

La présence du calcul dans l'uretère et l'existence de l'ulcération expliquent facilement la production du phlegmon péri-néphrétique; par cette ulcération, le pus et l'urine ont pénétré dans le tissu cellulaire circumrénal et en ont par leur présence amené l'inflammation.

Le rein droit était complètement atrophié; il était réduit à moins d'un quart de son volume normal; il avait une couleur ardoisée, et c'est à peine si, après l'avoir incisé, on put trouver trace des pyramides de Malpighi. Le calcul trouvé dans l'uretère gauche pesait 55 centigr.; il était formé de phosphate ammoniaco-magnésien et de quelques sels alcalins; il ne renfermait pas traces d'acide urique.

Nous trouvons dans ce fait la condition pathogénique la plus commune des phlegmons périnéphrétiques, c'est la néphrite calculeuse, soit que les calculs arrêtés dans les bassinets ou l'uretère y provoquent un travail inflammatoire qui gagne par contiguïté l'atmosphère conjonctive du rein, soit que des abcès du parenchyme rénal ou des fistules urinaires amènent dans ce tissu conjonctif une irritation suppurative plus directe et plus grave; dans tous ces cas, le fait chirurgical est le même: un phlegmon se développe et réclame l'intervention hâtive du chirurgien.

Des traumatismes de la région lombaire ont été dans d'autres cas la cause de l'inflammation phlegmoneuse, soit que la contusion y provoque directement une inflammation suppurative, soit que celle-ci succède, ce qui est probablement la condition la plus commune, à des épanchements de sang qui peuvent, incomplètement résorbés, séjourner pendant un temps fort long au milieu des tissus et, sous l'influence d'une condition auxiliaire, aboutir à la suppuration. L'observation suivante me paraît être un exemple de ce genre; le traitement suivi, les accidents qui sont survenus, nous fourniront d'utiles renseignements.

Obs. II. — Une femme d'une quarantaine d'années, qui avait reçu six ou huit mois auparavant un coup violent sur le flanc droit, fut prise tout à coup de douleurs très-vives dans cette région, avec frissons, claquement des dents et fièvre. La douleur s'irradiait jusque dans la région iliaque correspondante.

A ces douleurs vinrent s'ajouter des accidents hystériques auxquels la malade était sujette.

L'application de sangsues, des bains calmants prolongés, des narcotiques et des antispasmodiques à l'intérieur, modérèrent les accidents qui, huit jours après, recommencèrent avec plus de violence.

Appelé près de cette malade, je constatai une tumeur qui s'étendait

du flanc droit jusque dans la région iliaque. Une saillie sous-costale très-prononcée était perçue en avant; en arrière, dans l'espace qui sépare la crête iliaque de la dernière côte, on constatait aussi une tuméfaction avec empatement et œdème du tissu cellulaire.

La pression sur cette région provoquait des douleurs intolérables; la fièvre continuait avec des frissons revenant par intervalles et des redoublements le soir.

Une vague sensation de fluctuation vint bientôt s'ajouter à ces premiers signes et ne tarda pas à devenir distincte. Elle justifia ma première impression, qu'il existait là une inflammation suppurative, occupant la région péri-néphrétique, et descendant jusque dans la fosse iliaque.

M. Nélaton, appelé près de la malade, confirma mon diagnostic. Ne pouvant vaincre l'insurmontable résistance que la malade opposait à la pratique d'une grande incision, il se contenta de faire une ponction, qui donna issue à une quantité considérable de pus sanieux, mêlé à des coagulums sanguins. Des bougies en cordes à boyaux furent introduites dans le trajet pour le maintenir dilaté. On les retirait plusieurs fois par jour pour donner issue à un liquide abondant, qui finit bientôt par se décolorer et par prendre le caractère d'un pus séreux; mais l'affaissement de la tumeur ne tarda pas à changer les rapports des différents plans musculaires qui recouvraient le foyer; l'obliquité du trajet qui en fut la conséquence rendit difficile l'introduction de la bougie après qu'elle en eut été enlevée. La sécrétion morbide, trouvant une issue moins facile au dehors, contracta en peu de jours de l'odeur; des frissons suivis de chaleur indiquèrent le commencement de la fièvre putride. On fut obligé de pratiquer de nouvelles ponctions suivies d'injections iodées. Après des améliorations passagères, les accidents généraux reparurent de nouveau; on sentait au niveau du flanc des fluctuations étendues, accompagnées d'œdème; et des teintes érythémateuses indiquaient la présence de vastes nappes de pus, interposées entre les différentes couches musculaires de cette région. Alors seulement la malade se décida à subir une incision rendue indispensable, et qui dut être prolongée dans diverses directions, pour mettre à nu d'énormes clapiers. La malade, épuisée par d'abondantes suppurations, ne tarda pas à succomber.

Ainsi, longtemps auparavant, cette malade avait reçu un coup de pied de cheval dans la région lombaire, elle n'avait jamais cessé de souffrir dans le point lésé; des fatigues, de nouvelles secousses, vinrent ranimer ce foyer mal éteint, alors survint une inflammation qui envahit jusqu'à la fosse iliaque, retentit sur le péritoine voisin; de là cette symptomatologie complexe qui laisse cependant reconnaître le point de départ et le foyer principal de l'action morbide.

Dans quelques cas, le rein lui-même a été lésé par l'action trauma-

tique, et si la déchirure de son tissu se borne le plus souvent à produire une hématurie, qui dans beaucoup de cas n'entraîne pas de conséquences fâcheuses, il peut en être autrement, et la lésion du parenchyme rénal peut donner lieu à des inflammations phlegmoneuses du rein lui-même et de la gangue cellulaire qui l'enveloppe.

Comme le précédent, ce travail morbide peut être d'une évolution très-lente, et n'éclater au dehors que longtemps après l'action de la cause vulnérante qui en est le point de départ.

L'impression du froid sur la région lombaire paraît quelquefois la seule cause appréciable du phlegmon; j'ai été porté à admettre cette étiologie dans le premier cas de cette affection qui s'est présenté à mon observation, chez une malade que j'ai traitée à l'hôpital Saint-Antoine, en 1851.

Obs. III. — Elle était âgée de quarante et un ans, couturière, ancienne marchande de vins. Cette femme, d'une constitution médiocre, a déjà éprouvé plusieurs maladies, et notamment, il y a sept ans, une pleurésie qui fut combattue par des antiphlogistiques et des vésicatoires. Elle se dit, en outre, sujette à des troubles intestinaux et à des phlegmasies thoraciques. Il y a sept semaines, elle a ressenti dans le flanc droit, au-dessous des fausses côtes, une douleur continue qui a été suivie quelque temps après de frissons revenant régulièrement tous les jours, vers quatre heures du soir, et suivis de chaleur; au bout de quelques jours, elle s'est aperçue qu'une tumeur se formait dans cette région et se développait peu à peu. Le médecin qu'elle avait fait appeler y avait fait appliquer des sangsues et des cataplasmes, et lui avait prescrit des purgatifs. Ces moyens étaient restés inefficaces, et la malade se décida à entrer à l'hôpital.

Je la vis le 8 avril et je constatai les phénomènes suivants : dans toute la région qui s'étend depuis les dernières côtes jusqu'au niveau de la crête iliaque en arrière, et de la fosse iliaque interne en avant, en dehors des muscles des gouttières vertébrales et au niveau du muscle carré des lombes, apparaît une tumeur large, peu saillante, très-sensible au toucher, rénitente, douloureuse, rouge, et se prolongeant en avant sur les parties latérales et antérieures du tronc.

Au niveau de cette tuméfaction, la percussion donne un son obscur; je me contentai de faire appliquer des cataplasmes et je prescrivis deux portions.

Les douleurs s'exaspéraient pendant les nuits, qui étaient sans sommeil; elles étaient lancinantes, et, partant de la tumeur, irradiaient dans les parties voisines.

Deux jours après l'entrée de la malade, je crus constater de la fluctuation; je soumis cette malade à l'examen de M. Denonvilliers, qui contesta

l'existence de cette fluctuation et m'engagea à attendre avant d'inciser le foyer : on continua les cataplasmes et des frictions mercurielles belladonnées sur la région malade. Onze jours après son entrée, la fluctuation était bien plus évidente, la saillie de la tumeur plus prononcée, la douleur très-vive au centre. Je fis sur la partie centrale et dans une étendue de 2 à 3 centimètres, l'application d'une trainée de pâte de Vienne.

Quatre jours après, le 23, je pratiquai avec le bistouri une ponction profonde à travers l'eschare, et je débridai avec précaution; une quantité très-considérable de pus franchement phlegmoneux s'échappa au dehors, ce qui soulagea la malade immédiatement. On appliqua des cataplasmes.

Le lendemain 24, amélioration sensible, sommeil calme. La tumeur a diminué des deux tiers; l'ouverture donne issue à du pus de bonne nature.

Cet état se maintint les jours suivants, l'ouverture était large et donnait au pus un passage facile, on sentait encore une rénitence profonde dans l'abdomen, l'état général était satisfaisant, le sommeil était calme.

Pour combattre l'état cachectique, je fis prendre à la malade des pilules de protoiodure de fer.

Huit jours après l'opération, l'état de la malade était très-bon; la plaie se détergeait.

Huit jours plus tard, il n'existait plus qu'un très-léger suintement.

Le 10, la plaie était cicatrisée et sèche. La malade demanda sa sortie; l'état général et local étaient satisfaisants.

La puerpéralité est une des causes les plus communes d'accidents inflammatoires et pyogéniques, le plus souvent localisés au début dans l'appareil utéro-ovarien, mais qui peuvent retentir dans tout l'organisme; les connexions de cet appareil avec les organes urinaires expliquent que ceux-ci puissent devenir un des foyers de l'action morbide.

Obs. IV. — Je reçus à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Marthe, une femme présentant dans le flanc droit une tumeur s'étendant jusque dans la fosse iliaque, et offrant les caractères d'un phlegmon périnéphrétique. Je crus devoir procéder rapidement à une grande et large incision parallèle à la dernière côte, pratiquée avec toutes les précautions nécessaires pour éviter la lésion des artères lombaires.

Je commençai par faire une cautérisation linéaire avec le caustique de Vienne, dans une étendue de 10 à 12 centimètres, sur la partie saillante de la tumeur. Je me servis ensuite du bistouri et de la sonde cannelée pour pénétrer dans le foyer, et c'est sur cette dernière que j'agrandis l'ouverture, de manière à lui donner 6 centimètres environ d'étendue. Un flot de pus sanieux, mêlé de coagulums sanguins, s'échappa au dehors. La malade fut couchée sur le côté malade, de manière à rendre l'écoulement du

pus plus facile. L'affaissement du foyer, la cessation des accidents fébriles, l'apaisement de la douleur, furent la conséquence de l'opération. La plaie ne tarda pas à bourgeonner et à marcher rapidement vers la cicatrisation; pour maintenir une ouverture suffisante au pus, dont la sécrétion n'était pas tarie, bien que diminuée, je dus placer des mèches et des bougies dans le trajet qui conduisait au foyer.

Je constatai alors que celui-ci était très-diminué par le fait de la rétraction et de l'adhérence de ses parois, mais n'était pas complètement oblitéré. Tout semblait annoncer une guérison prochaine, quand survint tout à coup un frisson suivi de fièvre et de diarrhée. En même temps, le pus avait contracté une odeur fétide et devenait plus abondant. Je ne tardai pas à m'apercevoir que ces accidents devaient être imputés à ce que la malade, fatiguée de rester couchée sur le côté droit, se tenait la plus grande partie de la journée sur le côté opposé, et que le pus, trouvant une issue moins facile, s'était accumulé dans le foyer qu'il avait distendu et y avait acquis des qualités putrides. L'ouverture avec l'éponge préparée, un changement de position, firent cesser les accidents qui se reproduisirent encore une fois par l'inintelligence de la malade, qui n'avait pas tenu compte de mes conseils. Je revins aux premiers moyens employés; je maintins la malade, à l'aide de coussins, dans la position la plus favorable, et grâce à ces soins elle arriva à la guérison, qui fut lente et qui dut être complétée par des injections iodées.

Nous reviendrons sur cette observation et sur les enseignements thérapeutiques qu'elle renferme, à propos du traitement de ces phlegmons.

Des affections diathésiques peuvent être la condition pathogénique des phlegmons périnéphrétiques.

Obs. V. — Le baron de B..., de race goutteuse, mais de constitution robuste, est depuis sa jeunesse sujet à des accès de goutte; sous l'influence de causes débilitantes, peut-être de traitements intempestifs, il a maigri, s'est anémié et ses forces ont décliné; dans ces conditions, il est soumis à l'action d'un froid vif et prolongé: une de ses mains devient le siège d'une arthrite apyrétique qu'il néglige; il continue à braver les intempéries atmosphériques; il est alors atteint d'un rhumatisme articulaire généralisé qui, par sa fixité, par la saillie des paroxysmes nocturnes, accuse l'intervention d'un élément goutteux. L'action rhumatismale se jette successivement sur le péricarde et sur les plèvres; des vésicatoires font disparaître assez rapidement ces complications, mais la fièvre persiste, augmente; une douleur se déclare dans le flanc droit, et bientôt on y constate de l'empâtement, de la rénitence, de l'œdème de la région lombaire, une fluctuation obscure et profonde. Convaincu de la nécessité d'une large incision, je réclamai le

concours de M. Nélaton, qui partagea mon opinion, et incisa la région lombaire dans l'étendue de 15 centimètres environ; il s'écoula près d'un litre de pus fétide. La main, plongée dans le foyer, sentait le rein à nu, isolé au milieu du foyer. Des injections tièdes furent pratiquées plusieurs fois par jour.

A partir de l'opération, la fièvre diminua, l'appétit qui était anéanti se ranima, le malade retrouva le sommeil qui le fuyait; un sentiment de calme et de bien-être succéda aux angoisses et aux douleurs qu'il éprouvait. La suppuration continua pendant plusieurs mois, de moins en moins abondante. A la fin, voyant qu'il restait une petite fistule, après avoir inutilement tenté des injections iodées, M. Nélaton injecta de la liqueur de Villate; et après avoir persisté pendant environ une année, cette petite fistule se cicatrisa.

Dans ces cinq faits, nous voyons intervenir des actions pathogéniques très-diverses; elles n'épuisent pas l'étiologie des phlegmons périnéphrétiques, mais elles en représentent les conditions les plus communes et les plus importantes. Chez quatre de mes malades, le côté droit est atteint; il serait intéressant de savoir si la gravelle est plus fréquente dans le rein droit; peut-être le décubitus habituel sur ce côté y favorise-t-il la congestion.

La marche de cette affection est celle de tous les phlegmons: fièvre rémittente, paroxysmes souvent précédés de frissons, sueurs, teinte pâle jaunâtre de la peau, anorexie, insomnie, douleur dans la région lombaire et dans le flanc, s'étendant quelquefois jusque dans la fosse iliaque, nausées ou vomissements, urines rares et briquetées, soif, jactitation, angoisses, faisant place plus tard à l'immobilité commandée par les douleurs; comme signes physiques, tuméfaction, élargissement du côté malade, avec sensibilité vive à la pression; plus tard, fluctuation dont la contraction des parois abdominales rend parfois la constatation difficile, empâtement, œdème de la région lombaire où un examen attentif permet quelquefois de percevoir une sensation obscure de fluctuation. (Voy. *Obs.* III.)

Il y a huit à dix ans, quand je résumais ces observations, l'incision large et profonde me paraissait le seul traitement rationnel de ces phlegmons; deux fois je l'avais pratiquée moi-même avec succès, M. Nélaton une troisième fois y avait eu recours, et la guérison avait été obtenue malgré les circonstances défavorables au milieu desquelles il avait fallu opérer.

D'une autre part, la ponction proposée par des chirurgiens éminents,

parce que, disent-ils, elle expose moins à la lésion des artères lombaires, crée, si l'on veut en maintenir l'ouverture, des trajets sinueux très-difficiles à conserver béants. On a peine à faire pénétrer une bougie à travers les plans musculaires qu'il faut traverser et dont la contraction ferme ou dévie le canal destiné à l'écoulement du pus. Je me rappelle dans l'observation II avec quelles difficultés et quels prodiges d'habileté M. Nélaton faisait passer une bougie dilatatrice en corde à boyaux à travers tous ces obstacles que lui seul parfois réussissait à vaincre; et malgré cette bougie, de vastes clapiers ne tardèrent pas à se former, disséquèrent les plans musculaires qui séparaient le foyer de la peau; il fallut à la fin de larges débridements qui n'empêchèrent pas la terminaison funeste.

Entre ces deux méthodes, le doute ne me paraît pas permis: en incisant couche par couche, explorant avec le doigt les tissus qui vont être divisés, on évite plus sûrement la division des artères lombaires qu'avec un trocart plongé un peu au hasard. Si une artère est coupée, la largeur de l'incision permet d'en pratiquer aisément la ligature, tandis que si elle était blessée dans la ponction, il faudrait inciser pour la mettre à découvert.

Mais aujourd'hui, la possibilité de pratiquer l'aspiration avec des trocarts de très-petit diamètre, la facilité avec laquelle on évacue le foyer, l'innocuité de l'opération et la facilité de la répéter nous présentent la ponction sous un aspect très-différent.

M. Jules Guérin, il faut le reconnaître, en avait posé le principe, mais M. Dieulafoy, en se servant de trocarts beaucoup plus petits, d'instruments d'opération plus maniables, en a vulgarisé l'application. M. Potain y a apporté une nouvelle simplification; et il est probable qu'on y aura souvent recours avant de pratiquer l'incision du foyer; celle-ci deviendrait nécessaire et retrouverait sa place dans le cas où plusieurs ponctions successives n'amèneraient aucune diminution de la suppuration et de la réaction fébrile qui l'accompagne, ou dans les cas encore où des accidents putrides se manifesteraient.

Si à la première ponction le pus est fétide, il sera prudent de faire pénétrer dans le foyer, après l'évacuation du pus, un liquide désinfectant, de l'eau iodée ou phéniquée, peut-être l'une et l'autre. L'injection iodée trouve encore sa place, si, après la première injection, la sécrétion purulente ne diminue pas; on mêlera à l'eau plus ou moins d'iode, suivant le degré d'inflammation du foyer, manifesté par la douleur, la sensibilité et la réaction générale. En pratiquant ces injections, on ne

perdra pas de vue les rapports du foyer avec le péritoine, et elles doivent être faites avec une extrême prudence.

Si l'on croit devoir recourir à l'incision, il faudra suivre les préceptes donnés plus haut, laver le foyer, placer le malade dans une position telle que l'ouverture extérieure soit dans une position déclive, y maintenir un drain ou une mèche quand elle se rétrécit, prévenir par de petites cautérisations la cicatrisation trop rapide de la plaie des téguments. Nous avons vu dans l'observation IV le décubitus sur le côté opposé à l'ouverture, gardé pendant quelques heures, malgré ma défense, amener plusieurs fois des phénomènes d'infection putride dont le développement m'avait fait deviner cette infraction à mes prescriptions.

Il faut, bien entendu, avec ces soins locaux, étudier l'état général, relever les forces, stimuler l'appétit, assurer le sommeil, entretenir la liberté du ventre, souvent rendu paresseux par les rapports du colon avec le foyer morbide.

Le quinquina, l'alcool, le vin, les amers, une nourriture aussi substantielle que l'état du malade permettra de la prescrire, les hypnotiques, les lavements émollients et les laxatifs doux rempliront ces indications.