

affection syphilitique. Les antécédents du malade, un traitement par les mercuriaux et l'iodure de potassium, dissiperont toute incertitude. La nature cancéreuse de la maladie étant reconnue, on cherchera à distinguer le cancer des enveloppes de la verge du cancer du corps de l'organe, parce que, dans le premier cas, une dissection attentive permet d'enlever les parties malades en respectant le gland et les corps caverneux (Lisfranc).

Le pronostic est très-grave; la marche de la maladie assez lente. Lorsque la dégénérescence a envahi le gland et les corps caverneux, l'amputation de l'organe est le seul mode de traitement.

**Amputation de la verge.** Pour exécuter cette opération, un aide attire la peau de la verge vers le pubis, pendant que le chirurgien lui-même tire vers le gland la peau de l'organe, dont la partie antérieure, ordinairement dégénérée, est enveloppée d'une compresse et embrassée par la main gauche de l'opérateur. Celui-ci prend de la main droite un petit couteau à amputation, et enlève d'un seul coup toute la portion de l'organe à sacrifier. Après cette ablation, il lie les artères dorsales de la verge, les artères caverneuses et les artères superficielles du périnée; il introduit une sonde dans la vessie. La difficulté de trouver l'urètre, après l'ablation de la verge, a porté Barthélemy à proposer l'introduction d'une sonde dans le canal avant de procéder à l'amputation. Schroeger préfère diviser la verge couche par couche de haut en bas et de lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont ouverts. Langenbeck veut qu'on passe une anse de fil dans la cloison fibreuse de la verge, avant de diviser la partie inférieure des corps caverneux, pour empêcher la rétraction du moignon en arrière. Dans le but de s'opposer à une coarctation de l'orifice de l'urètre, au niveau de la surface de section du pénis, Smyly a proposé de faire la suture de la muqueuse et de la peau au niveau de l'orifice urétral. Le pansement consiste en un linge fenêtré recouvert de cérat et taillé en croix de Malte, percé au centre pour laisser passer la sonde introduite dans l'urètre. Par-dessus ce linge, on dispose de la charpie et quelques compresses assujetties par un bandage convenable.

On a fait l'ablation de la verge par d'autres méthodes : l'écrasement linéaire; un cautère cultellaire chauffé à blanc et promené lentement sur l'organe afin d'éviter tout écoulement de sang (Bonnet de Lyon); un fil de platine chauffé au rouge brun par un courant électrique, en procédant très-lentement, pendant quatre ou cinq minutes, de façon à produire une escarre épaisse et à éviter l'hémorragie (Sédillot).

## SECTION XLIV.

## MALADIES DES OVAIRES.

L'ovaire manque généralement chez les femmes privées d'utérus; on cite cependant des cas d'absence de l'utérus avec existence des ovaires (Négrier). On a constaté la présence de l'ovaire dans des *hernies inguinales, cru-*

*rales, ischiatiques* et même *vaginales*. Tantôt l'organe se trouve seul dans la tumeur, tantôt il entraîne avec lui une portion de l'utérus et la trompe de Fallope. Dans quelques cas rares, une portion d'intestin entre dans la formation de la hernie.

La *hernie de l'ovaire* se présente sous la forme d'une tumeur généralement ovoïde, bien circonscrite, dans l'une des régions que nous venons d'indiquer. La tumeur est plus ou moins douloureuse; la douleur devient plus vive par la pression et se propage vers l'utérus, dans la direction du ligament large. La tumeur n'est pas toujours réductible. Lorsque l'apparition en remonte à la première enfance, elle augmente notablement de volume à l'époque de la puberté, et à partir de cette époque, ces accroissements se manifestent d'une manière intermittente, à toutes les périodes menstruelles. Ces derniers caractères permettent de distinguer une hernie de l'ovaire d'autres tumeurs pouvant simuler cette affection.

Si une hernie de l'ovaire se complique de phénomènes d'étranglement, il convient de mettre l'organe à découvert par une opération analogue à celle de toute hernie étranglée. On procède ensuite à la réduction de l'ovaire; si des adhérences trop fortes s'opposent à la réduction, on abandonne l'organe dans la plaie.

La plupart des auteurs ont décrit l'inflammation des ovaires sous le nom d'*ovarite*. L'ovaire étant renfermé dans un des replis du ligament large, on comprend à peine qu'une phlegmasie puisse atteindre isolément cet organe, sans affecter en même temps le tissu cellulaire renfermé dans ces replis et sans s'étendre aux autres éléments anatomiques qui y sont contenus. En lisant la description de l'*ovarite*, on reconnaîtra tous les caractères d'une inflammation des ligaments larges. Nous décrirons cette affection dans la section suivante; tout ce que nous dirons relativement au phlegmon *latéro-utérin* ou phlegmon des *ligaments larges* s'applique à l'inflammation de l'ovaire. Il est inutile de séparer l'une de l'autre ces inflammations qui sont confondues dans la pratique.

## KYSTES DE L'OVAIRE.

Les kystes de l'ovaire se divisent en deux grandes classes : les *kystes pileux* et les *kystes séro-fibreux*.

1<sup>o</sup> KYSTES PILEUX DE L'OVAIRE.

On comprend sous ce nom tous les kystes qui contiennent, indépendamment de diverses substances, une quantité plus ou moins considérable de *poils*.

**Anatomie pathologique.** Le volume du kyste varie depuis celui d'un ovaire ordinaire jusqu'à une tête d'adulte. L'affection se développe un peu plus fréquemment du côté droit que du côté gauche; rarement elle atteint les deux ovaires à la fois. Le kyste renferme une substance grasseuse, tantôt fluide, tantôt plus ou moins solide, d'une odeur fade ou nauséabonde,

fusible à une température peu élevée ; ne se saponifiant ni avec la potasse, ni avec la soude. Quelquefois, au lieu d'une substance grasse, c'est une sorte de gelée, ou un liquide transparent, analogue à de la sérosité. On rencontre constamment au milieu de cette substance de nature variable, une certaine quantité de poils, les uns pourvus, les autres privés de racines. Tantôt ces poils adhèrent aux parois du kyste ; d'autres fois ils sont complètement libres dans la cavité de la poche. Leur longueur varie, comme leur ressemblance, avec les productions pileuses des différents points du corps : on dirait des cheveux dans certains cas, des poils des parties génitales dans d'autres. La couleur de ces poils et de ces cheveux diffère le plus souvent de la couleur des cheveux de la malade ; elle diffère pour les diverses productions pileuses du kyste. Indépendamment des poils, on trouve un certain nombre de *dents* ; celles-ci naissent dans des capsules isolées et remplies d'un liquide gélatineux ; les unes ne présentent que la couronne, d'autres sont complètement développées et ressemblent aux dents de la première dentition ; leurs racines sont contenues dans des alvéoles, et celles-ci sont supportées par un fragment osseux. On rencontre parfois, au lieu de dents de la première dentition, des dents qui ressemblent à celles de la seconde dentition ; d'autres fois on trouve dans un même kyste des incisives, des canines et des molaires de la première et de la seconde dentition. Le nombre de ces ostéides est variable : le plus souvent il n'en existe que de 2 à 6 ; Cleghorn en a trouvé 42 dans un seul kyste ; Ploucquet et Autenrieth 300. Les *parties osseuses* qui supportent généralement les dents existent parfois sans ces appendices ; dans le premier cas, elles paraissent être des débris d'os maxillaires ; dans le second, elles proviennent d'autres portions du squelette fœtal.

Les *parois* du kyste ont une structure fibreuse ; elles sont denses, épaisses, formées de plusieurs couches superposées. La surface interne de la poche est quelquefois constituée par un véritable tissu cutané sur lequel les poils sont implantés, ou bien elle offre un aspect lisse, ou bien encore des plaques cartilagineuses. Le plus souvent on rencontre des poils entre les diverses couches qui forment les parois.

**Étiologie.** On a expliqué le développement des kystes pileux de l'ovaire par deux théories : 1° D'après quelques pathologistes, ces kystes sont des parties surnuméraires, résultant du même acte fécondateur que celui qui a produit le corps qui les renferme. Ce sont des *monstruosités incluses*. 2° Pour d'autres, ces kystes se développent dans un organisme déjà formé, et pour se rendre compte de leur production, il en est qui pensent que l'embryon subit, après son développement régulier, une désorganisation incomplète. D'autres encore croient à l'existence d'une fécondation incomplète ; Meckel admet la possibilité d'une génération incomplète, *en dehors de tout rapprochement sexuel*. Nous pensons, avec Cruveilhier, que si les kystes pileux de l'ovaire doivent être rapportés, dans un certain nombre de cas, à la monstruosité parasitaire, bien plus souvent ils sont la conséquence d'une conception extra-utérine.

**Marche. Terminaisons.** Les kystes pileux de l'ovaire restent quelquefois

toute la vie à l'état stationnaire, sans déterminer aucun trouble fonctionnel ; si leur volume est médiocre, ils ne sont pas même un obstacle à l'évolution d'une grossesse utérine ; dans le cas, au contraire, où leur volume est considérable, ils occasionnent un accouchement prématuré, en mettant obstacle à l'ampliation de l'utérus. Ils peuvent prendre tout à coup un accroissement considérable, par le fait d'une supersécrétion de liquide qui s'accomplit dans leur intérieur. Dans certains cas, les parois de la poche s'enflamment, contractent des adhérences avec les organes voisins ; des ulcérations s'établissent et permettent à la cavité du kyste de communiquer, soit avec la vessie, soit avec l'intestin, et les produits du kyste s'écoulent par l'une ou l'autre de ces deux voies. Lorsque l'inflammation se propage vers la paroi abdominale, le kyste peut s'ouvrir à la surface de l'abdomen. Dans des cas moins heureux, cette inflammation s'étend au péritoine et donne lieu à une péritonite aiguë. Quelquefois cependant la phlegmasie se propageant au tissu cellulaire du petit bassin ou des fosses iliaques, il en résulte des abcès intra-pelviens plus ou moins graves.

**Diagnostic.** Tant que le kyste n'offre qu'un petit volume, il est impossible d'en reconnaître la présence. Devient-il plus considérable, on peut le confondre avec un kyste *séreux* de l'ovaire. Ce n'est que lorsque la poche s'est ouverte dans une cavité voisine, et alors que les produits se sont écoulés en partie au dehors, ou bien encore que l'ouverture qui s'est formée permet au chirurgien d'y pénétrer avec des instruments explorateurs, que le diagnostic peut être posé.

**Pronostic.** Il n'est grave que lorsque le kyste subit un accroissement considérable, ou lorsqu'il devient le siège d'un travail inflammatoire.

**Traitement.** Lorsque la tumeur reste stationnaire, il faut se borner à l'expectation. Si le kyste prend de l'accroissement, on se comporte comme pour les kystes séreux. Si des phénomènes inflammatoires surgissent, on les combat par un traitement antiphlogistique énergique ; les abcès conscutifs sont ouverts par une région qui se prête le mieux à l'écoulement du pus. Dans les cas où les parois de la poche s'ulcèrent et où les produits du kyste s'écoulent au dehors, on favorise la sortie de ces produits par des injections portées avec précaution dans la cavité du kyste, et en agrandissant au besoin les ouvertures de communication. On prévient ainsi les phénomènes de résorption putride qui sont la conséquence du séjour forcé de matières altérées dans l'intérieur du kyste.

#### 2° KYSTES SÉREUX OU SÉRO-FIBREUX DE L'OVAIRE.

On a désigné sous ce nom des kystes renfermant un liquide de nature et de consistance variables, mais qui ressemble souvent à de la sérosité.

**Anatomie pathologique.** Le contenu du kyste est très-variable : en général c'est une sérosité limpide, transparente, de couleur citrine ; quelquefois c'est un liquide albumineux, ayant de la ressemblance avec le blanc d'œuf ou avec de l'eau gommée ; parfois ce liquide est de couleur chocolat ou marc de café, ce qui est attribué à la présence d'une certaine quantité de