VII. - MALADIES DES OVAIRES

I. - ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT (1)

L'absences des deux ovaires s'accompagne d'absence de la matrice et alors on a affaire à des individus dépourvus de sexe (Kussmaul).

Nous avons signalé l'absence d'un ovaire avec utérus unicorne, lorsque nous avons parlé des arrêts de développement de l'utérus.

L'absence d'un ovaire peut être un vice de conformation acquis, tout en étant congénital, et dépendre par exemple d'un travail inflammatoire chez le fœtus, ou d'une torsion des annexes utérines qui les a arrachées. Lorsque ce fait se passe de bonne heure, ces annexes peuvent être résorbées et disparaître sans laisser de traces; elles peuvent aussi contracter des adhérences en d'autres endroits ou bien se transformer en une production kystique, comme Heschl l'a montré sur un enfant âgé de trois semaines. Dans les cas de ce genre, les organes sexuels sont normaux pour le reste.

Les ovaires n'atteignent qu'un développement rudimentaire dans la plupart des vices de conformation de l'utérus, — utérus rudimentaire, utérus bipartitus, utérus fætalis et dans l'absence complète de cet organe.

L'état des ovaires varie beaucoup.

A leur degré maximum d'atrophie, ils se composent exclusivement d'un stroma, où l'on ne trouve point de traces de follicules de de Graaf; on ne saurait considérer ces individus comme appartenant au sexe féminin, puisqu'il n'y a que le follicule de de Graaf et l'œuf y contenu qui impriment à la glande son caractère sexuel.

Dans d'autres cas, on trouve des traces de follicules incomplètement développés, ou même entièrement détruits, comme dans l'observation de *Merkel*. Eppinger a fait une étude intéressante et très détaillée d'un cas où les ovaires étaient incomplètement développés.

A côté d'un utérus double très rudimentaire, se trouvaient deux ovaires extrêmement petits portant des follicules caractéristiques; ces ovaires avaient la grosseur d'un bout de sonde à un grain de chènevis.

⁽¹⁾ Voir Nagel daes : Bardeleben, $Anat.\ d.\ Menschen$ et dans Veft, $Gyn\"{a}kologie$, Bd. 1. Pour la pathologie de l'ovaire voir Pfannenstiel, $E.\ l.$

On peut trouver, même dans des ovaires rudimentaires, un ou plusieurs follicules bien développés. C'est ainsi que de Sinéty et Siredey trouvèrent à l'autopsie d'une femme qui avait l'extérieur masculin, et qui, étant plus jeune, avait été menstruée, des ovaires d'un tiers de la grosseur ordinaire. Ces organes contenaient quelques œufs et des traces de corps jaunes.

L'ovaire peut se développer incomplètement lorsque l'utérus est unicorne et que l'autre corne n'a pris qu'un développement rudimentaire.

Ovaires surnuméraires. — Abstraction faite des cas où l'on trouve attaché à l'ovaire un petit appendice, chargé de follicules et décrit comme ovaire accessoire (voir Beigel et Winckel), on a parfois rencontré un troisième ovaire. Bien que la plupart de ces anomalies (Grohe, Klebs, de Sinéty, Olshausen, Winkler), doivent être rapportées à une subdivision embryonnaire d'un ovaire fœtal, il y en a d'autres, auxquels cette interprétation ne convient pas. Ce sont ceux de Winckel, Kocks, Mengiagalli. Dans l'observation de Winckel l'ovaire supplémentaire, situé au devant de l'utérus, était rattaché à cet organe par un ligament.

II. — DÉPLACEMENTS DES OVAIRES

A. — HERNIES OVARIQUES.

Hernie inquinale. — Les hernies inguinales sont le plus souvent congénitales; Puech a trouvé sur 78 hernies ovariques inguinales, où il est fait mention de circonstances étiologiques, 54 hernies congénitales. Elles résultent de la persistance d'un canal inguinal à revêtement péritonéal: les ovaires sont attirés par ce canal dans les grandes lèvres tout comme le testicule chez l'homme descend dans les bourses. Aussi n'est-il pas rare de trouver la hernie ovarienne des deux côtés à la fois. Puech a trouvé 28 hernies doubles sur 78 cas. La hernie inguinale de l'ovaire se développe parfois, comme la hernie inguinale chez l'homme, dans le cas de malformation des organes génitaux ; mais on l'observe plus souvent encore, en dehors de cette anomalie. Les hernies inguinales acquises se produisent le plus souvent après l'accouchement chez les femmes qui avaient primitivement une hernie ordinaire. L'observation de Loeper et le troisième cas de Englisch doivent être interprétés de cette façon (hernie intestinale survenue au huitième mois de la grossesse par cause traumatique, puis apparition d'une hernie ovarique pendant les couches). Lorsqu'il préexiste un sac herniaire, rien n'est plus facile pour l'ovaire que d'y pénétrer ; la formation d'une hernie inguinale ovarique est sans doute beaucoup favorisée par la perméabilité d'un canal inguinal péritonéal complet.

Il n'est pas rare de voir l'ovaire hernié s'enflammer. Le fait que Englisch a trouvé sur 38 cas, 47 fois l'inflammation de l'ovaire, s'explique en ce sens que l'inflammation de l'ovaire est le premier symptôme révélateur de la hernie. L'ovaire avait subi la dégénérescence kystique cinq fois, et la dégénérescence cancéreuse, une fois. Rheinstädter (4) a trouvé un ovaire hernié en dégénérescence angiosarcomateuse.

L'ovaire constitue à lui seul le contenu de la tumeur, laquelle présente habituellement la forme d'une poire. La hernie ovarienne congénitale est presque toujours irréductible. Son volume varie depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de poule. Il est rare qu'elle dépasse ces dimensions (sauf dans le cas de dégénérescence kystique). Lorsque la tumeur est petite, elle présente une grande analogie avec des glandes inguinales un peu gonflées, et la consistance est la même. Elle est presque toujours sensible à la pression. La douleur est parfois nulle; dans d'autres cas elle est intolérable. Des manifestations inflammatoires peuvent survenir et se terminer, soit par résolution, soit par suppuration et gangrène.

Diagnostic. — La grosseur, la consistance de la tumeur et surtout la constatation des liens qui unissent le contenu de la tumeur à l'utérus feront reconnaître l'ovaire. On s'efforcera d'imprimer des mouvements à l'utérus à l'aide du doigt ou de la sonde. Dans beaucoup de cas, l'ovaire hernié subit, au cours de la menstruation, un gonflement considérable et il devient beaucoup plus sensible.

Schræder a vu un cas de hernie inguinale de l'ovaire droit, dans lequel le diagnostic ne pouvait être douteux. Au toucher, l'ovaire gauche était normal mais situé un peu en arrière; de l'autre côté on ne pouvait découvrir dans les annexes utérines aucune trace d'un corps ressemblant à un ovaire. De ce côté les annexes utérines étaient tendues (oviducte, lig. de l'ovaire), et se dirigcaient vers le canal inguinal. Au devant de celui-ci, on voyait un petit sac herniaire dans lequel se trouvait un organe de la grosseur et de la forme d'un ovaire, et qui ne devenait sensible qu'à une pression forte. (La patiente n'avait jamais remarqué de gonflement de la partie, pendant la menstruation). La tumeur étant fixée par un aide, on pouvait en repoussant par le palper bimanuel la matrice à gauche et en arrière, exercer une traction bien appréciable sur l'organe hernié et le faire échapper aux doigts en haut et en dehors. Il fut impossible de l'attirer plus avant dans le canal inguinal. On ne réussit pas davantage à le refouler de l'extérieur vers l'intérieur.

Traitement. — La réduction pure et simple est le plus souvent

(1) Centralblatt f. Gyn., 1878, no 23.

impossible. Dans les hernies inguinales acquises, elle n'est pas plus possible que si on voulait faire entrer un testicule dans le ventre. En l'absence d'autres symptômes, on se contente de faire porter sur la tumeur une petite pelotte creuse, pour protéger l'organe contre les traumatismes.

L'ovaire est-il enflammé, il faut employer les moyens antiphlogistiques. S'il y a abcès, on évacuera le pus. La herniotomie, avec réduction dans la cavité abdominale, ne peut être tentée que dans les hernies acquises, attendu que dans les hernies congénitales la chose est impossible. Neboux et Læper ont ainsi opéré avec succès des hernies acquises.

Les souffrances sont-elles vives, deviennent-elles insupportables pendant la menstruation, tout travail corporel est-il devenu impossible, l'extirpation de l'ovaire hernié pourra se trouver indiquée.

Les autres variétés de hernies ovariques ressemblent au point de vue de leurs symptômes, de leur diagnostic et de leur traitement, aux hernies ovariques inguinales. Les plus fréquentes sont les hernies crurales (Englisch en a trouvé 9 sur 38 cas de hernies ovariques).

Leur genèse est difficile à élucider, en tous cas elles ne sont pas congénitales et ne surviennent jamais des deux côtés à la fois.

Dans les autres espèces de hernies, le déplacement des ovaires est presque toujours d'une importance secondaire. Il en est surtout ainsi de la hernie ischiatique. Dans la hernie abdominale, l'ovaire s'est égaré dans un sac herniaire produit par la distension de la cicatrice d'une plaie (incision césarienne). Kiwisch (1) a vu un cas où l'ovaire et l'oviducte droits avaient passé à travers le foramen ovale élargi.

B. - PROLAPSUS DES OVAIRES

On observe assez souvent le déplacement des ovaires en arrière et en bas. Ce déplacement dépend certainement du poids plus considérable de ces organes, et spécialement du relâchement du ligament large du côté affecté. L'ovaire est très sensible, soit primitivement déjà (l'oophorite chronique se rencontre assez souvent dans les déplacements ovariens), soit à cause des lésions qu'il subit par le fait même de sa descente (pression du côté du rectum et de l'utérus, coït, pessaires, etc.). Il est rare que les deux ovaires soient ainsi déplacés à la fois.

L'abaissement de l'ovaire détermine différents symptômes, douleurs de ventre, spontanées ou provoquées par le coït, ou bien encore par

(1) Klin. Vortr., etc. II Aufl. Bd. II, p. 39.

une défécation difficile. Parfois il y a de véritables paroxysmes douloureux, qui peuvent atteindre, surtout pendant la défécation, un degré d'acuité extraordinaire.

L'exploration bimanuelle décèlera sur les côtés du cul-de-sac postérieur la présence d'une petite tumeur caractéristique et *le diagnostic* sera fixé.

Il est difficile d'instituer un traitement efficace. On prescrira un régime tonique et fortifiant. Si l'ovaire prolabé est enflammé, on soustraira la femme à toutes les influences nuisibles et on la mettra au repos le plus complet. On pratiquera quelques soustractions sanguines. On veillera à ce que la défécation se fasse facilement, par des selles liquides. Lorsque la sensibilité douloureuse a disparu, on pourra essayer par des injections froides ou bien chaudes, d'augmenter la résistance des annexes utérines. On placera d'abord quelques tampons saupoudrés d'iodoforme; plus tard on appliquera un pessaire-levier, dans le but de retenir d'une manière continue l'ovaire hors du culde-sac de Douglas.

Dans les cas rebelles, on poura extirper l'ovaire prolabé, soit par le ventre, soit par le vagin. Sänger a conseillé de fixer l'ovaire à sa place normale, en raccourcissant le ligament large. Cette opération convient certainement aux cas où l'ovaire déplacé n'est pas malade.

Nous parlerons, au chapitre des kystes ovariques, d'une autre espèce de déplacement propre à l'ovaire, de la torsion du pédicule qu'on observe le plus souvent quand il y a des tumeurs de l'ovaire.

III. - TROUBLES DE NUTRITION DES OVAIRES

A. - HYPÉRÉMIE ET HÉMORRAGIE

Les ovaires sont, à chaque menstruation, le siège d'une hypérémie physiologique, qui peut exceptionnellement être très forte et durer longtemps. Cette hypérémie est sans importance aussi longtemps qu'elle ne provoque ni hémorragie, ni inflammation.

La rupture du follicule de de Graaf ne s'accompagne pas toujours d'hémorragie. Cependant, en règle générale, il s'épanche un peu de sang dans la cavité du follicule; ce sang donne lieu plus tard au corpus luteum. Exceptionnellement l'hémorragie folliculaire peut être tellement abondante, qu'il se forme des kystes sanguins; lorsque la rupture de l'ovisac ouvre la voie au sang, celui-ci peut s'épancher dans la cavité abdominale. Une telle hémorragie peut : 1° amener directement la mort; 2° provoquer une péritonite; 3° donner naissance à une hématocèle rétro-utérine.