

Je termine cette étude sur le diabète traumatique par les conclusions suivantes :

1° Le diabète sucré plus encore que le diabète insipide peut être consécutif au traumatisme.

2° Ce traumatisme (coup, blessures, contusion, commotion) atteint le plus souvent le crâne, puis l'occiput, le rachis et les autres régions du corps.

3° Le diabète sucré traumatique peut apparaître quelques heures ou quelques jours après l'accident, c'est la forme dite précoce dont le pronostic est assez souvent bénin. Il peut n'apparaître que quelques mois après l'accident, c'est la forme dite tardive dont le pronostic est plus grave.

4° Les symptômes et l'évolution du diabète sucré traumatique sont identiques à ceux du diabète sucré non traumatique.

5° Au diabète traumatique s'associe une question de médecine légale, assez facile à trancher quand le diabète suit de près l'accident, plus difficile à élucider quand le diabète n'apparaît qu'à une époque éloignée de l'accident.

6° Au traitement général du diabète, régime alimentaire, privation d'aliments et de boissons sucrées, diminution (mais non privation) des aliments farineux, préparations arsenicales et alcalines, antipyrine, on doit associer un traitement local, révulsifs, séton, cautères suppurés à la nuque, surtout si le diabète est consécutif à un traumatisme cérébral.

HUITIÈME LEÇON

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE PRIMITIF

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

La jeune fille que je vous présente aujourd'hui est entrée dans mon service il y a deux mois, le 20 janvier. Je vous retracerai l'histoire de sa maladie, qui n'a pas été exempte de complications; je vous dirai comment nous sommes arrivés à diagnostiquer chez elle un phlegmon périnéphrétique et je vous ferai connaître en détails l'opération à laquelle elle doit la vie. Mais au préalable laissez-moi vous rappeler ce qu'on entend par phlegmon périnéphrétique.

On donne le nom de phlegmon, ou d'abcès périnéphrétique, ou de périnéphrite, à la suppuration de l'enveloppe cellulo-adipeuse du rein. Cette couche cellulo-adipeuse, bien étudiée par M. Tuffier sur des pièces congelées, est surtout abondante à la partie postérieure du rein et à ses deux extrémités. Elle est en continuité avec le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal et avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque et du petit bassin. D'autre part, elle se continue avec le tissu cellulaire de la région lombaire en dehors du carré des lombes, entre les limites des muscles grand dorsal et grand oblique. La suppuration peut rester cantonnée au

foyer périrénal sans empiéter au delà, mais parfois, à la faveur des connexions que je viens de vous signaler, elle s'étend au tissu cellulaire des régions lombaire, dorsale et fessière, au tissu cellulaire des fosses iliaques et jusqu'aux parages de la vessie et du rectum. Ce simple aperçu vous indique déjà combien le phlegmon périnéphrétique peut s'étendre loin de son foyer originel.

Ces préliminaires étant posés, passons à l'histoire clinique de notre malade. Cette jeune fille, que vous voyez aujourd'hui en pleine santé, avait été envoyée le 17 janvier en chirurgie, dans le service de M. Duplay. Elle y arriva fort malade, en proie à une fièvre violente et se plaignant de douleurs très vives à la région lombaire gauche et au côté gauche du ventre. Ces douleurs avaient débuté un mois avant, le 20 décembre, sans cause apparente. Elles étaient actuellement si intenses qu'on ne pouvait ni toucher ni explorer les régions douloureuses sans arracher des cris à la malade. Pour faciliter l'examen, cette jeune fille fut endormie, mais l'exploration sous le chloroforme pratiquée par M. Marion, chef de clinique, ne donna aucun résultat. On ne constata ni déformation, ni œdème, ni tuméfaction de la région douloureuse. Le palper abdominal et le toucher vaginal furent également négatifs. Cependant, la fièvre était vive, la température atteignait 39 degrés, la jeune malade avait la diarrhée, elle était abattue; on désira avoir un avis médical et on la fit passer dans mon service, salle Sainte-Jeanne, n° 6.

Quand je vis cette jeune fille, le vendredi 20 janvier à la visite du matin, elle me donna un peu, au premier abord, l'impression d'une typhique; elle avait saigné du nez, la langue était sèche, le pouls très accéléré, mais sans dicrotisme, la température oscillait, du matin au soir, entre 39 et 40 degrés, la douleur lombaire gauche n'avait rien perdu de son intensité. Voici ce que nous apprit notre enquête : Le mal avait débuté, un mois avant, le 20 décembre, par cette douleur lombaire gauche qui est toujours restée le symptôme dominant. Les premiers jours, on eût dit un *lumbago*, les mouvements, la marche étaient pénibles; toutefois l'état

général restait bon, sans fièvre et cette jeune fille pouvait exercer sa profession qui consistait à découper à l'emporte-pièce des lamelles pour la confection des bijoux. Mais en peu de jours les douleurs devinrent si vives, que la malade ne pouvait marcher que courbée en deux, la main appuyée sur son côté gauche, ce qui provoquait l'hilarité des camarades. Malgré cet état douloureux et malgré la fièvre qui apparut à cette époque, la malade travailla jusqu'au 7 janvier, dix-huitième jour de la maladie. Alors survinrent à la région lombaire des élancements qui s'étendaient au flanc gauche, la fièvre devint intense, des vomissements apparurent et cet état continua jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

La maladie durait donc depuis un mois, à l'arrivée de cette jeune fille dans mon service. La douleur lombaire gauche avait été le symptôme initial; la fièvre et les irradiations douloureuses au flanc gauche étaient venues plus tard. A l'inspection de la région lombaire, qui était extrêmement douloureuse, nous pûmes constater un léger empâtement. C'est évidemment là qu'était le siège du mal. L'évolution et la réunion de ces différents symptômes nous conduisaient à l'hypothèse d'une suppuration périnéphrétique, hypothèse qui avait été également émise en chirurgie. A supposer que nous eussions affaire à un phlegmon périnéphrétique, ce phlegmon était *primitif*, car nous ne trouvions dans le passé de la malade aucune des causes qui favorisent le phlegmon secondaire, ni lithiase, ni tuberculose rénale, ni pyélo-néphrite (les urines étaient normales), ni traumatisme, ni infection pulmonaire, ni furonculose. Il fallait donc, comme hypothèse la plus vraisemblable, admettre l'existence d'un phlegmon périnéphrétique primitif.

Ce diagnostic se confirma le lendemain. Les urines changèrent tout à coup de caractère, elles devinrent troubles avec un assez fort dépôt. L'examen de ces urines décéla la présence du pus et l'existence exclusive du *staphylococcus aureus*. Depuis la veille, la région lombaire était devenue plus douloureuse, plus saillante, les douleurs abdominales avaient augmenté d'intensité, il n'y avait plus d'hésitation : cette jeune fille était atteinte de phlegmon périnéphrétique gauche

ayant fusé vers l'abdomen et en connexion quelque part avec les voies urinaires.

L'opération est, aussitôt, décidée et pratiquée par M. Marion dans les conditions suivantes : L'incision part de la douzième côte gauche, descend verticalement le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, puis s'incline en bas et en avant. La section des différents plans détermine une hémorragie abondante due à la congestion des tissus. En avant du muscle transverse, on ouvre un foyer purulent qui fuse en bas vers la fosse iliaque interne, et qui se prolonge en haut par un trajet où le doigt peut à peine pénétrer. De tous côtés, sauf au niveau du trajet supérieur, on limite la cavité purulente. Le rein paraît de volume normal. De la cavité s'est écoulé un verre de pus dont l'élément pathogène est uniquement le staphylocoque doré, ainsi qu'en témoigne l'examen direct et les cultures faites plus tard.

La plaie est largement drainée et fermée à sa partie supérieure. Dès le soir de l'opération, la fièvre s'amende et la température tombe à 37°7, les douleurs lombaires abdominales diminuent notablement. Mais les jours suivants, la fièvre reparait, la température remonte et les urines continuent à être purulentes. Au lieu de l'amélioration progressive sur laquelle on croyait pouvoir compter, la situation reste précaire, la fièvre persiste, il s'écoule peu de pus par le pansement, la malade maigrit, s'affaiblit et est prise la nuit de quelques idées délirantes.

En face de cet état qui semblait indiquer une reprise de l'infection, on incise largement la plaie qui commençait à se cicatrifier et on tombe sur le foyer précédemment décrit sans qu'il soit possible de découvrir un foyer nouveau. L'exploration du rein permet de constater, une fois de plus, que cet organe n'est pas en cause et a un volume normal. Malgré un large drainage pratiqué en haut et en bas, la situation de la malade ne s'améliore nullement, le pouls reste petit et accéléré, la température est élevée, l'amaigrissement continue, la pâleur s'accroît, la diarrhée apparaît.

En même temps, survient un état dyspnéique avec congestion des poumons notamment du poumon gauche. On

trouve à l'auscultation des râles sous-crépitaux fins et sibilants. La quantité de pus qui s'écoule par la plaie est insignifiante, tandis que les urines continuent à être purulentes.

Le dimanche 12 février, la malade qui depuis quelques jours souffrait à l'hypogastre, est prise dans l'après-midi d'élançements intolérables dans cette même région. L'interne du service constate au point douloureux, au-dessus du pubis, une tuméfaction située sur la ligne médiane. On incise et on ouvre un abcès prévésical dont le pus contient, comme les autres foyers purulents, le staphylocoque doré sans aucune autre espèce microbienne.

Il était difficile de savoir si ce foyer prévésical était en connexion avec les autres foyers ; on pouvait affirmer toutefois qu'il ne communiquait pas avec la vessie. Pendant quelques jours encore, la fièvre persista ; les deux plaies lombaire et hypogastrique donnaient peu de pus et tendaient à se fermer, mais la pyurie continuait toujours sans aucun symptôme de cystite.

A ce moment, la congestion pulmonaire ébauchée dans les premiers jours de février, prit une importance dominante ; la toux était fréquente et la respiration gênée, je constatai à la base du poumon gauche, un souffle léger avec râles fins abondants. Cette complication broncho-pulmonaire ne fut pas sans nous causer des craintes sérieuses ; mais voilà que du 20 au 23 février tous les symptômes s'amendent ; les urines ne contiennent plus de pus, les plaies lombaire et hypogastrique se cicatrisent, les signes broncho-pulmonaires s'amendent, la malade se sent beaucoup mieux et réclame des aliments. La fièvre disparaît et le 2 mars la température tombe à 36°6.

A dater de ce moment, la convalescence a été des plus rapides ; le 7 mars la malade commençait à se lever, et le 21 mars elle quittait l'hôpital complètement guérie pour rentrer à Etampes dans sa famille. Elle a bien voulu consentir à faire le voyage pour venir nous voir et je vous la présente aujourd'hui en pleine santé. Elle va vous dire elle-même qu'elle se sent complètement rétablie sans que sa maladie ait laissé la moindre trace.

Voilà bien, Messieurs, un cas de phlegmon périnéphrétique primitif; je dis *primitif*, car il ne nous a été possible de retrouver ni lésion antérieure ni la porte d'entrée de l'agent pathogène. Cet agent pathogène a été le staphylocoque doré sans autres microbes; c'est lui seul qui a été constaté par un de mes chefs de laboratoire M. Gandy, dans les urines et dans le pus du foyer périnéphrétique et du foyer prévésical. La localisation douloureuse à la région lombaire gauche et la fièvre ont été pendant plusieurs semaines les seuls témoins de la formation purulente périnéphrétique; plus tard, ont apparu presque simultanément les signes tangibles du phlegmon et le passage du pus dans les voies urinaires. A quel niveau s'est faite la communication du foyer purulent avec les voies urinaires, je l'ignore; mais en fin de compte, la malade est guérie malgré la complication broncho-pulmonaire, conséquence probable de la suppuration périrénale.

Voici une autre observation de phlegmon périnéphrétique, primitif, lui aussi, concernant un malade du service. Un homme de trente-cinq ans entre le 7 novembre 1898, salle Saint-Christophe, n° 5. Il se plaint d'une vive douleur à la région lombaire gauche. Cette douleur accompagnée de fièvre et de frissons a débuté brusquement, sans cause appréciable, sans traumatisme, il y a une douzaine de jours. La violence des douleurs rendait tout mouvement impossible et le malade dut garder le lit. A son entrée dans le service, la température est de 39 degrés, la langue est sèche, les urines sont rares. On constate une douleur très vive à la région lombaire gauche, douleur que la pression du ventre réveille à la fosse iliaque du même côté. La palpation abdominale est rendue difficile par la contraction musculaire. Les jours suivants, la région lombaire gauche toujours très douloureuse est empâtée et fait une légère saillie. Pareils symptômes nous engagent à porter le diagnostic de phlegmon périnéphrétique primitif, je dis primitif, car nous ne trouvions dans le passé de cet homme rien qui pût expliquer un phlegmon secondaire: pyélo-néphrite, lithiase ou tuberculose rénale, infection pleuro-pulmonaire, etc.

Ce diagnostic étant posé, je pensai que l'intervention

chirurgicale ne devait pas être différée et il fut convenu que le malade serait opéré le 11 novembre, quand survint un incident nouveau. Les urines recueillies journellement dans le bocal devinrent tout à coup purulentes, une vraie « vomique périnéphrétique » venait de se produire. En même temps, les autres symptômes subissaient le contre-coup de cette évacuation purulente, la température tombait à 37, la douleur diminuait, la région lombaire paraissait libérée et le malade était notablement soulagé. Il était évident que le phlegmon périnéphrétique venait de se vider dans les voies urinaires et on pouvait évaluer à 300 grammes la quantité de pus rendu dans cette débâcle. Toutefois, il n'était pas possible de savoir si cet incident serait une heureuse terminaison de la maladie, ou si le foyer infecté ne continuerait pas à suppurer indéfiniment. La situation était comparable à ce qui se passe à la suite des vomiques que nous avons étudiées il y a quelques semaines à propos de la pleurésie interlobaire.

L'avenir seul pouvait nous renseigner. Si la quantité de pus déversée journellement dans les urines s'abaissait graduellement et si les symptômes douloureux et fébriles disparaissaient en même temps, la guérison spontanée pouvait être espérée, mais si les symptômes d'infection continuaient, il faudrait aller à la recherche du foyer infecté et provoquer chirurgicalement la guérison, comme chez notre jeune fille de la salle Saint-Christophe. Le malade fut mis au régime lacté et aux boissons abondantes. Les jours suivants, la quantité de pus diminua progressivement, la légère saillie constatée à la région lombaire gauche s'affaissa et la douleur disparut totalement. Le 16 novembre, les urines étaient tout à fait limpides et dix jours plus tard le malade quittait l'hôpital complètement guéri.

Ces exemples de phlegmon périnéphrétique primitif ne sont pas rares, il s'en faut; en voici une observation consignée dans les cliniques de Trousseau: Au n° 2 de la salle Saint-Bernard était couchée une femme de trente-deux ans, qui, depuis dix jours, se plaignait de douleurs dans les reins et de courbature. Chaque jour, depuis le début de ses douleurs, la malade était prise de fièvre avec frisson dans l'après-

midi : la fièvre durait plusieurs heures chaque fois et ne permettait à la patiente de s'endormir que vers une heure ou deux après minuit. Tant que durait la fièvre, il y avait des douleurs lancinantes dans le côté droit. Au milieu du mois de juin, c'est-à-dire cinq jours après l'admission de la malade à l'Hôtel-Dieu, la fièvre devint continue avec paroxysmes régulièrement intermittents qui revenaient chaque fois de midi à quatre ou cinq heures du soir. Souvent le paroxysme débutait par un gros frisson, et quelquefois il y avait petit frisson dans l'après-midi.

L'inappétence était presque absolue, la soif assez vive; il y avait des nausées, des vomissements; l'amaigrissement faisait de rapides progrès, mais on n'observait que de l'abattement sans stupeur; il n'y avait pas de taches rosées lenticulaires, pas de diarrhée. On prescrivit plusieurs fois des purgatifs, et, trois semaines après l'entrée à l'hôpital, on constatait une amélioration notable; l'appétit était revenu.

Cependant, vingt-huit jours plus tard, le 10 juillet, la malade s'étant exposée au froid, la fièvre reparut plus forte que jamais avec frissons; puis, de nouveau, des douleurs très vives sont accusées dans le côté droit de l'abdomen, en même temps qu'il y a flexion de la cuisse sur le bassin. Bientôt une tuméfaction très notable se manifeste à la région lombaire; l'échancreur costo-iliaque est effacée. Lorsqu'on applique les deux mains de façon à embrasser la région lombaire, si l'on exerce une légère pression, on sent très manifestement que cette région est le siège d'un empâtement profond. La douleur locale devient de jour en jour plus aiguë à la pression; il y a des élancements plusieurs fois par jour; dans l'après-midi, la malade éprouve des frissons suivis d'un mouvement fébrile.

La continuité de la fièvre avec paroxysmes et frissons répétés, la douleur de plus en plus vive éprouvée dans la région lombaire droite, ne permettaient guère de douter de la formation de pus en ces points. Quelques jours plus tard, la fluctuation devenait évidente, et M. Jobert (de Lamballe) donnait issue au pus en pratiquant dans la région lombaire une incision de plusieurs centimètres. Le bistouri, avant de

pénétrer dans le foyer, incisa une couche épaisse de tissus œdématisés et indurés. Deux petites artères lombaires furent liées, le pus qui sortit en grande quantité était d'un blanc verdâtre et charriait des traînées de sang noirâtre. Avant de faire le pansement, nous avons pu reconnaître, en introduisant l'index dans le foyer, que le rein était porté en avant et que la cavité du foyer renfermait des débris de tissu cellulaire adhérents à la surface du rein.

Le lendemain, il n'y eut que très peu de fièvre, le pouls, encore fréquent, était parfaitement régulier. La malade prit du potage avec plaisir. Puis, la fièvre diminua de jour en jour, les parois du foyer revinrent sur elles-mêmes, l'écoulement du pus est de moins en moins abondant. La malade mange une portion et le mieux fait de sensibles progrès. Enfin, la fièvre cesse, l'appétit augmente, les lèvres de la plaie ne laissent plus écouler qu'une très petite quantité de pus séreux sans fétidité; l'empâtement des parois du foyer a disparu, et trois semaines après l'opération, l'ouverture de la plaie était cicatrisée. La malade est revenue nous voir plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital; elle était alors très bien portante, et avait recouvré un certain embonpoint; depuis sa sortie de l'hôpital, elle n'a plus éprouvé de douleur dans la région lombaire, elle marche avec facilité et sans fatigue.

Voilà, Messieurs, plusieurs observations qui vous prouvent que le phlegmon périnéphrétique peut être *primitif*, c'est-à-dire indépendant de toute cause appréciable, telle que calcul du rein, lésion rénale, infection urinaire ascendante, traumatisme, furonculose, etc.

Sous l'influence d'un agent pathogène, colibacille, streptocoque, staphylocoque, la zone cellulo-adipeuse infectée se met à suppurer, et sans cause apparente, dans le cours d'une excellente santé, un phlegmon se développe.

Quel que soit l'agent pathogène infectant, on ne sait pas, on ne voit pas, dans les formes dites primitives, à la faveur de quelle lésion préexistante, il pénètre dans la couche cellulo-adipeuse du rein. Il y pénètre, c'est tout ce qu'on sait,