

aboutissant ordinaire des inflammations du tissu conjonctif et on l'observe assez souvent comme expression ultime de la paramérite localisée.

Symptômes. — La forme diffuse aiguë est une des modalités de la septicémie puerpérale grave; elle ne nous arrêtera pas.

Symptômes subjectifs. — Dans ses formes circonscrites, la pelvi-cellulite apparaît dans les vingt jours qui suivent l'intervention de sa cause, du cinquième au dixième dans les 3/5 des cas (Delbet), et ses symptômes premiers et dominants sont la *fièvre* et la *douleur*. La *fièvre* débute brusquement, souvent par un frisson, unique ou répété, et s'élève à 39° et au delà, jusqu'à 40° et même 41°. Le pouls est fréquent comme dans la pelvi-péritonite; cependant, il ne dépasse guère 130 et, ce qui est caractéristique, il reste ample, net et bien frappé. Les oscillations de la fièvre varient plus tard avec la marche de la maladie.

La *douleur*, moins intense et moins superficielle que dans la péritonite, est plutôt profonde, pongitive, exaspérée par le palper profond et le toucher vaginal et non par le contact superficiel des parois. Elle est hypogastrique, mais plus latérale, et s'irradie de bonne heure à la cuisse qui se fléchit; les manœuvres d'extension sont très douloureuses: cette irradiation suit assez bien le trajet du nerf cutané externe (König).

Le ballonnement abdominal est modéré, les vomissements et les nausées sont rares, sinon au début; des frissons irréguliers accompagnent parfois la formation du pus et l'on peut observer une rémission éphémère du deuxième au troisième jour.

Dans certains cas, l'évolution du phlegmon est plus insidieuse: la douleur affecte un caractère névralgique, paroxystique, et la fièvre est moins vive. Ce sont les phénomènes généraux qui dominent: anorexie, amaigrissement, pâleur, et la collection purulente n'apparaît que tardivement, au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois.

Signes physiques. — L'examen local, à la période de début, est sinon dangereux, du moins très douloureux: il permet de constater l'élévation de température du vagin, les battements exagérés de l'utérine et, renseignement précieux déjà, l'empâtement d'un cul-de-sac. Plus tard, les signes constatés diffèrent avec la localisation de l'inflammation.

a. **Phlegmon de la gaine hypogastrique.** — Dès le quatrième jour, le cul-de-sac latéral correspondant est déprimé par une tuméfaction immobile, de plus en plus saillante, pâteuse d'abord et, plus tard, fluctuante, empiétant plus ou moins autour du col, quelquefois en forme de croissant, et se confondant avec l'utérus, sans laisser place à un sillon démarcateur. En dehors, elle peut s'étendre jusqu'à la paroi pelvienne à laquelle elle adhère, mais elle reste sur le même plan que l'utérus. Celui-ci est ordinairement dévié en totalité du

côté sain, rarement attiré du côté malade, si ce n'est à la phase tardive de sclérose. Le palper, à moins d'être très profond et pratiqué sous le chloroforme, ne permet guère de limiter supérieurement le foyer.

b. **Phlegmon du ligament large.** — Contrairement à la variété précédente, le phlegmon du ligament large proprement dit échappe à l'exploration vaginale, ou du moins il faut porter le doigt très haut et s'aider du palper pour en atteindre la limite inférieure. Le vagin est aussi moins chaud, moins œdématié, moins douloureux et n'adhère pas à la tumeur.

En revanche, le palper, pratiqué au-dessus de l'arcade crurale, fait percevoir de bonne heure une tuméfaction ovoïde étendue transversalement de l'utérus à la paroi iliaque, proéminent de plus en plus sous la paroi abdominale sous forme d'un plastron. Nous avons vu que ce *plastron abdominal* (Chomel) a moins de valeur diagnostique depuis qu'on sait qu'une suppuration tubaire évoluant vers la paroi peut aussi le produire. L'association des deux phlegmons, assez fréquente, réunit les signes physiques de l'un et de l'autre.

Marche et terminaisons. — La *résolution* est possible, mais la *suppuration* est la règle. La suppuration se produit au bout d'un laps de temps qui varie avec la virulence de l'infection et la puissance phagocytaire de chaque malade. Lorsque la fièvre persiste au delà de trois ou quatre semaines, il est à peu près certain que la cellulite aboutit à la suppuration. La formation du pus entraîne une recrudescence des symptômes généraux; la température subit de grandes oscillations avec élévation vespérale; la face pâlit, la langue est sèche, des sueurs et des frissons surviennent et la douleur devient plus lancinante.

En même temps, on peut percevoir la fluctuation qui devient de plus en plus apparente et étendue. Si on n'intervient pas alors, l'abcès tend à s'évacuer au dehors par l'une ou l'autre des voies que nous avons indiquées. Le *vagin* (3 fois) et le *rectum* (28 fois sur 95) (P. Delbet) sont les lieux d'élection, et, dans ce dernier cas, l'issue au dehors est précédée ordinairement de phénomènes de rectite et de ténésme. Vient ensuite la *paroi abdominale* sur la ligne médiane, près du pubis ou, plus souvent, au-dessus du ligament de Fallope. Dans ces cas, le pus peut s'insinuer derrière la paroi et donner lieu à un phlegmon en bissac. Plus rarement, il s'évacue par la vessie, l'utérus, l'urètre ou par l'un des points cruraux, fessiers, lombaires, etc., où peuvent exister des prolongements, quelquefois en deux points à la fois.

La rupture intrapéritonéale, heureusement peu fréquente, est rapidement mortelle. Une détente générale suit l'évacuation du pus qui peut aboutir à la guérison si l'ouverture est assez large et bien orientée pour que le drainage puisse se faire. Dans le cas contraire, il se produit des fistules qui ne permettent qu'un écoulement partiel et intermittent, et qui aboutissent à l'hecticité.

Pronostic. — Le phlegmon pelvien est, d'une façon absolue, moins grave qu'autrefois, parce qu'on intervient aseptiquement et en temps opportun. Abandonné à lui-même, il peut guérir, soit par résolution, soit après évacuation spontanée complète du pus, et, à ce point de vue, l'ouverture par le vagin, puis par l'abdomen et le rectum, sont les plus favorables. L'ouverture dans la vessie est grave en raison de l'infection possible des voies urinaires. Mais ces cas favorables sont rares et on ne doit pas escompter une issue aussi heureuse; même alors, il survit au phlegmon des rétractions cicatricielles, des brides, des zones de sclérose qui peuvent dévier l'utérus, étrangler l'uretère, les vaisseaux, les nerfs, le rectum. Il est aisé de prévoir les conséquences de ces complications tardives: hydronéphrose, stérilité, œdème des membres inférieurs, névrites pelviennes, rétrécissement rectal, etc.

Diagnostic. — A la période d'invasion, on ne peut guère confondre le phlegmon qu'avec la *péritonite pelvienne*. Indépendamment de l'intensité moindre des symptômes *péritoniques* propres au phlegmon, celui-ci se reconnaît surtout par ses signes physiques: unilatéralité, immobilité, confusion de la tumeur avec l'utérus, consistance plus dure et évolution vers un cul-de-sac latéral ou vers la paroi, etc. Dans les formes insidieuses et à la période lointaine des résidus inflammatoires, on pourrait songer à la *salpingo-ovarite*, à un *fibrome*, à un *kyste dermoïde*, suppuré ou non, du ligament large, à une *hématocèle extrapéritonéale*, etc. Les commémoratifs fournissent ici les meilleurs éléments du diagnostic.

Quant à la distinction du siège du phlegmon, elle repose sur les résultats respectifs que fournit l'exploration bimanuelle dans l'une et l'autre variété.

Traitement. — Au début, et dans l'espoir légitime d'obtenir la résolution, on réalisera, autant que possible, l'asepsie du vagin ou du foyer initial d'infection, puis on conseillera un traitement antiphlogistique: repos absolu, diète, émissions sanguines locales, révulsifs, opium, etc. Mais dès que la suppuration est reconnue, on ne doit pas s'attarder davantage dans l'emploi de ces moyens: il faut intervenir de bonne heure. L'*incision* large, par le vagin ou par la paroi abdominale, est l'opération de choix; le drainage sera souvent nécessaire. Quant au curettage de la poche, pratiqué par quelques opérateurs, on peut le considérer comme inutile et dangereux.

V. — TUMEURS DE L'OVAIRE.

On pourrait, en mettant à part les kystes dermoïdes, diviser, avec Kelly, les tumeurs de l'ovaire en trois groupes: kystes *par rétention* (Voy. fig. 203, p. 798), groupe *épithélial* et groupe *conjonctif*; ou encore, en se basant sur le pronostic de leur évolution, en tumeurs *bénignes*, *malignes* et *demi-malignes*. Mais pour en faciliter l'étude

clinique, et sans préjuger de leur nature histogénique, il est préférable d'adopter la division classique en tumeurs *kystiques* et tumeurs *solides*, en laissant une place intermédiaire aux tumeurs *végétantes* qui participent des deux variétés.

A. — KYSTES DE L'OVAIRE.

Nous avons étudié, à propos de l'ovarite, les *microkystes* séreux ou hématisés, d'origine folliculaire ou autre, et qui ne peuvent être considérés comme de véritables tumeurs. Les *kystes hydatiques*, dont quelques observations probantes ont été publiées (Charcot, Gallez, Davaine, Demons), ne peuvent être considérés que comme des curiosités pathologiques et ne méritent pas une description spéciale. Nous n'envisagerons ici que les tumeurs kystiques à grand développement, c'est-à-dire les kystes *mucoïdes*, *dermoïdes* et *mixtes*.

La caractéristique générale de ces tumeurs est la présence, à leur surface interne, d'un *épithélium* tantôt muqueux, tantôt d'origine ectodermique: ce sont donc des *cysto-épithéliomes*.

Cette notion, due aux travaux de Wilson Fox (1864), de Waldeyer (1872) et surtout de Malassez et de Sinéty (1876 à 1881), a été confirmée et complétée par ceux de Quénu (1881), Hugo (1882), Coblenz (1882), A. Doran (1884), Poupinel (1886), etc. Elle a permis de substituer aux hypothèses obscures d'autrefois une loi de développement simple et uniforme, universellement admise aujourd'hui. Les kystes de l'ovaire sont donc « de véritables tumeurs épithéliales provenant du revêtement péritonéal de l'ovaire, soit par l'intermédiaire de tubes semblables aux tubes de Pflüger et datant de la période embryonnaire, soit par l'intermédiaire d'une invagination postérieure de l'épithélium superficiel » (Segond).

L'étude préalable de leur anatomie pathologique permettra d'en mieux interpréter la genèse et le développement.

Anatomie pathologique. — A. *Kystes mucoïdes*. — On les appelle encore *épithéliomas mucoïdes* (Malassez), *cysto-épithéliomes* (Quénu), *kystes prolifères* ou *proligères* (Pozzi). Ce sont les kystes vulgaires. Ils intéressent assez souvent les deux ovaires à la fois et peuvent acquérir un *volume* énorme; on en a observé qui descendaient au-dessous du genou (Rodenstein, Kelly, Le Dentu, etc.) qui pesaient 35 kilos (Maglioni), 50 kilos (Rouffart), 145 livres anglaises (Buldwyn). Le plus souvent, leurs dimensions ne dépassent pas celles d'un utérus gravide aux derniers mois.

Leur *forme* générale est celle d'un ovoïde à petite extrémité inférieure, régulier ou bosselé, ces bosselures correspondant à des poches secondaires. Leur *surface externe* est lisse, polie, brillante ou chagrinée, de coloration blanc bleuâtre, à moins que leur paroi ne soit très épaisse et leur contenu purulent ou hématisé; elle est sillonnée