincre. Enfin, tandis que, dans le phlegmon, les parois abdominales sont rigides; dans la péritonite, le ventre est ballonné et les anses intestinales distendues par les gaz se dessinent à travers la paroi.

D'un autre côté, les symptômes généraux, tels que la fièvre, la petitesse du pouls, la prostration des forces, l'altération profonde de la face sont en général plus accusés et plus intenses dans la péritonite que dans le phlegmon profond, même étendu.

L'entérite, qui pourrait, de même que la péritonite, simuler un phlegmon profond de la paroi abdominale antérieure, s'en distinguera plus aisément encore par les douleurs plus profondes, moins susceptibles d'être exagérées par la pression, par le ballonnement du ventre, par l'intensité des phénomènes généraux et en particulier par la nature des évacuations qui succèdent bientôt à la constipation du début et qui se rapprochent du flux dysentérique.

Lorsque la tuméfaction due au phlegmon profond est devenue perceptible, on pourrait encore hésiter sur la nature de cette tumeur. Nous avons signalé l'erreur qui consiste à prendre un phlegmon profond sous-ombilical pour la vessie distendue par l'urine, erreur que le cathétérisme suffit à dissiper.

Quant au diagnostic différentiel du phlegmon profond avec les diverses tumeurs intra-abdominales, les commémoratifs, l'absence de phéno-

(1) *Archives gén. de méd.*, 9^{me} série, t. VI, p. 435.

mènes inflammatoires permettront d'écarter toute erreur. Il est bon de rappeler à ce sujet que le phlegmon sous-péritonéal coïncide parfois avec une tumeur de l'abdomen (cancer de l'épiploon, kyste de l'ovaire, etc.), et dans ces cas c'est dans l'étude des antécédents, de la marche de la maladie, que l'on pourra puiser les éléments d'un diagnostic complet. Cependant ce diagnostic sera souvent d'une extrême difficulté, lorsqu'il s'agira de distinguer le phlegmon sous-péritonéal d'une péritonite purulente enkystée; et il est vraisemblable, d'après l'analyse des observations, qu'un très-grand nombre de faits considérés comme des exemples de péritonites ouvertes à l'ombilic se rapportent en réalité à des phlegmons sous-péritonéaux. Cette opinion exprimée par Vaussy se trouve confirmée par la lecture attentive des observations rapportées dans la thèse de Féréol (1). Il en est probablement aussi de même des deux faits publiés par Baizeau (2).

D'ailleurs, l'erreur serait à peu près impossible à éviter si, comme dans un fait observé par Féréol, il existait concurremment avec un vaste phlegmon sous-péritonéal une péritonite généralisée.

Lorsqu'on est parvenu à reconnaître l'existence d'un phlegmon profond des parois abdominales antérieures, il importe de rechercher avec soin si ce phlegmon a pris naissance dans la région même ou s'il ne résulte pas de l'extension d'une phlegmasie née ailleurs. L'examen des organes thoraciques, abdominaux et surtout pelviens, l'exploration des fosses iliaques et lombaires, de la cavité du bassin, compléteront à cet égard le diagnostic.

PRONOSTIC. — Malgré l'intensité des phénomènes locaux et généraux qui accompagnent le phlegmon profond de la paroi abdominale antérieure, la mort est une terminaison rare de la maladie. Le pronostic en est cependant toujours grave, en raison de la possibilité de certaines complications, telles que la diffusion de la suppuration, l'ouverture dans le péritoine ou dans un viscère de l'abdomen ou du bassin.

TRAITEMENT. — Au début du phlegmon profond, le traitement antiphlogistique doit être mis en usage, à moins de contre-indication dépendant de l'état général du sujet. On prescrira donc les sangsues, les onctions mercurielles belladonnées, les cataplasmes, le repos absolu. La constipation sera combattue par les purgatifs. L'administration du calomel sera particulièrement indiquée.

Lorsque la tuméfaction existe, on peut insister sur l'emploi des mêmes moyens, dans le but d'en amener la résolution; mais on obtiendra parfois de meilleurs effets de l'application de larges vésicatoires volants que l'on renouvellera si la suppuration ne survient pas.

(1) *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites*, thèse de Paris, 1859.

(2) *De la rupture spontanée de l'ombilic à la suite de la péritonite purulente* (*Archives gén. de méd.*, février, 1875).

Dans le cas contraire, dès que la fluctuation est manifeste, il faut sans tarder donner au pus une issue facile en pratiquant couche par couche une incision peu étendue, mais placée autant que possible dans une situation décelive.

Plus tard, les lavages de la cavité purulente avec des liquides antiseptiques, la compression, parfois l'établissement d'une contre-ouverture et le drainage, aidés d'un traitement tonique et réparateur, permettront d'obtenir la guérison définitive de l'abcès.

2° Phlegmons et abcès de la paroi abdominale postérieure.

La région postérieure des parois de l'abdomen ou *région lombaire* est limitée en haut par les insertions du diaphragme, en bas par la crête de l'os des iles. Mais cette ligne de démarcation inférieure est tout artificielle, et la région lombaire se continue directement en bas avec la région de la fosse iliaque interne, en sorte que les inflammations se propagent librement de l'une à l'autre. Il est donc à peu près impossible de séparer l'étude des phlegmons et abcès de la région lombaire de celle des phlegmons et abcès de la fosse iliaque. Dans la description qui va suivre nous aurons seulement en vue, aussi bien pour la région lombaire que pour la région iliaque, les *abcès phlegmoneux* développés sur place, et nous laisserons complètement de côté les *abcès par congestion*, si fréquents aux lombes et dans la fosse iliaque, dont l'étude a été faite dans une autre partie de cet ouvrage.

A. Phlegmons et abcès de la région lombaire.

La région lombaire, qui comprend toute l'épaisseur des parties molles placées entre le péritoine en avant et la peau en arrière, est subdivisée par l'aponévrose postérieure de l'abdomen ou aponévrose du muscle transverse, qui vient s'insérer aux apophyses transverses des vertèbres lombaires, en deux couches : l'une postérieure, comprenant les muscles dorsaux, sacro-lombaires et carré des lombes, le tissu cellulaire et la peau ; l'autre antérieure, répondant à la cavité abdominale et comprenant, en dedans, le muscle psoas qui se continue avec l'iliaque, et, en dehors, une couche épaisse de tissu cellulaire placée au-dessous du péritoine et se confondant avec la capsule adipeuse du rein.

Les phlegmons et abcès développés dans la partie postérieure de la région lombaire, soit au-dessous de la peau, soit dans l'épaisseur des muscles sacro-lombaires, n'offrent aucune particularité digne d'être notée. Il n'en est pas de même des phlegmons et abcès qui occupent la partie antérieure de la région.

Ceux-ci peuvent prendre naissance, soit dans la couche celluleuse sous-péritonéale, soit dans la gaine du psoas. Dans le premier cas, on les désigne sous le nom d'*abcès lombaires*, ou plus communément d'*abcès*

périnéphrétiques. Nous décrirons les abcès développés dans la gaine du psoas sous le titre de *psœitis*.

a. Phlegmons et abcès de la fosse lombaire ou périnéphrétiques.

Ces phlegmons ont leur origine dans cette partie concave de la région lombaire, limitée en haut par les fausses côtes, le ligament cintré du diaphragme et les intersections de ce muscle avec le transverse, en bas par la crête iliaque, en dedans par le muscle psoas, en dehors par une ligne fictive, parallèle au rachis et passant à peu près par le milieu de la crête iliaque. Cette partie de la région lombaire, profondément excavée dans le sens transversal, légèrement concave dans le sens vertical, représente une sorte de fosse plus ou moins comparable à la fosse iliaque, dont le fond est constitué en dedans par le muscle carré des lombes, et en dehors par l'aponévrose du muscle transverse. De nombreuses ouvertures, donnant passage à des vaisseaux qui vont se distribuer en arrière aux muscles et à la peau, traversent cette aponévrose, plus particulièrement dans l'interstice triangulaire qui sépare le grand dorsal et le grand oblique (triangle de J.-L. Petit), et par ces ouvertures le tissu cellulaire sous-péritonéal communique avec le tissu cellulaire sous-cutané de la partie postérieure. Cette disposition, jointe à l'affaiblissement des parois abdominales postérieures en dehors du carré des lombes et au niveau du triangle de J.-L. Petit, explique comment les collections purulentes de la fosse lombaire viennent ordinairement se porter en arrière.

La fosse lombaire est comblée par une couche épaisse de tissu cellulo-adipeux, au milieu de laquelle le rein est comme enfoui ; outre ce rapport intime du rein, on doit encore noter celui des côlons, ascendant à droite et descendant à gauche, qui sont en contact avec la fosse lombaire correspondante, excepté dans le point où ils en sont séparés par le rein.

Quoique l'inflammation du tissu cellulo-adipeux de la fosse lombaire ait été signalée par divers observateurs, c'est à Rayer que l'on doit la première description de cette affection qu'il désigna sous le nom de *périnéphrite*. Cette étude ne fut reprise que beaucoup plus tard par Féron, Parmentier et Hallé, qui publièrent sur le même sujet des monographies importantes. A l'aide de ces documents et d'après quelques faits tirés de sa pratique personnelle, Trousseau a pu tracer du phlegmon périnéphrétique un tableau magistral auquel on a peu ajouté depuis.

Il convient cependant de citer encore une bonne thèse de Naudet, un travail de Bowditch (de Boston) renfermant une étude comparative de 38 cas de phlegmons périnéphrétiques bien observés ; enfin, un mémoire du docteur Corbon, dans lequel l'auteur insiste sur certaines particularités propres à la région lombaire et assigne aux abcès périnéphrétiques leur véritable siège anatomique, en proposant de les désigner sous le nom d'*abcès de la fosse lombaire*.

RAYER, *Traité des maladies des reins*, t. III, 1839. — FÉRON, *De la périnéphrite primitive*, thèse de Paris, 1860. — PARMENTIER, *Abcès périnéphrétiques* (*Union méd.* t. XV, 1862). — HALLÉ, *Du phlegmon périnéphrétique*, thèse de Paris, 1863. — TROUSSEAU, *Clinique méd.*, t. III, p. 74. — NAUDET, *Du phlegmon périnéphrétique*, thèse de Paris, 1870. — BOWDITCH, *On perinephretic abscess* (analysé dans *British and foreign med. chir. Review*, juillet, 1871). — CORBON, *Abcès de la fosse lombaire*, Paris, 1873.

ÉTIOLOGIE. — Le phlegmon périnéphrétique paraît être rare dans l'enfance, malgré les faits rapportés par Gibney (1) et qui sont loin d'être concluants. D'après les relevés statistiques de Corbon, la maladie se montrerait surtout de trente à quarante ans, et serait environ une fois plus commune chez l'homme que chez la femme.

Relativement aux causes qui ont présidé à son développement, le phlegmon périnéphrétique est *idiopathique* ou *symptomatique*. Dans le premier cas, il peut succéder à une contusion de la région lombaire et ne se montrer qu'après un temps assez long. Naudet rapporte dans sa thèse l'observation d'un malade de Gueneau de Mussy qui fut atteint de phlegmon périnéphrétique six mois après une violente contusion des reins. On l'a également observé à la suite des plaies profondes de la région lombaire, compliquées ou non de la présence de corps étrangers en l'absence même de lésion du rein. Baudens (2) rapporte à ce sujet qu'un militaire, frappé au flanc gauche d'une balle qui vint ressortir près de l'apophyse transverse de la seconde vertèbre lombaire, fut pris des accidents qui indiquent le développement d'une inflammation suppurative autour du rein. On conçoit que les plaies pénétrantes du rein et du bassin amènent plus sûrement encore le phlegmon du tissu cellulaire envahi par l'urine.

Les efforts violents, les fatigues d'une marche forcée, les secousses répétées résultant d'une longue course à cheval, ont été également notés comme causes de l'inflammation du tissu cellulaire de la région lombaire. Cependant, dans un certain nombre d'observations, il est permis de supposer que l'action de ces causes traumatiques n'a pas été unique et que l'impression du froid a exercé une influence prépondérante sur le développement de la maladie.

Le phlegmon lombaire est souvent *symptomatique* d'une affection locale ou générale.

Les maladies du rein, et principalement la néphrite et la pyélonéphrite, déterminent fréquemment l'inflammation du tissu cellulaire périrénal, soit par simple propagation, soit par suite de l'ouverture d'abcès du rein ou de la perforation du bassin, de l'uretère. On a également noté le développement de phlegmons périnéphrétiques, à titre

(1) *Abcès périnéphrétiques chez les enfants* (*Archives génér. de méd.*, août 1876).

(2) *Traité des plaies par armes à feu*, p. 361.

de complication, dans les tumeurs du rein (cancer, hydatides, etc.). C'est probablement à une inflammation légère ou du moins à une congestion du rein que l'on doit rattacher quelques cas de phlegmons périnéphrétiques survenus à la suite d'opérations pratiquées sur l'urètre et la vessie, telles que la lithotritie, le cathétérisme. Cette explication nous semble préférable à celle donnée par Trousseau, qui attribuait ces phlegmons à la douleur et expliquait leur développement par une sorte d'action réflexe. Cependant il est difficile d'interpréter autrement un fait rapporté par Chopart (1), si toutefois le diagnostic était exact. Il s'agit d'un homme qui fut pris, trente-deux jours après l'ablation d'un testicule cancéreux, des symptômes d'un abcès périnéphrétique du côté correspondant. Le cordon avait été lié en masse.

Les rapports immédiats des côlons ascendant et descendant avec les fosses lombaires droite et gauche expliquent l'influence des maladies de cette portion du tube digestif sur le développement des abcès lombaires. Corbon, sans rapporter d'observations à l'appui, pense que ceux-ci succèdent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense à l'inflammation et à l'engouement du côlon, de même que les abcès de la fosse iliaque droite reconnaissent pour fréquente origine l'inflammation du cæcum (*typhlite* et *pérityphlite*). Mais, le plus généralement, c'est à la perforation du côlon, soit spontanée, soit produite par des corps étrangers, que sont dus les abcès lombaires ressortissant à cet ordre de causes et qui revêtent alors les caractères d'*abcès stercoraux*, comme ceux qui succèdent à la rupture du bassin et de l'uretère constituent des *abcès urinaires*.

Outre les maladies du rein et du côlon, on doit encore noter au nombre des causes du phlegmon périnéphrétique symptomatique les affections inflammatoires du foie. Trousseau rapporte dans sa *Clinique* qu'une vieille dame, sujette à des coliques hépatiques, eut un abcès de la fosse lombaire droite à la suite d'une colique plus violente que les autres et qui avait déterminé tous les symptômes d'une hépatite. Il est vraisemblable qu'il s'agissait dans ce cas d'une inflammation propagée.

Enfin le phlegmon périnéphrétique peut s'observer à titre de complication dans le cours d'une maladie générale grave, telle que la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La multiplicité des causes qui peuvent donner naissance au phlegmon périnéphrétique explique la variété des lésions que l'on constate après la mort. Nous avons insisté sur le siège exact occupé par la collection purulente, en décrivant les limites de la fosse lombaire; mais il est rare que l'inflammation reste circonscrite à la région même, elle peut s'étendre en haut jusque sous le péritoine diaphragmatique et se communiquer à la plèvre, plus souvent elle se

(1) *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 33.

propage vers la partie inférieure, du côté de la fosse iliaque interne; enfin, j'ai montré par suite de quelle disposition anatomique le pus se frayait le plus généralement un chemin vers la partie postérieure et apparaissait sous la peau des lombes.

La cavité de ces abcès présente parfois une disposition importante à connaître : elle est formée de deux poches, l'une sous-cutanée, l'autre profonde, sous-péritonéale, communiquant ensemble par une ouverture plus ou moins large. Cette variété d'abcès périnéphrétique *en bissac* ou *en bouton de chemise* a été observée par Cusco, Hergott. Naudet en a rapporté un bel exemple dans sa thèse; l'ouverture de communication entre les deux foyers siégeait au niveau du triangle de J.-L. Petit.

Les parois des abcès périnéphrétiques sont le plus souvent anfractueuses, irrégulières, formées par le tissu cellulaire induré, par les muscles infiltrés, ramollis, par le péritoine souvent épaissi. Les organes le plus immédiatement en rapport avec le foyer purulent (tels que le foie, le rein, le côlon, la rate) sont tantôt sains, tantôt altérés, suivant que l'abcès lombaire est primitif, idiopathique, ou secondaire et symptomatique d'une affection de ces organes.

De même le contenu de l'abcès périnéphrétique varie selon la nature de la cause; constitué par du pus phlegmoneux, souvent mélangé de caillots sanguins, dans les abcès idiopathiques, dans ceux qui succèdent à une inflammation de voisinage ou qui se montrent dans le cours d'une maladie générale, il présente des caractères spéciaux lorsque le phlegmon lombaire est consécutif à la perforation de l'uretère, du côlon. On trouve en effet de l'urine, des matières fécales mélangées à un pus fétide, sanieux, renfermant des gaz: c'est dans ces conditions que l'on a rencontré, dans la cavité de l'abcès, des calculs urinaires, des corps étrangers venus de l'intestin, des hydatides, des helminthes considérés par les uns comme des ascarides, par d'autres comme des strongles rénaux.

Quoique le pus des abcès périnéphrétiques vienne le plus habituellement se faire jour en arrière du côté de la peau, il peut arriver qu'il suive un trajet différent. L'abcès s'ouvre rarement du côté de la cavité péritonéale. Dans le cas souvent cité de Gardien (1), le péritoine offrait une ouverture irrégulière, large comme un écu de trois livres, et contenait trois pintes de pus phlegmoneux.

La diffusion du pus vers les parties inférieures est plus commune; dans ces cas l'abcès peut fuser dans la fosse iliaque, dans le petit bassin, et se montrer à l'extérieur en des points tout à fait insolites. Chez un malade de Chassaignac (2) qui mourut avec un commencement de sphacèle du scrotum, on trouva autour du rein droit une énorme col-

(1) *Journ. clinique des hôpitaux de Lyon*, t. II, p. 435.

(2) *Traité de la suppuration et du drainage*, t. II.

lection purulente qui s'était portée dans toutes les directions et qui, après avoir cheminé vers le bassin, s'était fait jour à travers le trou sous-pubien dans la fesse droite, le périnée et le scrotum. Dans un fait rapporté par Féron, l'abcès proéminait dans le cul-de-sac postérieur du vagin; Parmentier cite un cas d'ouverture de la collection purulente dans l'urètre à travers une perforation de la prostate.

L'évacuation du pus par le côlon n'est pas très-rare. Parmentier rapporte le fait intéressant d'un abcès périnéphrétique, consécutif à la perforation du rein par un calcul, et qui s'ouvrit dans le côlon par ulcération secondaire de ce dernier. Enfin, on a noté parfois l'ouverture de la collection purulente dans la cavité thoracique. Rayer, Ducasse (1), Cantegril (2) ont rapporté des observations dans lesquelles le pus a été évacué par les bronches; Naudet et Corbon citent deux faits où il y eut irruption dans la cavité de la plèvre.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le phlegmon périnéphrétique débute parfois avec une violence extrême et s'accompagne alors de tous les symptômes habituels d'une phlegmasie aiguë franche; dans d'autres circonstances son début est d'abord insidieux, sa marche lente, ses symptômes obscurs, puis au bout d'un temps variable, les phénomènes inflammatoires s'accroissent de plus en plus pour revêtir les caractères d'un véritable abcès phlegmoneux; enfin, dans quelques cas rares, la maladie conserve pendant toute sa durée les apparences de la chronicité, et l'on a pu croire à l'existence d'un abcès par congestion. Corbon cite trois observations, dont une lui est personnelle, et dans lesquelles l'erreur était bien difficile à éviter.

Quel que soit le mode de début, la douleur est un des premiers symptômes du phlegmon lombaire. D'abord sourde, profonde, mal limitée, elle persiste à cet état un temps variable, puis acquiert une intensité plus grande, quelquefois excessive, et se localise dans un côté des lombes. Cette douleur, qui augmente par la pression, par les efforts et par les moindres mouvements du tronc, irradie souvent du côté de l'aîne et de la cuisse correspondante, et parfois, dans le but de l'atténuer, les malades fléchissent la cuisse sur le bassin et la maintiennent dans cette situation. Corbon cite un cas de ce genre dans lequel on aurait pu croire à une psôitite.

Au bout d'un temps variable, on voit apparaître à la région lombaire, en dehors de la masse commune des muscles spinaux, une tuméfaction profonde qui efface peu à peu l'échancrure ilio-costale et qui s'accompagne d'un empatement de toute la région. En palpant la paroi abdominale antérieure, on perçoit quelquefois une induration profonde, saillante, qui correspond à la fosse lombaire.

En même temps que la saillie de la tumeur se prononce davantage,

(1) *Archives gén. de méd.*, 1827, t. XV, p. 462.

(2) *Ibid.*, 1829, t. XIX, p. 280.

il se produit souvent un œdème du tissu cellulaire sous-cutané et une légère teinte rosée de la peau.

Il est tout à fait exceptionnel que le phlegmon parvenu à cette période se termine par résolution. Trousseau en cite cependant un exemple, et Naudet, dans sa thèse, fait allusion à un fait semblable, mais sans rapporter l'observation.

La suppuration, terminaison habituelle du phlegmon périnéphrétique, se révélera donc après un temps variable par la fluctuation qui, jusqu'alors nulle ou douteuse, s'accuse nettement. Pour la percevoir, il sera nécessaire de faire coucher le malade sur le ventre avec le tronc fléchi en avant.

Plus encore que les symptômes locaux, les phénomènes généraux qui accompagnent le phlegmon périnéphrétique sont subordonnés à la marche qu'affecte la maladie. Lorsqu'elle se présente avec les caractères d'une phlegmasie franche, aiguë, la fièvre précède quelquefois ou suit de très-près les premières manifestations locales. Elle est annoncée par un violent frisson, suivi de chaleur et de sueur, et se montre souvent sous la forme d'accès périodiques, quotidiens, qui ont pu faire croire à l'existence d'une véritable fièvre intermittente. Corbon insiste avec raison sur cette périodicité de la fièvre dans la première période du phlegmon périnéphrétique, périodicité qui a été mentionnée dans la plupart des observations. Au bout de quelques jours, la fièvre devient continue avec paroxysmes vers le soir; il y a de la céphalalgie, de l'inappétence, parfois des nausées et des vomissements, presque toujours de la constipation.

Au moment de la formation du pus, c'est-à-dire du vingtième au vingt-cinquième jour, la fièvre qui avait diminué redouble et s'accompagne de nouveau de frissons irréguliers jusqu'à l'ouverture spontanée ou artificielle de la collection purulente.

Dans les cas, au contraire, où la maladie est moins aiguë, une longue période peut s'écouler pendant laquelle les phénomènes généraux font à peu près complètement défaut; le malade accuse bien, outre la douleur, du malaise général, des accès fébriles irréguliers et peu intenses; mais ce n'est que plus tard, lorsque déjà la tumeur manifeste sa présence, que l'on voit survenir la fièvre avec tout son cortège symptomatique.

Enfin, dans quelques faits assez rares auxquels j'ai fait allusion précédemment, les phénomènes généraux manquent absolument, et la maladie évolue sans développer de réaction fébrile, à la manière d'un abcès par congestion.

Nous avons eu principalement en vue, dans l'exposé qui précède, le phlegmon lombaire *idiopathique*; les phénomènes généraux et locaux présenteront quelques différences lorsqu'il s'agira de phlegmons *symptomatiques*. Les troubles du côté des voies urinaires (douleurs rénales persistantes, coliques néphrétiques, altérations diverses de l'urine), du côté du tube digestif (coliques, constipation, diarrhée, etc.), du côté du

foie (coliques hépatiques, ictère), permettront d'assigner au phlegmon lombaire sa véritable origine; mais, au début du moins, il sera parfois difficile de faire la part exacte des symptômes qui appartiennent en propre à l'affection primitive et de ceux qui caractérisent plus particulièrement le phlegmon secondaire.

Les phénomènes qui suivent l'ouverture spontanée ou artificielle de l'abcès périnéphrétique varient encore suivant qu'on a affaire à un abcès idiopathique ou symptomatique.

Dans le premier cas, le pus qui s'écoule souvent en quantité considérable est épais, jaunâtre, bien lié, franchement phlegmoneux; parfois cependant il présente une odeur stercorale, comme tous les abcès des parois abdominales, sans pour cela qu'il existe la moindre communication avec l'intestin. Dès que l'abcès est ouvert, les phénomènes généraux s'amendent, la fièvre tombe et disparaît, la suppuration diminue graduellement, et la guérison peut être obtenue après un mois ou six semaines.

Au contraire, dans les cas d'abcès symptomatiques d'une lésion voisine, le pus est souvent de mauvaise nature, séreux, mal lié, fétide, et son écoulement persiste fort longtemps; parfois même les malades sont pris à nouveau de frissons, de fièvre; ils perdent l'appétit, s'affaiblissent et finissent par mourir dans le marasme.

Lorsqu'il existe une perforation du rein, du bassin, de l'uretère, le pus sera mélangé d'une quantité plus ou moins considérable d'urine et renfermera parfois des productions calculeuses. L'abcès est-il consécutif à une perforation du côlon? Le liquide qui s'en écoule est mélangé de matières fécales et de gaz fétides dont la présence a pu déterminer avant l'ouverture de la collection purulente une sonorité exagérée et des bruits de gargouillement.

On a vu que l'abcès périnéphrétique proémine le plus souvent à la région lombaire. Ce mode de terminaison s'observerait dans les dix onzièmes des cas, selon les statistiques de Corbon. C'est également de ce côté que se produit communément l'ouverture spontanée de ces abcès; mais si cette ouverture tarde à se faire, le pus fusant au loin peut suivre un trajet anormal. Nous rappellerons à ce sujet que l'on a observé l'ouverture des abcès lombaires dans les bronches, la cavité pleurale, le péritoine, le côlon, l'urèthre, le vagin. Dans quelques cas exceptionnels, on a vu ces abcès s'ouvrir à l'aîne et à la partie supérieure de la cuisse.

DIAGNOSTIC. — Avant l'apparition de la tuméfaction lombaire, le diagnostic des abcès périnéphrétiques offre souvent les plus grandes difficultés. La douleur persistante a pu faire croire à l'existence d'un simple lumbago, d'une névralgie lombaire; dans certains cas, les phénomènes fébriles offrant dès le début une grande intensité, et présentant le caractère intermittent que nous avons signalé, ont simulé une véritable fièvre intermittente. On conçoit que l'existence antérieure d'une affection du