

quées sur le pylore cancéreux, sur la rate, sur le foie, sur l'utérus, et les ovaires.

Il est cependant quelques tumeurs qui envahissent surtout l'ombilic et la région avoisinante, que je dois signaler en peu de mots.

Les *papillomes* pédiculés ou sessiles, à surface lisse ou bosselée, framboisée que l'on trouve implantés sur un des côtés de l'anneau cicatriciel n'offrent aucune importance, quelques cautérisations en viennent facilement à bout.

Les *fungus vasculaires* de l'ombilic chez les nouveau-nés constitués par des éléments connectifs embryonnaires et des vaisseaux très petits sont aussi sans grand intérêt chirurgical, car la ligature de leur pédicule ou leur cautérisation au nitrate d'argent suffisent pour les faire disparaître.

Les *myxomes*, *myxo-sarcomes* et autres tumeurs malignes de l'ombilic sont plus fréquents, c'est tantôt le tissu connectif muqueux de la gelée de Wharton, tantôt les cellules épidermiques embryonnaires qui tapissent le cordon et qui se trouvent englobées dans la cicatrice, qui sont le point de départ de ces néoplasies. Elles ont une tendance à envahir le pourtour de l'ombilic et même à pénétrer à travers l'anneau jusqu'à la face interne de la paroi abdominale. Aussi faut-il au plus tôt les opérer et les extirper en enlevant soigneusement toutes les parties périphériques envahies.

CHAPITRE VI. — AFFECTIONS CHIRURGICALES DES VOIES URINAIRES.

ARTICLE 1^{er}. — MALADIES DES REINS.

§ 1. Anomalies des reins. Rein flottant.

Sans entrer dans la description des anomalies des reins, nous croyons qu'il est bon de rappeler, aujourd'hui que leurs affections ressortissent de plus en plus à la chirurgie, que le rein peut être unique (*agénésie rénale*), que ces organes peuvent être réunis en un seul (*symphysie rénale*), enfin, qu'ils peuvent être déplacés (*ectopie rénale*).

On comprend la gravité de l'extirpation du rein lorsque cet organe est unique. Il serait donc à désirer que la proportion de cette variété d'anomalie fût établie sur des chiffres nombreux et que les signes capables de révéler son existence fussent étudiés avec soin. Les recherches si intéressantes sur l'exploration des uretères trouveront sans doute encore à ce point de vue leur utilisation pratique.

La symphysie rénale n'est pas plus reconnaissable pendant la vie que l'absence d'un des reins. Consistant le plus souvent non point dans

la fusion complète de ces organes, mais dans la soudure d'une de leurs extrémités (les inférieures dans la plupart des cas), chaque organe conservant ses vaisseaux et ses uretères propres, elle n'offrirait aucun obstacle à l'extirpation d'un rein malade. Comme nous le faisons remarquer récemment à la Société anatomique de Bordeaux, à propos d'une présentation de ce genre (reins unis par leur extrémité supérieure), rien ne serait plus facile et moins périlleux, en pareille occurrence, que la section de l'isthme, ainsi que nous l'apprendra la physiologie des plaies de la substance rénale.

L'ectopie rénale est *congénitale ou acquise*.

L'ectopie *congénitale* est presque toujours unilatérale et elle porte indifféremment sur l'un ou sur l'autre organe. Le rein déplacé peut se rencontrer dans toutes les régions de l'abdomen, sauf à l'épigastre et dans les hypochondres. On l'a vu occuper la profondeur de la région ombilicale en avant de la colonne lombaire, la région iliaque, le détroit supérieur, l'angle sacro-vertébral. Chose remarquable et qui, entre autres, fait toujours distinguer à l'amphithéâtre le déplacement congénital du rein de son déplacement accidentel, les artères de ce rein anormalement situé proviennent du tronc artériel le plus voisin, de même que ses veines se déversent dans le tronc veineux le plus rapproché. Autre remarque importante, le rein en ectopie congénitale est absolument fixe dans la position qu'il occupe.

C'est sans doute grâce à la disposition de ses vaisseaux, lui assurant un régime circulatoire parfait, et à sa fixité, que le rein congénitalement déplacé ne donne lieu à aucun des phénomènes qui caractérisent l'ectopie acquise. De fait, aucun trouble fonctionnel ne trahit l'existence de l'ectopie rénale congénitale, qui passe le plus souvent inaperçue ou est découverte par hasard au cours d'une exploration minutieuse de l'abdomen réclamée pour un tout autre état. Dans les cas d'inflammation ou de néoplasie du rein déplacé, l'embarras du chirurgien pourrait être grand à se rendre compte de la nature de l'organe malade. Il lui suffira de songer à l'ectopie pour reconnaître à la forme, à la consistance de la tumeur et aux troubles urinaires, qui accompagnent en général ces manifestations morbides, que le rein est en cause.

L'ectopie *rénale acquise ou accidentelle* est communément dénommée *rein mobile, rein flottant*. Ces deux dernières expressions sont excellentes en ce qu'elles indiquent un caractère important de l'affection que nous allons décrire, à savoir la mobilité du rein dans la cavité abdominale et qu'elles permettent de la différencier des déplacements dus à des tumeurs de voisinage, à des hernies du rein, etc.

L'ectopie rénale acquise est fréquente et il n'est pas de médecin qui n'en ait vu quelques cas dans sa pratique. On l'observe principalement de quinze à quarante-cinq ans et beaucoup plus souvent dans le sexe féminin que dans le sexe masculin (87 fois sur 100, d'après Callais). Le

rein droit présente une prédisposition toute particulière et encore inconnue, malgré toutes les hypothèses émises, à se déplacer.

Dans le but d'expliquer la plus grande fréquence de déplacement du rein chez la femme, les auteurs ont successivement invoqué la congestion de l'organe au moment des règles, les grossesses répétées, les tumeurs de l'abdomen, particulièrement celles de l'ovaire, l'usage abusif du corset. Chez l'homme, l'affection s'est presque toujours montrée à la suite d'une violence extérieure, coup, chute sur le dos, sur les pieds. On l'a vu encore succéder à une hydronéphrose.

On peut aisément déduire des conditions anatomiques où se trouve le rein, la physiologie pathologique de son déplacement. Cet organe est en effet renfermé dans une loge cellulo-fibreuse fermée de tous côtés, sauf à sa partie inférieure, loge trop ample pour lui et que comble l'abondant tissu adipeux, dit capsule de Haller. Ce tissu adipeux constitue ainsi son plus puissant moyen de fixité et le rein aura d'autant moins de tendance à se glisser par la porte qui lui est ouverte que son atmosphère graisseuse sera plus dense et plus ferme. C'est probablement par suite des variations de quantité et de consistance de la capsule de Haller que les causes mentionnées plus haut déterminent la migration du rein (Oppolzer). Quoi qu'il en soit, une fois sorti de sa loge, le rein peut se porter dans toutes les régions de l'abdomen. Ordinairement, on le rencontre dans le flanc, plus rarement dans l'hypogastre au-dessus de la vessie, en avant de l'utérus. Il est extrêmement mobile et fuyant grâce à l'allongement de ses vaisseaux et à la présence, parfois, d'un repli du péritoine qui lui constitue comme un méso. Ainsi déplacé, le rein est souvent atteint d'altérations diverses (hypertrophie, néphrite, affection calculeuse, etc.).

Le rein mobile se révèle par des troubles fonctionnels et des signes physiques. Les premiers sont inconstants et très variables dans leur expression. Il est des malades chez lesquels l'affection, ne provoquant aucune réaction organique, est découverte par hasard et quelquefois même passe inaperçue. Chez d'autres, elle s'accompagne de phénomènes très complexes et paroxystiques. Ce sont tantôt une simple sensation de gêne, de pesanteur, de tiraillement dans le flanc, la région iliaque, l'épigastre, tantôt une véritable douleur sourde ou extrêmement aiguë s'irradiant à tout le ventre, aux aines, aux membres inférieurs. Se calmant par le repos au lit, les phénomènes s'exagèrent dès que les malades prennent seulement la station assise, *a fortiori* lorsqu'ils se lèvent, marchent, courent, montent à cheval ou vont en voiture. C'est alors que les patients, analysant attentivement leurs sensations, les dépeignent en se servant de comparaisons expressives : il leur semble que quelque chose tombe, s'abaisse (*sinking sensation* des Anglais), se décroche dans l'abdomen. Beaucoup de malades caractérisent leurs souffrances de coliques nerveuses. Il en est chez lesquels les crises douloureuses rap-

pellent les coliques néphrétiques avec pâleur de la face, petitesse du poulx, vomissements, etc.

En général, le rein flottant ne s'accompagne d'aucun trouble des fonctions urinaires. On a noté cependant, chez quelques malades, de la fréquence des mictions, de la polyurie, des douleurs en urinant, principalement à la fin de l'acte. Ces phénomènes étaient très accentués chez une malade que nous venons d'observer. Les urines conservent leurs caractères normaux.

Presque tous les malades porteurs du rein mobile présentent des troubles du système nerveux, et cette affection détermine ou tout au moins s'accompagne chez la femme de phénomènes hystériques. Les anastomoses, qui unissent le plexus ovarique au plexus rénal, permettent peut-être d'expliquer cette hystérie symptomatique (Chrobak).

Pour procéder avec succès à la recherche des signes physiques du rein mobile, il convient, ainsi que le recommande Guyon, d'examiner les malades au lit, dans le décubitus dorsal, les parois abdominales relâchées, les jambes allongées (Guyon), en profitant, comme on le fait pour l'examen des autres organes abdominaux, des mouvements de la respiration (*exploration en mesure*, Guyon). On sent alors dans le flanc droit, plus rarement dans le gauche, une tumeur lisse, oblongue, à grand diamètre dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Cette tumeur, de consistance ferme, est très mobile et fuit sous les doigts, aussi est-il bon, pour en apprécier tous les caractères, de s'efforcer de la saisir entre une main placée au-dessous de la région lombaire et l'autre au niveau du flanc et de l'hypochondre. La pression qu'on exerce sur le rein pendant cet examen est douloureuse, et les malades accusent une sensation de tiraillement pénible, s'accompagnant parfois de syncope, surtout chez la femme au moment des règles.

Une autre manœuvre, plus fertile en renseignements que cette palpation, a été, dans ces derniers temps, préconisée par Guyon, qui la désigne sous le nom de *ballotement rénal*. Elle consiste, les mains étant placées comme pour la palpation ordinaire, à imprimer à la paroi lombaire avec la main postérieure de petites secousses courtes et répétées qui, surprenant la résistance musculaire, chassent vers la main antérieure le rein toujours fidèle, à l'encontre de toutes les autres tumeurs de la région ou de la paroi lombaire (*mobilité lombo-abdominale*, Guyon).

Il arrive assez souvent que le rein en ectopie reprenne sa position à la suite du repos au lit et qu'on ne le retrouve plus alors qu'on l'a constaté précédemment errant dans le ventre (*mobilité abdominale lombaire*, Guyon). Dans ces conditions, il suffit de faire lever le patient pour retrouver la tumeur ectopique.

Une troisième variété de mobilité du rein, en ectopie, peut encore être mise en évidence par l'examen manuel, c'est la *mobilité abdominale* (Guyon), susceptible d'être transversale et verticale.

La main, qui explore les lombes, trouve cette région moins pleine, et la percussion, au lieu de révéler de la matité, fait percevoir un son tympanique.

La marche de l'affection qui nous occupe est essentiellement lente. Il est rare qu'elle guérisse; mais, fait à retenir, les troubles qu'elle détermine chez la femme s'amendent en général après la ménopause. Peu de complications peuvent survenir au cours de la maladie; signalons toutefois les poussées de péritonite circonscrite et adhésive, fixant parfois définitivement le rein erratique. Notons aussi des accidents très curieux que Dietz a décrits sous le nom de phénomènes d'étranglement et qui consistent dans le gonflement de l'organe déplacé, avec sensibilité excessive à la pression, frisson, fièvre, nausées et même vomissements, tous symptômes qui durent quelques jours et se jugent par une abondante émission d'urine muqueuse et purulente.

Aucun des symptômes fonctionnels déterminés par le rein flottant n'est caractéristique, et le diagnostic de la nature de l'affection ne peut être fait que lorsque le corps du délit est appréciable dans la cavité abdominale. Jusqu'alors, on peut mettre sur le compte de névralgies lombaires, de coliques hépatiques, néphrétiques ou nerveuses, les crises douloureuses du rein mobile. La tumeur rénale, devenue perceptible, a elle-même été prise pour la vésicule biliaire, un kyste du foie, une tumeur de la rate, des masses ganglionnaires, un ovaire, etc., etc. Si l'on a bien présents à l'esprit les caractères physiques offerts par le rein migrateur et qui ont été précédemment décrits, on évitera aisément ces erreurs.

Sans menacer directement l'existence, le rein flottant est d'un pronostic sérieux, en raison des douleurs et des troubles nerveux qu'il provoque et qui rendent la vie insupportable à quelques malades. A ce point de vue, il est surtout sérieux chez la femme pendant toute la période de l'activité sexuelle.

Traitement. — Le traitement est palliatif et curatif.

Outre toute la série des médicaments internes destinés à calmer les douleurs, on prescrira comme palliatif le repos, la station horizontale et surtout le port d'un appareil bien fait immobilisant le rein tout en le refoulant en haut et en dehors. Si les crises douloureuses sont modérées, si elles ne compromettent pas par leur répétition la santé des malades, si surtout il s'agit de femmes approchant de la ménopause, ces moyens doivent être seuls employés. Mais il est des cas, nous l'avons dit, où la vie est rendue insupportable sinon véritablement mise en danger.

En pareille occurrence, des opérations radicales proposées dans ces derniers temps sont d'autant plus légitimes que la méthode antiseptique les a rendues presque anodines. Ces opérations consistent soit dans l'extirpation du rein mobile (*néphrectomie*), soit dans sa fixation à l'aide de la suture dans sa loge lombaire (*néphrorrhaphie*).

La néphrectomie proposée par Keppler et pratiquée pour la première fois en 1870, par Gilmore, avait été exécutée vingt-six fois lors de la publication du travail de Brodeur (*De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*), en 1886. Elle avait donné dix-huit guérisons, soit 69 p. 100.

La néphrorrhaphie imaginée par Hahn, de Berlin, en 1881, avait été pratiquée d'après le même travail de Brodeur, dix fois. Elle avait donné neuf guérisons, soit 90 p. 100. La moindre gravité de cette fixation opératoire du rein doit évidemment la faire préférer à son extirpation. Ce n'est pas ici le lieu de décrire cette opération dont le manuel opératoire, loin d'être réglé, vient d'être l'objet d'études expérimentales extrêmement intéressantes (Tuffier).

§ 2. — Phlegmon périnéphrétique.

L'inflammation des tissus cellulo-adipeux, qui entourent le rein, n'est bien connue que depuis les travaux de Rayer. Elle a été décrite tour à tour sous les noms de *périnéphrite*, de *phlegmon* et *abcès périnéphrétiques*, de *suppuration lombaire*, etc.

C'est une affection assez rare, ce qui se comprendra aisément étant donnée d'une part la profondeur de l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein soustraite ainsi à la plupart des traumatismes, et d'autre part la capsule fibreuse de Malpighi offrant une barrière presque toujours suffisante à la propagation des inflammations du rein au tissu ambiant.

Les jeunes enfants et les adolescents sont exceptionnellement atteints de phlegmons périnéphrétiques. D'après Hallé et Carlier, la maladie sévit surtout chez les individus âgés de trente à quarante ans. Suivant Lancereaux, les deux sexes y sont également prédisposés. Les professions, suivant le même auteur, joueraient un certain rôle de prédisposition, et l'on verrait la périnéphrite frapper de préférence les ouvriers exposés au froid par leurs travaux. Enfin la diathèse goutteuse, en raison des inflammations du rein d'origine calculeuse, complète la série des causes prédisposantes.

On peut grouper en trois catégories les causes déterminantes du phlegmon périnéphrétique: *a*, le traumatisme sous ses mille et une formes; *b*, les inflammations des organes voisins; *c*, les maladies infectieuses. Nous rejetons ainsi l'existence du phlegmon idiopathique et spontané, épithètes, qui ici comme ailleurs, ne font que cacher notre ignorance.

a. Parmi les causes de la première catégorie les plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants, par projectiles, produisent l'inflammation du tissu cellulaire de la fosse lombaire par un mécanisme facile à comprendre.

Il en est de même des contusions violentes de la région capables de déterminer dans le rein les lésions si intéressantes que nous étudierons

plus loin. Mais le mode d'action des contusions moins graves, surtout lorsqu'elles sont indirectes, telles que celles par exemple, qui résultent d'une chute sur les pieds, les genoux, de l'exercice du cheval, de l'usage d'une voiture mal suspendue, ou plus simplement encore d'une longue marche, d'une fatigue, d'un effort, est plus difficile à interpréter.

Il est infiniment probable que toutes ces causes provoquent dans l'enveloppe cellulo-adipeuse du rein de petites ruptures vasculaires, d'où de petites extravasations sanguines, de petits foyers hémorragiques, véritables épines inflammatoires manifestant plus ou moins rapidement leurs fâcheux effets. C'est ainsi qu'on peut expliquer les phlegmasies périnéphrétiques ne se déclarant que plusieurs mois et plusieurs années après les accidents en question.

b. Les maladies du rein tiennent le premier rang dans ce deuxième groupe, et parmi elles vient en premier lieu la néphrite et la pyélo-néphrite calculeuse. Tantôt l'inflammation du rein, du bassin, voire même de l'urètre se propage à l'atmosphère celluleuse par contiguïté; tantôt elle l'envahit par continuité; enfin dans un troisième ordre de faits, les calculs, par un travail inflammatoire (abcès) ou ulcératif (fistule), provoquent directement la phlegmasie. C'est de la même façon que les kystes hydatiques du rein, *strongle géant* (Chopart, Maublet, Lapeyre), la dégénérescence tuberculeuse de l'organe (Rayer, Naudet), le cancer (Cornil) ont provoqué parfois le phlegmon périnéphrétique.

Les autres viscères abdominaux malades peuvent aussi, quoique plus rarement que le rein, déterminer l'inflammation du tissu périnéphrétique. Citons d'abord la cholécystite calculeuse terminée par perforation, les abcès du foie, de la rate, les perforations accidentelles ou pathologiques du côlon. Exceptionnellement la maladie a été déterminée par l'extension d'une psoritis (Rosenstein), par la présence d'un abcès de carie vertébrale, par l'existence d'une pleurésie (Soc. méd. de Bordeaux 1818).

c. L'idée, que nous nous faisons aujourd'hui des états généraux mauvais de l'organisme, permet de comprendre aisément la pathogénie des inflammations du tissu circumrénal au cours d'affections diverses. La puerpéralité, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde et un grand nombre d'autres affections dites infectieuses sont susceptibles de provoquer dans le tissu cellulaire de la fosse lombaire des phlegmasies microbiennes presque fatalement suppuratives.

Nous n'avons pas fait figurer dans les trois grandes classes de causes précédentes du phlegmon périnéphrétique, le cathétérisme, la lithotritie et les autres opérations, qui se pratiquent sur les organes urinaires, parce que, selon nous, leur mécanisme pathogénique est divers. Le plus souvent ces manœuvres agissent en déterminant du côté du rein un état congestif réflexe, sinon véritablement inflammatoire, qui retentit sur le tissu cellulaire ambiant, mais il n'est pas irrationnel aussi d'admettre qu'elles ouvrent la porte à des agents infectieux.

Les lésions anatomiques du phlegmon périnéphrétique portent et sur le tissu cellulaire de la région et sur les organes voisins, ces dernières étant soit la cause déterminante de la maladie soit leur conséquence. Inutile d'insister sur les modifications, qui surviennent dans le tissu périrénal, au début de l'affection; elles ne diffèrent pas de celles qui se passent dans toutes les autres phlegmasies du tissu connectif et sont susceptibles de se terminer par résolution ou par suppuration.

Prenons le processus pathologique à ce stade qu'il atteint presque toujours et voyons quels désordres il produit. Le pus peut être infiltré, mais alors loin de rester limité au tissu périrénal, il envahit les régions voisines, filtre à travers les interstices musculaires et apparaît sous la peau en suivant le trajet des vaisseaux ou en se faisant jour à travers le triangle de J.-L. Petit. Ainsi est constitué, une fois le pus réuni en foyer, une variété d'abcès périnéphrétiques dits *en bissac*, *en bouton de chemise*. D'autres fois l'infiltration suppurative gagne par en haut la face inférieure du foie, de la rate, et plus souvent par en bas la fosse iliaque. Assez rarement le pus se collecte en petits foyers multiples, et l'on observe presque toujours une vaste poche purulente prenant naissance en arrière du rein, au point où le tissu cellulo-adipeux est le plus abondant, cette poche envoie des prolongements multiples, irréguliers, anfractueux dans les points précédemment infiltrés.

Les parois de ce foyer et de ses diverticules, formées par le tissu cellulaire condensé et les organes voisins (muscles, reins, foie, rate, etc.), sont rigides, déchiquetées, capricieusement corrodées par la suppuration. Le pus, en plus ou moins grande quantité, peut être phlegmoneux et de bon aloi; d'autres fois, lorsque le phlegmon périnéphrétique a été déterminé par une lésion de voisinage, du rein par exemple, il est mélangé d'urine, contient des grumeaux, des lambeaux de tissu sphacélé, des graviers, des calculs, des vésicules d'hydátides, etc.

Dans ces conditions le pus a presque toujours une odeur fortement urinaire. Cette odeur n'existerait jamais, suivant les auteurs, en dehors d'une effraction des voies parcourues par l'urine; il n'en serait pas de même de l'odeur fécaloïde, qui ici comme dans toutes les autres collections avoisinant le tube digestif, se fait sentir par suite de l'osmose gazeuse en l'absence de toute perforation intestinale. Il est même très remarquable que lorsque ce conduit est perforé on n'observe jamais le mélange des matières stercorales avec le pus, ce qui s'expliquerait par la disposition infundibuliforme de l'orifice permettant seulement le passage du pus dans l'intestin.

Parmi les organes voisins, qui subissent le contre-coup des inflammations du tissu périnéphrétique on serait, tout d'abord, disposé à placer le rein. Il n'en est rien, et pendant très longtemps la capsule de Malpighi offre une barrière suffisante à l'envahissement du parenchyme rénal par le processus pathologique. A la longue cependant, il se forme

de petits abcès sous-capsulaires ou intra-parenchymateux qui peuvent devenir confluents et transformer le rein en un véritable sac purulent. Mais le plus souvent les lésions rénales sont primitives et provoquent le phlegmon périnéal. D'après Lancereaux, le ramollissement et la transformation en bouillie des capsules surrénales n'ont été mentionnés qu'une seule fois.

Comme celles du rein, les altérations du foie, de la rate, sont plus souvent la cause que la conséquence des abcès périnéphrétiques. Exceptionnellement le pancréas se trouve compris dans la collection purulente; il en est de même de l'estomac. Par contre les côlons ascendant et descendant ont souvent leurs parois détruites au contact du pus qui les baigne directement en arrière.

Nous avons dit que le phlegmon périnéphrétique débute le plus souvent en arrière du rein, loin par conséquent du péritoine, aussi cette séreuse reste-t-elle souvent intacte. Ce n'est que lorsque la collection très étendue se porte en avant que le péritoine peut être simplement refoulé, ou bien devenir le point de départ d'une péritonite adhésive, qui prévient l'irruption du pus dans sa cavité; ou enfin, fait très rare, se laisser perforer (cas de Gardien, de Lemoine).

Dans la grande majorité des cas le pus de l'abcès périnéphrétique a une tendance naturelle à se frayer une voie à la région lombaire, où il arrive sous la peau en suivant les interstices musculaires précédemment signalés; mais il peut aussi fuser dans la fosse iliaque et le petit bassin, où l'invitent tout naturellement la pesanteur et la disposition des plans organiques. Hallé, Féron, A. Guérin ont étudié le mécanisme de l'extension du pus vers la partie supérieure et signalé son évacuation par les bronches après perforation du diaphragme, de la plèvre et du poumon.

Le début et même une bonne partie de l'évolution du phlegmon périnéphrétique peuvent passer inaperçus lorsque l'affection est consécutive à une maladie un peu bruyante des reins ou des autres organes voisins, les symptômes de cette complication se confondant avec ceux de la maladie première. Mais dans toutes les autres circonstances le phlegmon de la fosse lombaire présente une symptomatologie nette dès son invasion, caractérisée par des troubles locaux et des phénomènes généraux.

Parmi les symptômes locaux vient en premier lieu la douleur. Elle domine la scène morbide, tant par sa constance que par sa durée. Aiguë ou sourde, elle est profonde, diffuse et de siège variable quoique son centre soit en général le long du bord externe de la masse sacro-lombaire. Souvent les malades se plaignent de la rate lorsque la phlegmasie siège à gauche; du foie et du côté correspondant de la poitrine lorsqu'elle siège à droite. Il ne faut pas confondre ces douleurs de voisinage avec les irradiations douloureuses qui suivent les ramifications des nerfs de

la région et se propagent à l'abdomen, surtout vers la fosse iliaque, aux organes génitaux, à la racine du membre inférieur. Disparaissant quelquefois par intervalle, la douleur localisée dans la région lombaire est en général continue et va en augmentant jusqu'à ce que le pus soit évacué. Le moindre mouvement, le plus petit effort pour fléchir ou étendre le membre inférieur du côté malade, la plus simple pression sur la région exaspèrent la douleur: il en est de même de la toux et de tous les actes, qui ébranlent le corps. Aussi le malade affecte-t-il le décubitus dorsal avec flexion légère des jambes et des cuisses.

Pendant quinze à vingt jours, en moyenne, cette douleur est le seul signe local du phlegmon périnéphrétique. Au bout de ce temps elle change de caractère et devient plus aiguë, lancinante; alors ne tarde pas à se dessiner à la région lombaire un gonflement vague d'abord, qui peu à peu se délimite nettement, envahissant parfois la fosse iliaque et même la partie supérieure de la fesse. On constate un effacement de l'échancrure costo-iliaque, et si l'on glisse une main au-dessous des lombes, tandis que l'autre s'applique sur la partie antérieure correspondante de l'abdomen, on reconnaît l'existence d'une tuméfaction rénitente, difficile à circonscrire, se continuant avec le tissu cellulaire sous-cutané et immobile dans les mouvements respiratoires, ce qui la distingue des tumeurs dépendant du foie. Bientôt apparaît de l'œdème prononcé au niveau de la tuméfaction, mais pouvant s'étendre dans les régions voisines du dos, du thorax, de la fesse et même de la hanche. Pour Lancereaux cet œdème étendu a une signification séméiologique importante, car il ne se rencontrerait guère que dans l'inflammation du tissu périrénal.

Cependant le processus suppuratif, qui se passe dans la profondeur des tissus, tend à gagner la superficie, la tuméfaction devient plus saillante en son centre, la peau se tend, se vascularise et devient chaude. C'est alors qu'avec les deux mains embrassant la région malade, on peut sentir une sensation de rénitence, de fluctuation vague lorsque l'abcès est très profond, mais qui devient plus nette quand le pus se faisant jour à travers les interstices musculaires est devenu sous-cutané et forme l'abcès dit en bouton de chemise.

Il est digne de remarque qu'il n'existe aucun trouble de la sécrétion urinaire, lorsque le phlegmon périnéphrétique est indépendant d'une lésion du rein. On n'a signalé non plus aucun trouble de la miction.

La fièvre, qui en général, existe plus ou moins vive lorsque quelque altération organique a précédé l'éclosion des accidents phlegmasiques périrénaux, redouble au moment de leur invasion et s'allume franchement lorsqu'elle ne préexistait pas. Elle débute par du frisson, suivi des stades de chaleur et de sueurs ordinaires à la fièvre intermittente, mais elle est dans la suite continue avec des rémissions matinales et des exaspérations vespérales. Il n'est pas rare que la réaction