

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

de traînées plus sombres que trace le trajet des vaisseaux et quelquefois d'étranglements correspondant à l'insertion des cloisons intérieures. Il n'est pas rare de la trouver parsemée de végétations de même nature que celles qu'on rencontre dans la cavité ou de granulations vésiculeuses, semblables à du frai de grenouille, de consistance gélatineuse et qui, se détachant, sont assez abondantes parfois pour emplir le bassin.

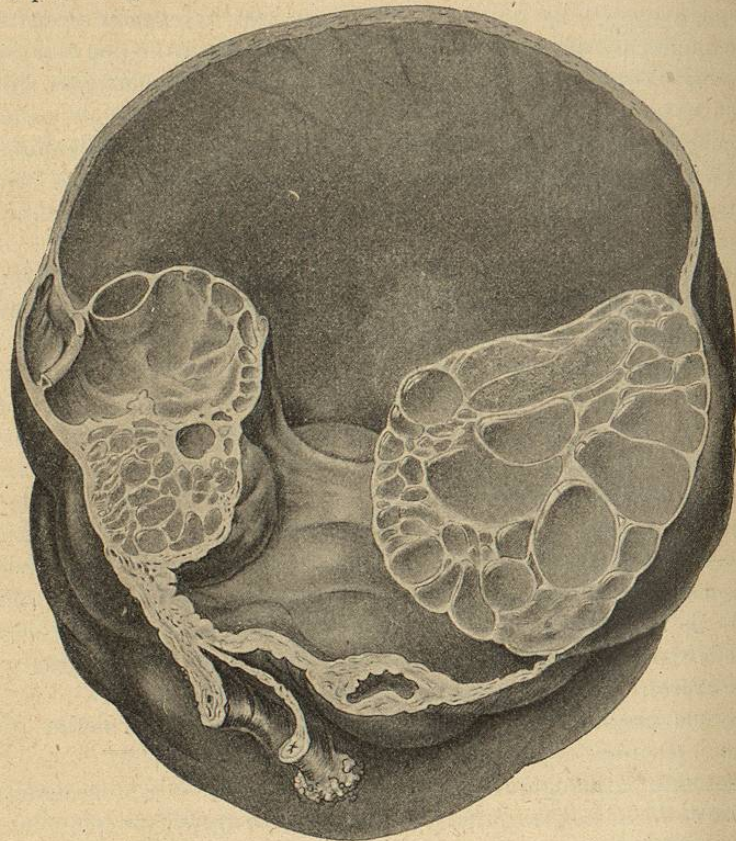


Fig. 223. — Kyste pauciloculaire présentant l'apparence extérieure d'un kyste uniloculaire (d'après Howard A. Kelly).

Conformation intérieure. — A la coupe, on se trouve en présence soit d'une cavité unique (*kyste uniloculaire*), soit d'une cavité de dimensions prédominantes accompagnée de loges plus petites (*kyste pauciloculaire*) (fig. 223), soit d'une agglomération de poches cloisonnées dans tous les sens (*kyste multiloculaire*) (fig. 224), soit enfin d'une exagération de cette disposition, telle que les cloisons prédominent sensiblement sur les cavités (*kystes aréolaires* de Cruveilhier) (fig. 225).

« Les kystes multiloculaires peuvent n'être qu'une agglomération de kystes développés côte à côte dans le même ovaire (fig. 226) ; mais,

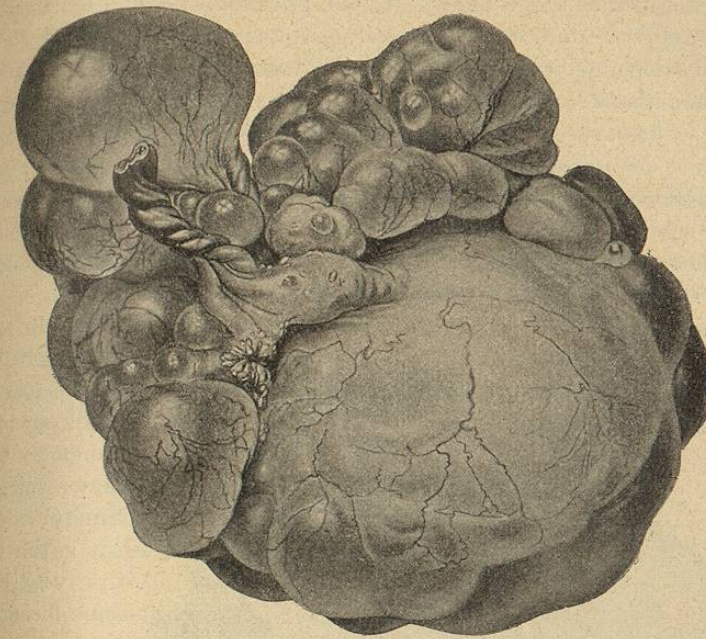


Fig. 224. — Tumeur polykystique de l'ovaire avec long pédicule tordu (d'après Howard A. Kelly).

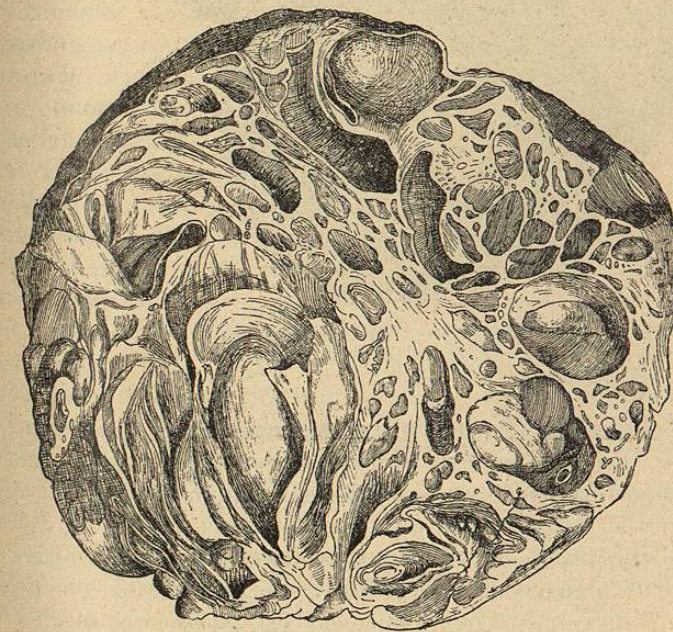


Fig. 225. — Section d'un kyste prolifère de l'ovaire à forme aréolaire (d'après Gallard).

plus fréquemment, les kystes ne sont pas indépendants, leurs parois sont adossées ou communes, de façon à simuler une poche qu'on aurait cloisonnée ou transformée en une infinité de loges. Les poches secondaires se forment à la surface et dans les parois du grand kyste et des autres, des générations secondaires et tertiaires grandissent, des masses d'un tissu aréolaire s'ajoutent çà et là et viennent encore rendre plus complexe la description de cette singulière dégénération de l'ovaire. Qu'on fasse varier le tissu aréolaire, le nombre de poches de tel ou tel volume, leur distribution, on arrivera ainsi à toutes les variétés observées. » (Quénu.)

Les kystes *uni* et *pauciloculaires* dérivent des kystes multiloculaires par atrophie des parois des kystes secondaires (Malassez et de Sinéty) dont on retrouve les vestiges sous forme de brides, de cloisons incomplètes, en diaphragme ou en croissant.

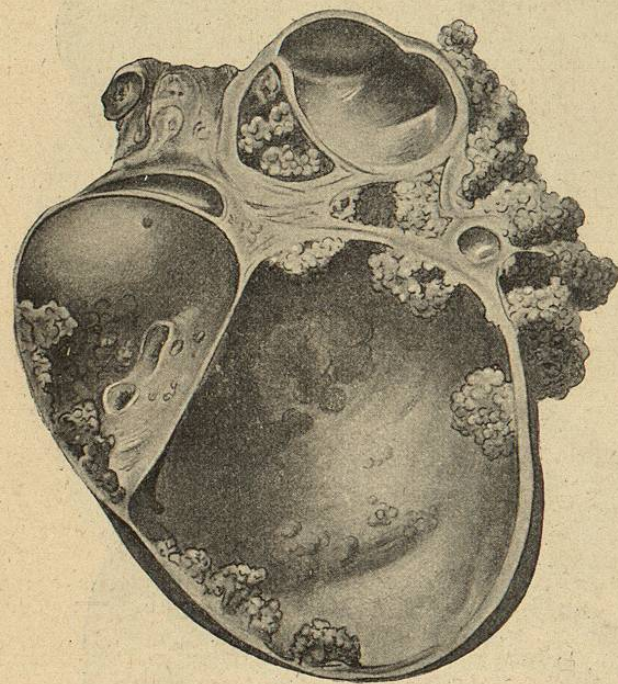


Fig. 226. — Kyste multiloculaire papillomateux de l'ovaire avec végétations intracavitaires et superficielles (d'après Howard A. Kelly).

tantôt sessiles, tantôt pédiculées, ou même libres, isolées ou confluentes; elles sont molles et friables ou dures, fibreuses, comme cartilagineuses; transparentes ou opaques, blanc grisâtre ou nacré, évoquant la comparaison du chou-fleur, ou rouges et charnues comme une framboise. Peu nombreuses dans certains cas, elles emplissent, dans d'autres, toute la cavité, au point de simuler une tumeur solide; leur développement est parfois tel qu'elles font éclater la paroi, deviennent extrakystiques et peuvent s'effriter dans le péritoine. Elles répondent aux *kystes végétants* de Cruveilhier

laire par atrophie des parois des kystes secondaires (Malassez et de Sinéty) dont on retrouve les vestiges sous forme de brides, de cloisons incomplètes, en diaphragme ou en croissant.

Végétations. — De même nature que celles qu'on rencontre à la surface des kystes, mais plus fréquentes à l'intérieur, ces végétations sont

(fig. 226), aux *kystes prolifères papillaires* de Pozzi. On leur a donné aussi le nom de *papillomes*; mais il s'agit ici d'une disposition papillaire et non d'un papillome vrai (Terrier). Cependant cette particularité rapproche déjà, au point de vue de la gravité, les kystes simples des tumeurs végétantes dont nous parlerons plus loin.

Structure. — La paroi est essentiellement constituée par une couche fibro-vasculaire interposée à deux couches d'épithélium. Waldeyer divise cette couche fibreuse en deux zones: l'*externe* plus dense, pauvre en éléments cellulaires, contient parfois des aires de calcification; l'*interne*, plus lâche, engaine les vaisseaux; on y trouve aussi des fibres élastiques et des cellules musculaires lisses (Malassez et de Sinéty). Les *vaisseaux* affectent une disposition hélicine (W. Fox) et se terminent en un réseau ténu sous l'épithélium de la surface interne. Les veines sont proportionnellement plus développées que les artères. Malassez et de Sinéty y ont également décelé, par injection, des vaisseaux lymphatiques qui communiquent avec un système d'espaces réticulés situés au voisinage du pédicule.

L'épithélium de la surface externe est cubique. Celui de la surface interne est formé de cellules cylindriques, dont quelques-unes à cils vibratiles, et de cellules caliciformes, surmontant une couche endothéliale (Malassez et de Sinéty). On peut y observer aussi d'autres cellules, hypertrophiées, déformées, superposées, métatypiques, en un mot, et ordinairement en rapport avec un certain degré de malignité de la tumeur. L'épithélium cylindrique forme en certains points des invaginations, *formations tubulaires*, simples ou ramifiées, isolées, disséminées ou confluentes, et rappelant la disposition des glandes de Lieberkühn: il repose directement sur le tissu sous-jacent (fig. 227). Ces formations tubulaires pénètrent non seulement les parois et les cloisons, pour former des kystes secondaires, mais aussi l'épaisseur des végétations endokystiques. Cette unité du processus de prolifération, démontrée par Malassez et de Sinéty, exclut la division de Waldeyer en kystes *glandulaires* et kystes *papillaires*. Les *végétations* sont formées d'un bourgeonnement de la trame conjonctive revêtu d'une couche unique d'épithélium cylindrique. Ce tissu conjonctif se développe parfois outre mesure et, suivant la prédominance de tel ou tel de ses éléments, il peut donner à la tumeur l'aspect du fibrome, du sarcome, du myxome.

CONTENU. — Le liquide des kystes mucoïdes provient de la fonte cellulaire et de la transudation du sérum. Sa *densité* varie de 1010 à 1030; sa *couleur*, du jaune très clair au brun foncé; s'il est mélangé à une certaine quantité de sang, il peut être noirâtre. La *consistance*

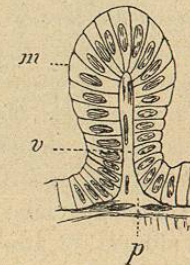


Fig. 227. — Bourgeon de la surface interne d'une cavité kystique (d'après Cornil et Ranvier).

varie de celle du sérum à celle de la gélatine, d'un kyste à l'autre et même dans les différentes loges d'un même kyste. Plus dense généralement dans les grandes que dans les petites cavités, il est liquide et filant ou épais et gélatineux suivant que prédominent dans le revêtement les cellules cylindriques ou les cellules caliciformes (Malassez et de Sinéty). Sa quantité est relative moins de la dimension absolue de la tumeur que du petit nombre de ses loges, et il se reproduit plus ou moins vite après évacuation. On y trouve parfois des paillettes de cholestérine et des masses riziformes (Pozzi).

Les ÉLÉMENTS FIGURÉS qu'on y rencontre sont des cellules épithéliales, quelques-unes intactes, la plupart en dégénérescence plus ou moins avancée, des leucocytes, des hématies, des granulations réfringentes, du pigment, des cellules géantes multinucléées à double contour et des corps hyalins. Landouzy et Gallippe y ont trouvé des microcoques et des bactéries auxquels ils ont tenté d'attribuer une influence pathogène. Mais ces kystes sont ordinairement stériles, à moins d'infection accidentelle et secondaire.

CHIMIQUEMENT, le liquide est composé d'eau et d'un résidu solide dont la proportion peut atteindre 70 grammes par litre (Mehu), 100 grammes (Quénu). On y trouve des substances protéiques, des sels, de la graisse, exceptionnellement du sucre et de l'urée. La *paralbumine*, substance albuminoïde qui donne au liquide sa consistance spéciale, existe toujours dans les kystes de l'ovaire, d'après Waldeyer, et non dans les kystes parovariques; cependant Malassez et de Sinéty ont montré qu'on peut la trouver ailleurs et dans d'autres conditions, ce qui infirme sa valeur pathognomonique. La *métalbumine* ou *pseudomucine*, étudiée par Hammerstein (1882), Pfannestiel (1890), Salkowski (1893), etc., et qui serait une sécrétion véritable des cellules et non le résultat de leur dégénérescence colloïde, s'observe surtout dans les kystes papillaires et jamais dans les microkystes, ni dans les kystes parovariens (Kelly). Ce liquide, injecté chez des lapins par Auché et Chavannaz, s'est montré toxique et a donné lieu à des lésions parenchymateuses et scléreuses du foie et des reins.

B. *Kystes dermoïdes* (1). — Bien plus rares que les kystes mucoïdes, les kystes dermoïdes ne figurent que dans la proportion de 3 ou 3 1/2 p. 100 dans les diverses statistiques, celle d'Olshausen, en particulier, qui porte sur 2275 cas de kystes de l'ovaire en général. Cependant Kelly en a rencontré 25 sur 141 tumeurs kystiques. En revanche, c'est la plus fréquente des tumeurs dermoïdes. Lebert compte 129 localisations ovariennes sur 176 kystes dermoïdes (fig. 228).

Contrairement aux précédents, ils semblent *siéger* plus souvent à droite, sont ordinairement unilatéraux et uniques. Sur 21 cas cepen-

(1) Voy. POUPINEL, thèse de Paris, 1886; JULHIET, thèse de Lyon, 1894-1895, et surtout LANNELONGUE et ACHARD, Traité des affections congénitales, 1886.

dant, Kelly a observé une fois la bilatéralité et la multiplicité (fig. 229), et une fois 2 tumeurs du même côté, et Poupinel a réuni 44 cas de bilatéralité. Beaucoup moins volumineux que les kystes mucoïdes, ils ne dépassent guère, en général, les proportions d'une tête de fœtus à terme; ils peuvent cependant atteindre aussi de grandes et exceptionnelles dimensions. Péan en a enlevé un de 5 kilos et demi avec 20 litres de liquide, Arrou, un de 10 litres. Leur volume, longtemps stationnaire, peut quelquefois augmenter brusquement, même à un âge avancé, ainsi que Lejars en a cité des exemples.

A la coupe, la cavité est uni ou multiloculaire et les loges secondaires sont différentes d'aspect. La surface externe est fibreuse, lisse, à moins d'inflammation surajoutée. La surface interne, lisse ou tomenteuse, plissée, a l'aspect d'une muqueuse ou d'une peau macérée. Les *parois*, d'épaisseur

inégale, ont la structure du tégument externe. Au-dessous d'une couche fibreuse, on trouve un derme plus ou moins parfait pouvant contenir des fibres lisses, des vaisseaux, des tubes nerveux, des papilles, un épiderme avec des poils, des glandes

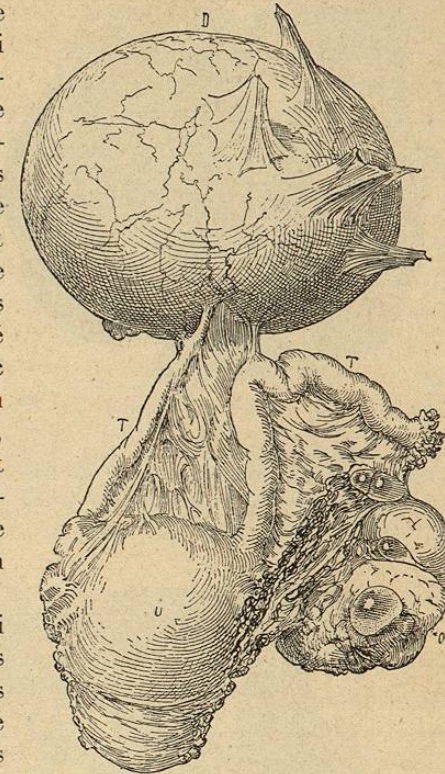


Fig. 228. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit compliqué d'adhérences étendues (d'après Howard A. Kelly). — U, utérus; TT, trompes; O, ovaire; D, kyste dermoïde.

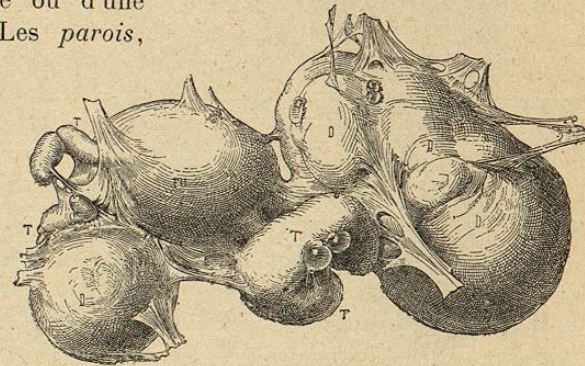


Fig. 229. — Kystes dermoïdes multiples des deux ovaires compliqués de péritonite adhésive étendue (d'après Howard A. Kelly). — FU, fond de l'utérus; TT, trompes; DDD, kystes dermoïdes multiples de l'ovaire droit; D, kyste dermoïde de l'ovaire gauche.