CYSTITE.

La *cystite* est l'inflammation de la vessie. Elle est *aiguë* ou *chronique*.

Cystite aigue. Étiologie. — La cystite aiguë peut se développer spontanément sous l'influence du *froid* (cystite *a frigore*), mais c'est là un fait très rare. Plus souvent la cystite est secondaire, qu'elle soit due à la *propagation* d'une blennorrhagie ou qu'elle résulte d'une *irritation directe* par des substances qui s'éliminent par l'urine (cantharide, cubèbe, balsamiques), par des calculs provenant des reins, par le cathéter, par des injections uréthrales ou par l'urine elle-même lorqu'une affection de l'urèthre, de la prostate, de la moelle épinière, a amené la *stagnation* de l'urine dans la vessie et sa *décomposition ammoniacale*. L'inflammation vésicale aiguë peut être aussi symptomatique de la présence de tubercules ou d'autres productions néoplasiques développées dans les parois du réservoir urinaire.

C'est qu'en effet les déterminations inflammatoires sur la muqueuse vésicale nécessitent, le plus souvent pour se produire, l'existence de prédispositions constitutionnelles ; parmi celles-ci, la tuberculose occupe la première place (Guyon, Dolbeau, Tapret, Guébhard, Boursier) : la cystite tuberculeuse primitive est loin d'être rare. Mais il faut citer à côté d'elle la goutte (Tood, Thompson, Guyon), le rhumatisme (Guyon, Hache) et un grand nombre de maladies infectieuses : pyohémie, typhus, choléra, variole, scarlatine, rougeole (Bondet), oreillons (Kocher).

Le plus généralement, ces diverses maladies infectieuses donnent lieu à une cystite bactéridienne ; cependant il ne s'ensuit pas fatalement que toute cystite ainsi développée soit parasitaire (Hache). Par contre, on peut observer, en dehors des maladies infectieuses, des cystites bactériennes, dont la véritable origine n'est pas encore élucidée (Aubert).

La cystite aiguë est superficielle, limitée à la muqueuse, ou bien l'inflammation atteint toutes les couches qui composent la paroi de la vessie ; elle peut aussi être généralisée ou n'occuper qu'un point limité de l'organe et en particulier le trigone et le col de la vessie (*cystite du col*). Dans les cas assez rares dans lesquels on a pu observer les lésions de la cystite aiguë, on a généralement rencontré la capacité de la cavité vésicale augmentée, plus rarement elle a été trouvée diminuée.

Anatomie pathologique. — La muqueuse est hypérémiée dans toute son étendue ou présente seulement des plaques rouges et

turgescentes. Les glandes muqueuses sont tuméfiées, saillantes ; la surface vésicale est recouverte d'un mucus opaque ou d'exsudations fibrineuses, grisâtres, superficielles ou profondes, analogues à la couenne d'un caillot sanguin (cystite cantharidienne, blennorrhagique). Lorsque l'inflammation est très vive, l'exsudat est parfois interstitiel et donne naissance à des ulcérations généralement peu étendues, mais qui gagnent facilement les tissus sous-jacents ; quelquefois même on a observé la gangrène (Chopart). Le plus souvent alors la cystite est traumatique et reconnait pour cause soit la pression prolongée de la tête du fœtus sur le pubis, soit une opération sur les voies urinaires (taille, lithotritie). Dans les cas où l'inflammation est très vive, les parois vésicales sont indurées, épaissies, infiltrées de pus, ou bien elles renferment de petites collections purulentes qui peuvent décoller le péritoine et devenir le point de départ de péritonites mortelles (Valette).

Description. — La cystite aiguë, qu'elle soit généralisée ou partielle, limitée au col par exemple, donne lieu à deux ordres de phénomènes caractéristiques : de la *douleur* et certaines *modifications de l'urine*.

L'intensité de la douleur est variable : d'abord sourde et profonde, elle devient souvent d'une acuité excessive ; elle se limite à la région hypogastrique ou s'irradie vers la région périnéale ou le testicule. Le symptôme capital est le *ténesme vésical*, qui s'accompagne d'un besoin de miction impérieux se répétant à intervalles très rapprochés, parfois même de minute en minute : il y a alors une véritable incontinence continue (Fournier). C'est surtout au moment où les dernières gouttes d'urine sont évacuées que la douleur survient sous forme d'une épreinte convulsive excessivement pénible. L'hyperesthésie, due à l'inflammation, empêche toute tolérance de la vessie pour l'urine, et dès que quelques gouttes de liquide sont arrivées dans la vessie, le besoin de la miction se reproduit. La contraction spasmodique du col donne lieu à des tentatives d'expulsion involontaires et amène souvent le rejet de quelques gouttes d'un liquide blanchâtre, laiteux, qui détermine à son passage dans l'urèthre une horrible sensation de brûlure. D'autre part il peut y avoir paralysie de la vessie : la rétention de l'urine se traduit alors par une tumeur dure, piriforme, douloureuse, autour du pubis.

L'urine est ordinairement diminuée de quantité surtout dans la cystite cantharidienne. Au début de la miction, elle est claire et transparente, puis elle devient blanchâtre et laiteuse, et son expulsion est suivie de l'écoulement d'un mucus plus ou moins épais, mélangé de sang, parfois même de sang pur. On peut observer

cependant, dans quelques cas, des hématuries précoces, particulièrement au début de la cystite tuberculeuse (véritables hémoptysies vésicales, Fournier). Dans la cystite cantharidienne l'urine contient souvent des lambeaux pseudo-membraneux (Morel-Lavallée).

Le plus souvent le malade reste sans fièvre ; mais on observe assez fréquemment un peu de concentration du pouls, du malaise, de l'anxiété, de l'insomnie, résultant du ténesme. L'appétit est diminué, la constipation est opiniâtre et s'accompagne souvent de ténesme rectal.

La cystite aiguë peut se terminer par suppuration ou gangrène ; le plus souvent elle aboutit en quelques jours à une résolution complète. Dans quelques cas les symptômes persistent en diminuant d'intensité : la cystite devient *chronique*.

Cystite chronique (*catarrhe vésical*). — Étiologie. — La cystite chronique peut reconnaître pour causes la plupart des conditions que nous avons signalées comme point de départ de la cystite aiguë, mais ce sont surtout les affections de la prostate et de l'urèthre qui lui donnent naissance ; aussi comprend-on facilement que la fréquence de la cystite augmente avec l'âge et que la maladie soit beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme.

Anatomie pathologique. — La capacité de la vessie est souvent diminuée dans la cystite chronique, la muqueuse est brunâtre ou grisâtre dans sa totalité ou seulement par places ; elle est épaissie, bourgeonnante ou ramollie, recouverte d'un mucus puriforme, de pus véritable ou d'exsudats fibrineux analogues aux pseudo-membranes diphthéritiques. L'urine, en séjournant dans la vessie, devient promptement ammoniacale ; elle est fortement alcaline et laisse se déposer de nombreux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Les parois de la vessie sont le plus souvent hypertrophiées et sclérosées. L'épaississement, qui porte d'abord sur le tissu conjonctif sous-muqueux, atteint bientôt les fibres musculaires qui forment des colonnes saillantes (*vessie à colonnes*), limitent des excavations dans lesquelles l'urine stagne et se décompose. Au bout de quelques temps les fibres musculaires perdent leur contractilité, elles subissent une sorte de segmentation et de dégénérescence granulo-graisseuse et sont remplacées en dernier lieu par du tissu fibreux.

Dans les cas plus graves, ces lésions se compliquent d'ulcérations, de véritables fongus vésicaux, vasculaires et friables, d'infiltration purulente des parois ou d'abcès sous-muqueux qui peuvent déterminer des péricystites avec fistules rectale, vaginale

ou même externe ; de gangrène limitée ou généralisée. Les reins sont rarement indemnes ; ordinairement ils présentent les lésions de la pyélo-néphrite ou de la néphrite suppurée.

Description. — La *douleur* n'est plus dans la forme chronique le phénomène capital : le malade n'accuse qu'un peu de gêne et de pesanteur au périnée et à la région hypogastrique ; la dysurie est peu marquée et ne s'observe qu'au moment de l'émission des dernières gouttes d'urine ; elle augmente parfois d'intensité à mesure que la maladie fait des progrès et donne lieu alors à des douleurs un peu plus vives.

Les *modifications de l'urine* sont plus importantes. Au début, lorsque les lésions sont peu marquées, l'urine est abondante, claire, acide, des dépôts floconneux de mucus se forment seulement par le refroidissement. Bientôt l'urine devient trouble et laisse déposer un abondant sédiment muco-purulent, purulent ou gélatineux ; ce dépôt devient visqueux par l'addition de l'ammoniaque en excès, et le microscope permet d'y reconnaître des globules de pus, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, des cellules épithéliales et parfois des globules plus ou moins altérés. La réaction de l'urine alors est toujours alcaline ; et son odeur ammoniacale, ce qui tient à la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, transformation qui est probablement due à l'introduction de ferments dans la vessie par les cathétérismes répétés.

La marche de la cystite chronique est essentiellement lente ; sa durée est souvent de plusieurs années. Lorsque l'obstacle qui s'opposait au cours de l'urine peut être levé, la maladie guérit parfois rapidement, comme cela se voit à la suite des opérations d'uréthrotomie, de lithotritie ou de taille. Dans le cas contraire, les malades présentent au bout d'un certain temps les symptômes caractéristiques des suppurations chroniques ; ils deviennent pâles et blafards, leurs forces diminuent, l'appétit disparaît, et comme les malades sont forcés d'uriner souvent, leur sommeil est troublé et peu réparateur. La cachexie ainsi produite suffit parfois pour amener la mort ; le plus souvent, lorsque la terminaison doit être fatale, on observe les symptômes d'une *fièvre urineuse* ou *uroseptique*, que l'on a rapportée à l'*ammoniémie ;* cette fièvre, qui débute par un frisson intense et qui affecte fréquemment un type intermittent, peut parfois amener la mort en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Diagnostic. — La cystite *aiguë* présente des symptômes trop caractéristiques pour qu'il soit possible de la méconnaître, et l'hésitation, lorsqu'elle existe, n'est jamais de longue durée. La *prostatite aiguë*, avec laquelle on pourrait à la rigueur confondre

la cystite aiguë et en particulier la cystite blennorrhagique, s'accompagne d'un ténesme vésical moins prononcé ; le ténesme rectal est au contraire très accusé ; puis la prostatite ne modifie pas la composition de l'urine ; la douleur à laquelle elle donne lieu s'irradie vers l'anus et augmente pendant les mouvements ; surtout pendant la défécation. Il existe une tumeur très douloureuse de la prostate, facilement appréciable au toucher rectal ; enfin la prostatite s'accompagne de dysurie, de rétention d'urine, de symptômes généraux fébriles.

Le diagnostic de la cystite *chronique* présente aussi peu de difficultés. Lorsque l'urine contient du pus, il importe de savoir si ce pus provient de l'urèthre, de la vessie ou des conduits urinaires sus-vésicaux. Lorsque le pus provient de l'urèthre, il est toujours expulsé avec les premières gouttes d'urine. D'après Mercier, on peut s'assurer si le pus vient de la vessie ou des reins, en lavant la vessie avec une sonde à double courant et en recueillant l'urine quelques instants après : si elle contient du pus, il admet, d'après la rapidité de cette formation, que celui-ci a une origine rénale. Lorsque le pus existe dans l'urine en très grande abondance, il y a toujours lieu d'admettre que les urètères, le bassinet et le rein sont aussi intéressés (Guyon, Boursier, etc.)

Mais il ne suffit pas de reconnaître l'existence d'une cystite chronique ; il importe absolument d'en déterminer le point de départ. L'exploration attentive de l'urèthre, de la vessie et des organes circonvoisins devra être pratiquée avec le plus grand soin ; et, si l'on ne rencontre pas dans ces organes la cause de la cystite, on devra penser toujours à la possibilité d'une *cystite tuberculeuse :* le diagnostic aura d'autant plus de chances de se vérifier qu'on aura affaire à une cystite traînant indéfiniment en longueur, malgré un traitement rationnel, et à une cystite dont le début aura été marqué par des hématuries. On se rappellera aussi que dans la cystite tuberculeuse, l'urine contient peu de pus, plus toutefois que dans la cystite blennorrhagique, mais moins cependant que dans la cystite chronique ordinaire ; que la douleur provoquée par la miction persiste après l'émission des dernières gouttes d'urine, et que le cathétérisme avec dilatation graduelle, si efficace en cas de rétrécissement, aggrave toujours l'affection, quand elle est de nature tuberculeuse (Guyon). Enfin, il ne faudra jamais oublier la recherche dans l'urine du bacille pathogène, dont la découverte seule permet d'affirmer le diagnostic. Mais ici cette recherche est particulièrement délicate, et l'absence du bacille de Koch dans les préparations ne saurait suffire pour infirmer le diagnostic (Grancher, de Gennes) ; aussi

est-il préférable de recourir à l'inoculation au cobaye pour trancher les doutes.

Traitement. — Dans la cystite aiguë on emploiera les antiphlogistiques ; et souvent, dès le début, on appliquera avec succès quinze à vingt sangsues au périnée. Les grands bains produisent d'excellents résultats et l'on doit toujours y avoir recours, même lorsque la cystite est d'intensité moyenne : on prescrit alors le repos complet, des boissons émollientes (graine de lin, chiendent), une diète légère, des topiques calmants sur la région hypogastrique. On peut aussi avoir recours aux opiacés pour calmer la douleur. Le baume de copahu est spécialement indiqué dans la cystite blennorrhagique ; malheureusement son action n'est pas constante. Dans la cystite cantharidienne c'est le camphre, en potion ou en lavement, qui réussit le mieux. On aura toujours soin d'examiner la vessie, et, s'il y a rétention, on pratiquera le cathétérisme malgré les inconvénients qu'il présente. On surveillera enfin attentivement la période de déclin de la cystite pour s'opposer à ce qu'elle passe à l'état chronique.

La cystite chronique étant le plus souvent symptomatique, il faut avant tout s'attaquer à la maladie primitive (calculs vésicaux, rétrécissements uréthraux, etc.). La vessie sera vidée souvent pour éviter la décomposition ammoniacale de l'urine ; en même temps on aura recours aux astringents (alun, acétate de plomb, tanin) ou aux balsamiques (copahu, térébenthine, eau de goudron). Certaines eaux minérales semblent agir à la fois sur le catarrhe vésical et sur la santé générale et doivent être conseillées (Vichy, Évian, Vittel, Contrexéville). L'acide benzoïque a été préconisé depuis quelques années : d'après Gosselin et Albert Robin, il forme un hippurate d'ammoniaque beaucoup moins toxique que le carbonate, retarde la décomposition ammoniacale de l'urine et empêche la formation des dépôts phosphatiques, point de départ des calculs. La médication lactée donne parfois de très bons résultats.

Les injections détersives ou médicamenteuses ont été conseillées contre la cystite chronique ; on a préconisé tour à tour des injections avec du tanin, du goudron, de la teinture d'iode, du silicate de soude, du sulfate de zinc, du nitrate d'argent, etc. L'essentiel est de faire toujours usage d'injections antiseptiques : solution boriquée, phéniquée ou simplement eau bouillie.

D'après les récentes recherches de Cazeneuve et de son élève Wisbeg, l'antipyrine, grâce à ses propriétés analgésiques et antiseptiques à la fois (l'antipyrine semble en effet arrêter la fermentation ammoniacale), deviendrait le médicament de choix à appliquer au traitement des cystites. Pour atteindre le but cherché

il suffirait d'en injecter chaque jour dans la vessie 5 à 6 gr. en deux fois dans 75 grammes de véhicule.

Le régime doit être l'objet d'une attention spéciale. On proscrira les excitants, le thé, le café, la bière, etc., et l'on soutiendra les forces des malades en associant quelques préparations toniques à une alimentation bien choisie. Ce traitement général sera particulièrement indiqué dans le cas de cystite tuberculeuse.

MERCIER. Rech. sur le trait. des maladies des organes génito-urinaires. — A. FOURNIER. Art. *Blennorrhagie*, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pr., 1866. — DUBREUIL. Injections de sulfate de soude dans la vessie, etc. (Gaz. des hôp., 1872). — VALETTE (de Lyon). Art. *Cystite*, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pr., 1872. — TILLAUX. Sur le traitement de la cystite chronique du col (Bull. de thérap., 1873). — A. PERRIN. De la cystite dans la blennorrhagie, th. de Paris, 1874. — GOSSELIN et A. ROBIN, Traitement de la cystite ammoniacale par l'acide benzoïque (Arch. gén. de méd., 1874). — LUBANSKI. Cystite rebelle (Lyon médical, 1874). — KIRMISSON. Bull. de la Soc. anat., 1875. — BOUDU. Cystite aiguë, th. Paris, 1876. — GUILLAND. Manif. du rhumatisme sur l'urèthre et la vessie, th. Paris, 1876. — DU CAZAL. Cystite chronique compliquée de la présence d'organismes inférieurs dans la vessie (Gaz. hebd., 1877). — TAPRET. Etude clinique sur la tuberculose urinaire (Arch. gén. de méd., 1878). — GUÉBHARD. Etude sur la cystite tuberculeuse, th. Paris, 1878. — HACHE. Etude clinique sur les cystites, th. Paris, 1884. — LEPRÉVOST. Etude sur les cystites blennorrhagiques, 1884. — LÉPINE et ROUX. Cystite produite chez l'animal sain par l'introduction dans l'urèthre du microc. ureæ (Acad. des sc., 1885). — DE GENNES. Annales des malad. des org. génito-urinaires, 1885. — GUYON. Tub. vésicale (Sem. méd., 1885). — A. BOURSIER. De la tuberculose de la vessie, th. Paris, 1886. — PALIARD. Cystite bactérienne (Lyon méd., 1886). — HARTMANN. Des cystites douloureuses et de leur traitement, th. Paris, 1887. — CHALEIX-VIVIE. Des névralgies vésicales, th. Bordeaux, 1888. — FURBRINGER. Traité des maladies des reins, 1890. — CAZENEUVE et WISBEG. Soc. de méd. Lyon, 1891. — BRAULT. Art. *Hématurie*, in Nouv. Trait. de méd., 1893.

PHLEGMON HYPOGASTRIQUE.

Synonymie : *Phlegmon sous-péritonéal, prépéritonéal, prévésical, de la cavité de Retzius.*

Le *phlegmon hypogastrique* est l'inflammation du tissu cellulaire situé en avant et autour de la vessie, dans les points où celle-ci n'est pas tapissée directement par le péritoine. Ce tissu cellulaire remplit une cavité bien décrite par Retzius, qui s'étend depuis les replis demi-circulaires de Douglas jusqu'au plancher du bassin où elle communique avec le tissu cellulaire périvésical et périrectal : la loge prépéritonéale doit être considérée comme un espace surmonté d'une arcade à concavité inférieure et à piliers latéraux assez courts (Gérardin, Bouilly).

HISTORIQUE. — L'histoire du phlegmon hypogastrique est de date récente. Les quelques observations que l'on trouve depuis Fabrice de Hilden et Van Swieten jusqu'à Dance (1832), sont beaucoup trop vagues pour qu'on puisse sûrement les rapporter à l'inflammation de la cavité prévésicale. En 1850, Bernutz publia un important travail sur les phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen, auxquels il attribuait comme siège le *fascia propria* qui double le péritoine. En 1862, Constantin Paul fit connaître les recherches anatomiques de Retzius, telles que Hyrtl les avait communiquées à l'Académie des sciences de Vienne, et sépara nettement les phlegmons hypogastriques des autres inflammations des tissus voisins. Quelques années plus tard, Labuze, Gallasch, Vaussy apportaient de nouveaux faits; en 1877, M. Vallin communiqua à la Société médicale des hôpitaux une observation curieuse de phlegmon hypogastrique et, dans la discussion qui suivit, l'un de nous cita un cas analogue. La même année, M. Arnould étudiait avec soin l'étiologie de ces phlegmons sur lesquels Reliquet publia également une note en 1878. Plus récemment encore, Castaneda y Campos et A. Gérardin ont consacré leurs thèses inaugurales à ce sujet, et M. Bouilly a très bien résumé, dans sa thèse d'agrégation, l'histoire des inflammations de la cavité de Retzius.

ÉTIOLOGIE. — On a distingué les phlegmons hypogastriques en phlegmons *spontanés* ou idiopathiques et en phlegmons *symptomatiques* ou *propagés*.

Le phlegmon hypogastrique est une affection assez rare ; Bouilly n'a pu en recueillir que 43 cas dont 27 sont idiopathiques et 16 seulement symptomatiques.

L'*âge* a une influence marquée sur la production du phlegmon hypogastrique idiopathique ; le maximum de fréquence de cette affection tombe entre vingt-deux et vingt-cinq ans. Le *sexe* joue également un rôle important, puisque sur 27 cas les femmes n'ont été atteintes que 4 fois (Bouilly). Pour le phlegmon symptomatique l'importance de l'âge et du sexe est fort diminuée.

Le *traumatisme* a été observé comme cause du phlegmon hypogastrique dans un certain nombre de cas. Les blessures de la région hypogastrique par de petits projectiles ont parfois donné lieu au développement du phlegmon (Larrey, Bousquet in Gérardin).

Des *troubles digestifs* variés : dysenterie, coliques violentes, constipation, dyspepsie ancienne, etc., ont souvent précédé l'apparition de l'inflammation et semblent avoir avec elle des rapports de cause à effet (Bernutz, Guyon, Gérardin) ; pour Arnould les troubles digestifs qui surviennent chez les jeunes soldats sous

l'influence du changement de régime, seraient une des causes d'inflammation du tissu cellulaire prépéritonéal.

L'état puerpéral semble prédisposer à cette maladie (Bouilly). Chez la femme, les affections utérines ou péri-utérines se communiquent souvent au tissu cellulaire périvésical ; chez l'homme, les lésions de la vessie ont la même influence, notamment la cystite chronique, les ulcérations de la vessie, les calculs. Les inflammations de la prostate, des vésicules séminales (Reliquet), de l'épididyme et du cordon à la suite de la blennorragie (Faucon), ont été signalées dans quelques cas comme causes du phlegmon hypogastrique.

Anatomie pathologique. — L'examen anatomique des lésions du phlegmon hypogastrique idiopathique n'a pu être fait qu'exceptionnellement, la maladie aboutissant le plus souvent à la guérison. Dans deux cas qui ont été publiés par Wenzel Gruber dans les *Archives de Virchow* et traduits par Constantin Paul, il existait une tumeur assez volumineuse derrière la symphyse pubienne : dans le premier cas, la paroi antérieure de la cavité était formée par le tissu cellulaire sous-cutané et par la portion interne de la gaine des muscles droits de l'abdomen ; la paroi postéro-inférieure était formée par la cavité prépéritonéale, le sommet de la vessie, la symphyse et le pubis. Le pus, dont la quantité peut être considérable, donne lieu souvent à des fusées purulentes.

Description. — Guyon et Gérardin distinguent trois périodes dans la marche du phlegmon hypogastrique : 1° une période de troubles généraux plus ou moins graves ; 2° une période de troubles urinaires ; 3° une période de symptômes physiques locaux (tumeur hypogastrique). Nous pensons, avec Bouilly, que les symptômes urinaires ne sont pas assez constants pour constituer une période à part et qu'il y a lieu de décrire seulement deux périodes : 1° une période de troubles généraux et locaux indiquant un état de souffrance de l'intestin ou de la vessie ; 2° une deuxième période dans laquelle apparaît la tumeur hypogastrique avec ses caractères particuliers.

La première période s'accompagne le plus souvent de troubles du côté de l'intestin ; tantôt ce sont des coliques violentes, tantôt des vomissements ou une constipation opiniâtre, tantôt enfin de véritables symptômes d'étranglement (obs. de Laveran). Bien que la fièvre puisse s'allumer dès la première période et débuter par un frisson long et intense, la maladie ne s'accompagne en général que d'une fièvre très modérée (Gérardin). La douleur manque très rarement : elle est généralement fort vive et siège à l'hypogastre ; elle s'exagère par la palpation et la pression, par la contraction des muscles abdominaux (toux, défécation, etc.). Le malade marche plié en deux, pour mettre ses muscles de la paroi abdominale dans le relâchement, ou même il est forcé de rester complètement au repos. Les troubles de la miction sont peu marqués, ils consistent seulement en besoins fréquents d'uriner avec miction douloureuse dans quelques cas.

La deuxième période est caractérisée par l'apparition de la tumeur hypogastrique ; le plus souvent la tumeur se montre du troisième au dixième jour après le début de la maladie. Diffuse et mal limitée au début, la tumeur hypogastrique prend au bout de quelques jours un aspect caractéristique ; elle forme à la région hypogastrique un globe saillant avec des dépressions latérales correspondant aux deux fosses iliaques ; on dirait la vessie fortement distendue. Cette tumeur, qui disparaît profondément derrière le pubis, s'élève en haut jusqu'à une distance de quatre à cinq travers de doigt de l'ombilic ; latéralement elle empiète généralement sur l'un des côtés, surtout sur le côté droit.

Cette tumeur, d'abord très dure, se ramollit au bout de quelque temps et présente une fluctuation profonde qu'avec un peu d'attention il est facile de distinguer de la rénitence qu'offre la vessie distendue par l'urine.

Par le toucher rectal, on constate que la prostate est saine et qu'il existe à une hauteur variable une tumeur dure qui est manifestement en rapport avec la tuméfaction hypogastrique. Chez la femme, le toucher vaginal permet de constater le refoulement de l'utérus en arrière et l'effacement du cul-de-sac antérieur au niveau duquel le doigt perçoit une sensation de fluctuation lorsqu'on pratique en même temps le palper suspubien.

Le cathétérisme ne donne issue qu'à quelques gouttes d'une urine limpide et claire, normale ; il ne modifie aucunement le volume de la tumeur. La miction est toujours un peu gênée à cette période.

La douleur spontanée, toujours assez vive, est bien limitée à la région hypogastrique, d'où elle irradie dans tout l'abdomen lorsque le malade fait des mouvements. Au moment de la suppuration cette douleur change un peu de caractère, elle se localise davantage et s'accompagne de battements.

A cette période il existe toujours quelques symptômes généraux, des frissons, de la fièvre.

Marche. Durée. Terminaisons. — La durée du phlegmon hypogastrique ne peut pas être exactement précisée : le plus souvent la maladie évolue dans l'espace d'un mois ou six semaines ; parfois cependant la durée atteint quatre, cinq, six mois, un an ou même davantage.

Le phlegmon hypogastrique peut se terminer de trois façons différentes : par *résolution*, par *induration*, par *suppuration*.

La terminaison par résolution est assez fréquente, malgré l'opinion contraire de Poisson; sur un relevé de 29 cas de phlegmon hypogastrique spontané, Bouilly l'a notée 8 fois; c'est de beaucoup la terminaison la plus heureuse.

La terminaison par induration est beaucoup plus rare; l'induration finit par se dissiper au bout d'un temps variable; la terminaison par induration n'est donc qu'une variété de la terminaison par résolution.

La suppuration est la terminaison la plus commune : sur le total des 29 cas précités elle a été observée 21 fois. Elle s'annonce comme toute formation de pus par des frissons, de la fièvre, de l'anorexie, une douleur fixe pulsative, de la rougeur et de l'œdème de la peau, etc.

Une fois formé, le pus doit être évacué; si l'on n'intervient pas chirurgicalement, on voit la peau s'amincir en un point situé au-dessus de la symphyse ou un peu au-dessous de l'ombilic, et le pus se faire jour au dehors. L'abcès peut aussi s'ouvrir dans le rectum, dans le péritoine, ou fuser à la partie supérieure et interne de la cuisse, à la région trochantérienne, ou même jusque dans les bourses. L'ouverture dans la vessie est plus rare. Dans quelques cas, l'abcès communique avec deux organes à la fois.

Le pus est louable ou bien rougeâtre, de mauvaise nature, mélangé de gaz horriblement fétides; il a souvent une odeur fécaloïde. Après l'évacuation du pus, la tumeur disparaît en ne laissant qu'une plaque d'induration qui s'efface lentement.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel du phlegmon hypogastrique et de la *péritonite* est très-délicat au début, car les symptômes locaux ne diffèrent que par des nuances (Bernutz); dans le phlegmon hypogastrique, les douleurs sont plus localisées que dans la péritonite, les vomissements et les nausées sont moins fréquents et moins rebelles aux agents thérapeutiques, la constipation est moins opiniâtre. Les symptômes généraux sont beaucoup moins graves; la prostration profonde, le facies hippocratique, le pouls abdominal, la fièvre, sont si caractéristiques dans la péritonite, qu'ils lèvent bientôt tous les doutes.

L'*entéralgie* se distingue assez facilement du phlegmon hypogastrique par le caractère névralgique des douleurs, leur intermittence, leur variabilité de siège.

Lorsque la tumeur hypogastrique est formée, il faut reconnaître la nature de la tumeur et la différencier des autres maladies de la région qui peuvent lui ressembler. La confusion avec la *rétention d'urine* est facilement évitée par le cathétérisme qui ne donne issue qu'à quelques gouttes d'urine normale et laisse subsister la tumeur. Les *tumeurs des parois abdominales* font corps avec ces parois et sont beaucoup plus superficielles que la tuméfaction formée par le phlegmon hypogastrique; leur marche est d'ailleurs bien différente. Les erreurs sont beaucoup plus difficiles à éviter avec les tumeurs du bassin, quelle que soit leur nature.

Pronostic. — Le pronostic du phlegmon hypogastrique est généralement peu grave, cependant il doit toujours être réservé; la diffusion de la suppuration, l'ouverture de l'abcès dans le péritoine, la longue durée de la suppuration et l'épuisement qui en résulte sont des complications redoutables.

Traitement. — A la première période, le traitement antiphlogistique est naturellement indiqué : on prescrira le repos absolu, les cataplasmes émollients, les onctions mercurielles belladonées, les sangsues au nombre de dix à vingt à l'hypogastre. Si la douleur est intense, on la calmera avec des opiacés ou plutôt avec des injections hypodermiques de morphine.

Lorsque la tumeur est constituée, on peut encore chercher à en amener la résolution par les applications de vésicatoires ou de teinture d'iode, etc.; mais, dès que le pus est formé, il faut intervenir et lui donner une issue facile en faisant une large ouverture, en ponctionnant ou en drainant l'abcès. On choisira pour ouvrir l'abcès le point le plus superficiel, le plus saillant, celui au niveau duquel on sent le mieux la fluctuation; chez la femme ce sera souvent la paroi antéro-supérieure du vagin.

Bernutz. Phlegmon profond de la paroi abdominale (Arch. gén. de méd., 1850). — Gallash. Pericystitis durch Bruch des Exsudats in das Rectum : Heilung (Jahrb. f. Kinderh., 1875). — Vaussy. Phlegmons sous-péritonéaux, th. de Paris, 1875. — Vallin, A. Laveran. Phlegmons hypogastriques (Soc. méd. des hôp., 1877). — Faucon. Péritonite et phlegmon sous-péritonéal d'origine blennorrhagique (Arch. de méd., 1877). — Arnould. Phlegmons péritonéaux, perityphlite et péricystite (Bull. méd. du Nord et Gaz. méd., 1877). — Poisson, th. de Paris, 1877. — Reliquet. Note sur les phlegmons périvésicaux (Un. méd., 1878). — Castaneda y Campos. Phlegmon de la cavité péritonéale de Retzius, th. de Paris, 1879. — Guyon. Des phlegmons prévésicaux (Gaz. des hôp., 1879). — A. Gérardin. Rech. sur la cavité péritonéale de Retzius et sur son inflammation, th. de Paris, 1879. — Bouilly. Des tumeurs aiguës et chroniques de la cavité péritonéale, th. pour l'agrég., 1880.

MALADIES DU PÉRITOINE.

D'une façon générale, le péritoine reproduit les caractères ordinaires des membranes séreuses et est construit sur le même