

et il est aussi difficile d'expliquer le phlegmon staphylococcique ou streptococcique primitif, qu'il est difficile d'expliquer la péritonite pneumococcique primitive. Vous n'avez pas oublié nos leçons sur cette péritonite primitive à pneumocoques; voilà une péritonite qui éclate brusquement sans qu'on puisse trouver la porte d'entrée de l'agent infectieux; un enfant est pris tout à coup d'une vive douleur abdominale, de frissons, de fièvre, de vomissements, de diarrhée, le péritoine est infecté par le pneumocoque, et une suppuration intense se déclare sans qu'il soit possible de dire comment et par où le pneumocoque a pu infecter la séreuse. Pareille remarque s'adresse à la péritonite primitive pneumo-streptococcique, le streptocoque s'associant au pneumocoque sans qu'il soit possible de savoir comment et par où ces microbes ont pénétré dans la séreuse.

Eh bien, de même qu'il y a des suppurations péritonéales primitives, à pneumocoque et à pneumo-streptocoque, de même il y a une suppuration périrénale primitive, sans qu'il soit aisé de dire pourquoi et comment l'agent virulent pathogène est venu infecter la zone cellulo-adipeuse du rein.

Après vous avoir parlé des formes primitives du phlegmon périnéphrétique, je ne serais pas complet si je n'en esquissais les formes secondaires. Toute lésion rénale, calculeuse ou tuberculeuse avec ou sans pyélo-néphrite, toute infection ascendante, y compris la blennorragie, toute infection de voisinage et même des infections éloignées (pneumonie, furonculose) peuvent engendrer, par des mécanismes divers, le phlegmon périnéphrétique. Je n'insiste pas sur les suppurations périrénales consécutives aux pyélo-néphrites, cette pathogénie a été bien étudiée par M. Albarran et la proximité des lésions explique mieux leur connexité. Mais je voudrais vous parler de l'influence réciproque qu'ont l'une sur l'autre l'infection périrénale et l'infection du poumon.

Ce côté de la question n'avait pas échappé, il s'en faut, à nos illustres devanciers Rayet et Trousseau, ils s'en sont occupé dans leurs leçons cliniques. Voici une observation que

je trouve dans le bel ouvrage de Rayet (1) : Une femme de soixante-cinq ans entre dans son service le 11 août 1836. Cette femme, autrefois sujette à des coliques néphrétiques, éprouve depuis quelques mois des douleurs au rein droit, avec fièvre et grand malaise. La région lombaire droite est extrêmement douloureuse à la pression; le flanc du côté droit est élargi, et la palpation y circonscrit une tumeur lombiliaque. Malgré les saignées et les sangsues, la fièvre persiste et l'état s'aggrave. Un nouvel examen fait constater une saillie plus manifeste à la région lombaire. On porte le diagnostic d'abcès extra-rénal et on pratique une incision qui donne issue à une pinte de pus d'odeur nauséabonde. Le doigt introduit dans l'incision, constate l'étendue du foyer et circonscrit la face postérieure du rein; il s'agissait donc bien d'un phlegmon périnéphrétique.

L'opération est suivie d'un soulagement considérable, et le pouls qui était à 120, tombe à 82; les jours suivants, la situation s'améliore et tout annonce la guérison prochaine. Soudain, le treizième jour après l'opération, la malade est prise d'un frisson, de fièvre violente et l'on constate l'existence d'une *pneumonie* droite avec râles crépitants et souffle tubaire. La *pneumonie* céda en quelques jours, la plaie lombaire donna encore issue à une petite quantité de pus; finalement, la plaie se referma et la malade quitta l'hôpital complètement guérie. Dans les quelques remarques dont il fait suivre son observation, Rayet revient sur l'apparition de cette *pneumonie* dont il s'explique mal la pathogénie.

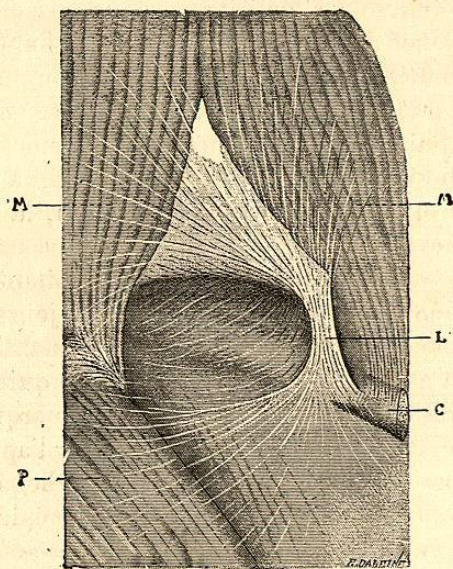
Trousseau, dans sa leçon sur les abcès périnéphrétiques (2) qui est un pur chef-d'œuvre d'étude *médico-chirurgicale*, insiste à plusieurs reprises sur les relations réciproques qui unissent les suppurations périrénales et la pleuro-pneumonie. « Les abcès périnéphrétiques, dit-il, peuvent devenir l'occasion d'une pleurésie et d'une *pneumonie*. » Et ailleurs : « Je dois vous faire remarquer que, dans le cas où les abcès périnéphrétiques sont compliqués de pleuro-pneumonie,

1. Rayet. *Maladies des reins*, t. III, p. 264.

2. Trousseau. « Des abcès périnéphrétiques ». *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 696.

c'est toujours du côté correspondant à l'abcès périnéphrétique, comme dans les observations de MM. Desruelles, Cazalis, Demarquay et Bernutz. » Encore ailleurs : « M. Desruelles a constaté avec M. Destouches, l'existence d'un abcès périnéphrétique chez une femme âgée de soixante ans et convalescente d'une pneumonie gangreneuse ».

Des recherches récentes ont expliqué la pathogénie de ces infections réciproques signalées par les grands maîtres de la clinique française. MM. Tuffier et Lejars ont décrit un hiatus costo-lombaire, à travers lequel la graisse sous-pleurale communique avec le tissu adipeux périrénal.



Hiatus costo-lombaire. Orifice à travers lequel la graisse sous-pleurale communique avec le tissu adipeux péri-rénal (Tuffier et Lejars).

C, 12^e côte. — P, psoas. — MM, faisceaux du diaphragme qui s'attachent : l'interne à l'arcade du psoas, l'externe à la 12^e côte. — L, toile fibreuse d'enveloppe qui s'étend de la face concave du diaphragme sur le carré lombaire.

L'hiatus est traversé par des veines et par des lymphatiques, voies de communication entre la zone cellulo-adi-

peuse périrénale et la cavité thoracique; aussi, les infections pleuro-pulmonaires peuvent-elles devenir périrénales et réciproquement. M. Tuffier a publié un cas concernant un phlegmon périnéphrétique à pneumocoques consécutif à une pneumonie¹. Nous sommes donc actuellement bien édifiés sur la pathogénie des infections réciproques de l'enveloppe cellulo-graisseuse périrénale et des organes sus-diaphragmatiques, plèvre et poumon. Peut-être peut-on expliquer ainsi la pneumonie congestive gauche de notre première malade.

Le *traumatisme*, vous le savez, joue un rôle considérable dans la genèse des maladies; l'éclosion de la pneumonie et l'apparition de la tuberculose à la suite du traumatisme sont des faits bien connus, sans qu'il soit toujours aisé d'en expliquer la pathogénie. Pareille étiologie se retrouve dans l'histoire du phlegmon périnéphrétique; en voici un exemple que j'emprunte aux leçons de Guéneau de Mussy²: Une femme d'une quarantaine d'années, qui avait reçu un coup de pied de cheval à la région lombaire droite, éprouva après six mois de souffrances des douleurs beaucoup plus vives, avec fièvre et frissons. La douleur lombaire se propageait jusqu'à la région iliaque correspondante. Ces symptômes s'amendèrent sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et émollient, puis ils reprirent huit jours plus tard avec violence. A ce moment, on pouvait constater dans l'espace qui sépare la crête iliaque de la dernière côte, une tuméfaction avec empâtement et œdème du tissu cellulaire. La pression sur la région lombaire droite provoquait des douleurs intolérables, la fièvre était continue avec frissons et exaspération vespérale. On porta le diagnostic de phlegmon périnéphrétique, et M. Nélaton, appelé près de la malade, confirma ce diagnostic.

Ne pouvant vaincre l'insurmontable résistance que la malade opposait à une grande opération, on se contenta d'une ponction qui donna issue à une quantité de pus. Après

1. *Société de Biologie*, avril 1892.

2. Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, 1875, t. II, p. 208.

amélioration momentanée, le pus ne trouvant pas un écoulement facile au dehors, les frissons et la fièvre reparurent. De nouvelles ponctions suivies d'injections iodées n'eurent pas raison des accidents, et quand on se décida à pratiquer une large incision, il était trop tard, la malade ne tarda pas à succomber.

M. Bergounhioux raconte qu'un paysan, en tombant d'un arbre, se fit une violente contusion dans la région lombaire droite. Vastes ecchymoses de la région et pissement de sang pendant quelques jours. Bientôt le malade éprouve des douleurs profondes, la fièvre s'allume; le pissement de sang cesse, mais la région contusionnée se tuméfie, les frissons se multiplient et la fluctuation ne tarde pas à devenir manifeste. Une incision en dehors de la masse sacro-lombaire donne issue à une quantité assez considérable de pus phlegmoneux. Au bout de quelques semaines, le malade sortait entièrement guéri de l'hôpital de Clermont-Ferrand¹.

Le cas de M. Bienfait concerne une nourrice tombée du haut de huit marches sur le bord d'un seau. Deux jours après, la malade est prise de fièvre et de vomissement. L'hypocondre et le flanc droit sont tuméfiés et douloureux, les urines sont légèrement sanguinolentes. Pendant trois semaines, fièvre avec délire et diarrhée. Alors survient une énorme tuméfaction de la région lombaire avec œdème de ces parties; la tumeur envahit le flanc et l'hypocondre. On fait une application de potasse caustique à la région lombaire, on incise l'escarre, on évacue une grande quantité de pus et la malade guérit de ce phlegmon périnéphrétique.

Après vous avoir fait connaître nos observations de phlegmon périnéphrétique primitif et après avoir passé en revue les causes les plus habituelles du phlegmon secondaire, abordons la description de cette maladie. La douleur lombaire est le symptôme initial du phlegmon périnéphrétique; la localisation de cette douleur simule un lumbago; relisez les observations et vous verrez que la méprise a été

1. Ce cas et le suivant sont consignés dans la clinique de Trousseau.

commise dans un grand nombre de cas; le malade vient se plaindre de sa douleur lombaire, on l'examine et on lui répond « vous avez un lumbago ». La fièvre apparaît rarement avec la douleur, elle est plus tardive et habituellement, à une période avancée, elle est accompagnée de frissons et atteint 39 et 40 degrés. La douleur et la fièvre, auxquelles se joignent parfois des vomissements, sont les seuls symptômes du phlegmon périnéphrétique à ses débuts. Plus tard apparaissent d'autres signes, tels que les frissons, la tuméfaction, l'œdème, la déformation de la région lombaire, les irradiations douloureuses abdominales.

L'évolution du phlegmon périnéphrétique a été si admirablement retracée par mon maître Trousseau, que je ne peux mieux faire qu'en reproduire la description, sans y changer un mot: « C'est tout à coup que le malade accuse une douleur profonde, diffuse, aiguë ou sourde dans la région lombaire. Cette douleur spontanée, avec élancements quelquefois, est toujours augmentée par la pression et surtout lorsqu'on cherche à comprendre la région douloureuse entre les deux mains. La douleur peut quelquefois disparaître pour un temps variable, quelques semaines, quelques mois, et attendre une nouvelle cause déterminante pour se montrer de nouveau. Ordinairement, cependant, il n'en est point ainsi, la souffrance est persistante et augmente jusqu'au jour où le pus est évacué. Cette douleur est toujours un symptôme d'une grande importance, parce que pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, elle est le seul phénomène local; déjà, toutefois, des troubles généraux démontrent que la souffrance a une raison organique, les malades ont de la fièvre continue avec paroxysme et frisson dans la soirée. Chaque jour, le malade est pris d'un frisson suivi de chaleur et de sueur. Bientôt les malades perdent l'appétit, maigrissent rapidement, ils ont parfois des vomissements au début du paroxysme fébrile et presque toujours il existe une constipation opiniâtre.

« Pendant un temps variable, de huit à quinze jours, les malades n'offrent donc, comme symptômes, que la douleur locale, la faiblesse générale et la fièvre avec paroxysme quo-

tidien. Puis se manifestent d'autres signes locaux de la phlegmasie profonde; la région, de plus en plus douloureuse à la pression, devient le siège d'un empâtement plus ou moins étendu; en même temps, l'échancrure costo-iliaque s'efface, et le malade étant dans le décubitus dorsal, si le médecin plonge sa main sous la région lombaire, il perçoit par le toucher, comme bientôt par la vue, une saillie plus ou moins marquée; et si en même temps, il place l'autre main sur la région antérieure correspondante, il constate entre ses deux mains une tumeur profonde se continuant avec le tissu cellulaire sous-cutané. Cette tumeur est immobile lorsque l'on commande au malade de grands mouvements de respiration, et l'on acquiert alors la certitude qu'elle est indépendante du foie, qui s'abaisse et s'élève à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration. L'empâtement de la région lombaire est accompagné souvent d'œdème, et cet œdème peut s'étendre à la région dorsale et à la région fessière; en même temps, il y a quelquefois un peu de rougeur de la peau. Cette rougeur est érysipélateuse dans les cas où la phlegmasie s'étend au tissu cellulaire de la région.

« A partir du moment où ces signes locaux de l'inflammation existent, on peut constater une fluctuation assez nette; cependant, cette fluctuation est presque toujours profonde, et il faut une grande habitude pour bien la reconnaître; quelquefois même, elle ne peut être que soupçonnée par le fait complexe de l'œdème, de l'empâtement de la région et des symptômes généraux. En effet, à partir du moment où le pus se forme, il y a recrudescence de la fièvre; le pouls prend une certaine ampleur, il devient plus dur, plus résistant et le malade accuse des frissons multiples. Dans ces circonstances, l'indication d'intervenir est très nette, il ne faut pas hésiter à donner issue au pus; si l'on tarde à pratiquer une ouverture, le pus pourra fuser dans la fosse iliaque, en compromettant l'existence du malade. »

Cette description, Messieurs, résume d'une façon saisissante l'entrée en scène et l'évolution du phlegmon périnéphrétique; elle est de tous points conforme au cas de la jeune

malade qui a été le prétexte de cette leçon. Quant au *diagnostic* du phlegmon périnéphrétique, il est fort difficile au début et la difficulté s'accroît encore quand il s'agit de la forme primitive du phlegmon. Le phlegmon périnéphrétique secondaire est plus facile à diagnostiquer que le phlegmon primitif, parce que la lésion provocatrice fournit déjà une indication précieuse. Supposez un traumatisme de la région rénale; quelques jours ou quelques semaines plus tard, éclatent au point traumatisé des élancements, des douleurs vives bientôt suivies de frissons et de fièvre; la région lombaire devient extrêmement sensible à la pression, elle est empâtée, tuméfiée, la fièvre augmente; votre attention étant mise en éveil par le traumatisme, vous n'hésitez pas à diagnostiquer le phlegmon en voie d'évolution. Supposez un individu ayant une lithiase rénale avérée, des coliques néphrétiques, des hématuries, et encore mieux, du pus dans l'urine, témoignage de pyélite, que cet individu soit pris un jour de vives douleurs à la région du rein, avec accompagnement de frissons, de fièvre, et plus tard avec douleur profonde à la pression et empâtement ou déformation de la région lombaire, votre attention étant mise en éveil par les symptômes antérieurs de lithiase rénale ou de pyélite, vous n'hésitez pas à diagnostiquer un phlegmon périnéphrétique. Et ainsi de suite pour les autres cas de phlegmon périnéphrétique consécutif à des causes déjà connues.

Mais, par contre, que le phlegmon soit primitif, qu'il survienne dans le courant d'une bonne santé, comme chez nos deux malades qui ne présentaient antérieurement aucune tare appréciable, vous manquez d'indications prémonitoires et vous êtes forcément hésitants sur le diagnostic. Vous n'avez pour vous guider au début qu'un seul symptôme, la douleur lombaire; les mouvements du tronc sont pénibles, les muscles sont durs et contractés, vous pensez à un lumbago, à un rhumatisme musculaire, vous prescrivez le repos, du massage, des liniments calmants, des ventouses sèches, des injections de morphine, de l'antipyrine, et vous attendez. Pendant quelques jours, la situation reste la même,

ou peut s'en faut; la douleur lombaire plus ou moins vive est toujours le symptôme dominant, l'exploration de la région est rendue difficile par la contraction musculaire; le malade se plaint de malaise, d'insomnie, de manque d'appétit, « il sent bien qu'il a autre chose qu'un lumbago, » il a des frissons, il transpire, il a des nausées et des vomissements, vous prenez la température, vous trouvez 38°5-39 degrés, la fièvre est déclarée, vous arrivez au huitième, au dixième jour de cette affection douloureuse et fébrile, et le diagnostic commence à se formuler dans votre esprit. Ce qui rend la situation encore plus obscure, c'est que le malade est parfois abattu et prostré avec diarrhée et épistaxis, ce qui lui donne l'apparence d'un typhique. Eh bien, la douleur lombaire et la fièvre sont vos guides les plus sûrs. Surveillez de près cette région lombaire, qui est le siège d'élançements et de douleur profondes, cette région que vous ne pouvez explorer par le palper bimanuel sans déterminer de très vives souffrances. Là est le mal. La fièvre est un indice de suppuration. Un jour ou l'autre, la région douloureuse va s'empâter, s'œdématiser, se déformer, votre diagnostic est fait, il s'agit du phlegmon périrénal. A ce moment, il faut intervenir, l'opération doit être pratiquée sans tarder, et bien que quelques cas, témoin notre second malade, prouvent qu'un phlegmon périnéphrétique peut guérir après évacuation spontanée du foyer purulent dans les voies urinaires, il faut se méfier, car des complications nombreuses peuvent surgir d'un jour à l'autre et le plus sage est de ne pas différer l'opération.

Je termine cette leçon par les conclusions suivantes :

1° Le phlegmon périnéphrétique est l'infection suppurée de l'enveloppe cellulo-adipeuse du rein.

2° Le phlegmon périnéphrétique est secondaire ou primitif. Secondaire, il est dû à des lésions de voisinage, lithiase et tuberculose du rein, pyélo-néphrite; ou à des lésions éloignées, infection pleuro-pulmonaire; ou à la staphylococcie (furonculose); le traumatisme en réclame également sa part. Primitif, il éclate dans le cours de la santé, sans qu'on puisse

saisir le mode de pénétration de l'agent infectant. Chez notre première malade, le microbe pathogène était le staphylococcus aureus.

3° La douleur lombaire est le symptôme initial du phlegmon périnéphrétique; elle en est même le symptôme dominant. La fièvre, les frissons, les vomissements, l'empâtement, la tuméfaction, la déformation de la région douloureuse complètent la description et permettent d'arriver au diagnostic. Ce diagnostic est fort simplifié dans les formes secondaires du phlegmon, car les lésions rénales antérieures déjà connues fournissent des indications précieuses.

4° Le phlegmon périnéphrétique, dans les cas heureux, peut se terminer par évacuation du foyer dans les voies urinaires. Ce fait est comparable à la vomique. Dans la très grande majorité des cas, le phlegmon périnéphrétique ne peut guérir que par l'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun.