

changement de régime, seraient une des causes d'inflammation du tissu cellulaire préperitonéal.

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 blennorrhagie (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 préperitonéale, 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 débiter 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 très 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 apparaît 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 sus-pubien.

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 et 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 *rétenion 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 belladonnées, 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 vésicatoires, la 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). — HYRTL (communication de RETZIUS). Sitzungb. der kaiserl. Acad. in Wien, 1858. — WENZEL GRUBER. Virchow's Archiv, 1862. — C. PAUL. Études anat. nouv. sur la région hypogastrique (Bull. Soc. anat., 1862). — GALLASH. Pericystitis durch Bruch [des Exsudats in das Rectum : Heilung (Jahrb. f. Kinderh., 1875). — VAUSSY.