

toine, recommande-t-il. Chez une de ses opérées, des accidents inflammatoires se développèrent et des abcès considérables se firent jour ou durent être ouverts; le pus fut de bonne nature, sans fétidité; il se demande s'il en eût été de même s'il y avait eu communication permanente avec l'abdomen.

« Nous croyons avec Boinet que ce n'est pas une pratique à généraliser, mais qu'elle rend néanmoins de grands services, alors que ses indications sont précises ainsi que nous venons de l'entendre par Regnault. » Spencer Wells (1), de son côté, a employé avec succès, dans un certain nombre de cas, le drainage du cul-de-sac recto-vaginal.]]

Quelquefois il se produit de la suppuration au niveau des points de suture; mais, sauf le cas où il faut ouvrir de petits abcès, elle diminue vite et a cessé ordinairement avant la fin de la cicatrisation de la plaie.

Pendant toute la durée de la cicatrisation, Kœberlé pratique des lotions sur le ventre avec le sulfate de fer ou le sulfite de soude (Obs. III).

Il peut survenir des hémorrhagies consécutives qui dépendent d'une constriction insuffisante de la base de la tumeur. Dans un cas de ce genre, Kœberlé a détaché le pédicule de la surface à laquelle il commençait à adhérer, et, le liant plus profondément et plus fortement, il arrêta l'écoulement sanguin qui menaçait la vie de la malade.

La médication a été à peu près nulle presque chez toutes les malades de Kœberlé: un peu de glace s'il y avait des efforts de vomissements, quelques centigrammes d'acétate de morphine administrés pendant quelques jours chez quelques-unes, de l'acétate d'ammoniaque chaque jour, et enfin une alimentation légère et conforme aux habitudes de l'opérée, ont constitué tout le traitement médical. Il est évident que des accidents nouveaux pourront donner lieu à des indications nouvelles. Presque toujours la guérison, quand elle doit se produire, marche assez rapidement, et elle est complète le vingt-cinquième ou trentième jour.

Chaque fois qu'il s'est agi de ligatures, suivant l'exemple de M. Kœberlé, et séduit par la beauté de ses résultats, nous avons indiqué les fils métalliques, quoique certains chirurgiens anglais donnent la préférence soit à la soie, soit au chanvre; mais je ne crois pas que, dans l'espèce, la nature des ligatures ait une influence marquée.

L'état de la malade avant l'opération, un diagnostic complet, le milieu dans lequel on opère, l'habileté de l'opérateur, et enfin l'observation des soins consécutifs les plus minutieux, ont assuré les succès remarquables des chirurgiens qui, comme Spencer Wells et Kœberlé, ne mettent pas en pratique le précepte: *de minimis non curat prætor*.

(1) Spencer Wells, *Diseases of ovaries*. London, 1872.

CHAPITRE IV

TUMEURS NON MALIGNES DES OVAIRES

On trouve fixées sur les ovaires, ou implantées dans leur tissu, des tumeurs fibreuses analogues à celles qu'on rencontre dans l'utérus. On les trouve souvent en même temps dans les deux organes, et, quel que soit celui de ces deux viscères où on les prend, la structure en est identique à ce point que, séparées de leur lieu d'implantation, le plus scrupuleux examen, dit Cruveilhier, ne permet pas d'en assigner le siège. A la coupe, ils présentent le même tissu fibreux dense traversé dans toutes les directions par des intersections blanches nacrées. Baillie les a décrites avec beaucoup de soin. « L'ovaire est très-augmenté de volume, il est formé d'une substance ferme, solide, traversé par des membranes se dirigeant en différents sens. Le tissu ressemble beaucoup à celui de ces tumeurs qu'on rencontre à la surface externe de l'utérus, et je crois qu'il y a très-peu de tendance à s'enflammer et à suppurer. Ces tumeurs subissent également les transformations cartilagineuses et osseuses dans des proportions plus ou moins grandes. Dans quelques-unes nous ne rencontrons que des îlots cartilagineux ou des noyaux calcaires; mais il y a des cas où la plus grande partie de la tumeur s'est transformée en tissu osseux (1). » On peut quelquefois observer à la surface de l'ovaire des plaques de consistance cartilagineuse ou osseuse dues à une altération morbide de la tunique fibreuse propre de l'ovaire au-dessous du péritoine.

Le volume des tumeurs varie beaucoup: suivant Cruveilhier, il peut varier depuis quelques grammes jusqu'à 30 ou 40 livres; mais Boivin et Dugès (2) sont disposés à croire que dans ces cas il s'agissait de tumeurs squirrheuses. Il est certain, néanmoins, que leur volume s'accroît graduellement, et beaucoup plus qu'aucune autre production morbide de l'ovaire.

Outre les tumeurs fibreuses, on en rencontre encore de différente nature dans l'ovaire. Elles consistent tantôt dans le dépôt de matière tuberculeuse, tantôt d'une substance plus foncée, qu'on désigne sous le nom de *mélânose*. « Mais la maladie scrofuleuse ou tuberculeuse est rarement observée dans l'ovaire: c'est la moins commune de toutes les altérations organiques de l'ovaire (3). »

(1) Kluykens, *Annales de litt. méd. étrang.*, t. IX, p. 336. — Saviard, *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*. Paris, 1702. — Schlencker, in Haller, *Disp. medicæ*, vol. IV, p. 419.

(2) Boivin et Dugès, *Traité pratique des maladies de l'utérus*. Paris, 1833, t. II, p. 551.

(3) Robert Lee, *Cycl. of pract. med.*, DISEASES OF THE OVARIA.

§ I. — Causes.

On a attribué la production de ces tumeurs à des causes très-diverses : des coups, des chutes, etc. On a accusé certaines constitutions d'y prédisposer; mais il faut le dire, dans la grande majorité des cas, il sera impossible d'établir un rapport certain entre la cause et l'effet.

§ II. — Symptômes.

Comme ces tumeurs ne dégèrent pas en une affection de nature maligne, bien que quelquefois elles en soient une complication, comme elles ne s'enflamment que rarement, elles ne donnent lieu qu'à des symptômes mécaniques. Pendant qu'elles restent dans le pelvis, elles peuvent comprimer le col de la vessie ou le rectum, dont elles entravent les fonctions. De l'engourdissement, même de l'œdème dans la cuisse ou dans la jambe du même côté, peut résulter de la compression des nerfs et des vaisseaux. S'il survenait une grossesse avant que la tumeur se soit élevée, il pourrait en résulter un empêchement sérieux à l'accouchement; il faudrait alors ou enlever la tumeur, ce qui le plus souvent sera impossible, ou il faudra se résoudre à perforer le crâne de l'enfant. Quand la tumeur a dépassé la crête iliaque, elle peut ne causer que peu de troubles, et le plus souvent elle n'abrège en rien la durée de la vie.

§ III. — Diagnostic.

Un examen par le rectum nous convaincra que la tumeur, si elle n'est pas volumineuse, siège dans l'ovaire, et nous permettra de la distinguer d'une tumeur siégeant dans l'utérus; en outre, l'élévation du museau de tanche ne correspondra pas à la situation que le palper abdominal assignera à l'utérus.

L'égale densité de la tumeur, le bon état de santé de la malade, l'absence de douleur, distingueront cette maladie des tumeurs squirrheuses ou cancéreuses de l'ovaire.

§ IV. — Traitement.

Il faut s'appliquer à éloigner les inconvénients mécaniques auxquels ces tumeurs donnent lieu, au moyen du cathétérisme, de lavements, tant qu'elles sont dans la cavité pelvienne. Dans quelques cas, on peut apporter un soulagement complet en refoulant la tumeur au-dessus de la crête iliaque. Aussitôt qu'elle sera dans la cavité abdominale, il ne faudra plus faire aucun traitement, à moins qu'il ne survienne de l'inflammation qui nécessitera l'emploi de moyens antiphlogistiques.

CHAPITRE V

ALTÉRATIONS DE NATURE MALIGNNE DE L'OVAIRE

[[Ces altérations ne sont autres que le cancer sous ses différentes formes, et qu'on désigne sous les noms de squirrhe, d'encéphaloïde, de céphalome, d'hématome, etc....]]

Elles sont plus fréquentes que le cancer du sein, et on les rencontre presque aussi souvent que le cancer utérin. Elles ne paraissent pas se développer aussi fréquemment que ce dernier à une période aussi avancée de la vie. Boivin et Dugès pensent qu'on les observe plus souvent vers la période moyenne de la vie de la femme. Carswell a trouvé une tumeur de l'ovaire du volume d'un utérus au terme de la grossesse chez une jeune femme âgée de moins de vingt ans. Il y a au moins deux espèces d'affections malignes observées dans l'ovaire : l'une ressemblant au véritable squirrhe avant qu'il n'y ait aucun ramollissement, l'autre offrant les caractères du fungus hématode ou encéphaloïde. « Le cancer peut se développer dans les ovaires et y parcourir tous les degrés : tantôt il y est à l'état d'induration; cet organe acquiert le double, le triple de son volume; il est dur et squirrheux. D'autres fois il passe à l'état de suppuration latente et finit par s'ulcérer : il se forme dans son voisinage des dilatations variqueuses des vaisseaux veineux, des développements de substances cartilagineuses et osseuses, de formes très-variées (1). » Des deux formes que nous venons d'indiquer, je crois que c'est la tubériforme qui atteint le plus souvent l'ovaire : aussi, quand ce viscère est augmenté de volume, c'est une saillie ou une surface bosselée qui caractérise la maladie. Quelquefois, cependant, le squirrhe prend la forme *diffuse* : toute la masse de l'ovaire s'accroît en même temps, et la surface reste égale et unie. La rapidité avec laquelle se produit l'augmentation de volume est très-variable : cependant, si la tumeur reste solide, qu'il n'y ait pas d'hydropisie, le développement se fera lentement, et, avant qu'il n'ait quelque importance, il se passera certainement des mois, plus souvent des années (2). »

Les deux formes peuvent coexister et elles peuvent être primitives ou n'être développées que consécutivement à une affection analogue de l'utérus.

I. *Squirrhe*. — Cette tumeur est dure, presque homogène. La surface est inégale et bosselée. A la coupe, elle présente le même aspect que nous avons indiqué en traitant du squirrhe utérin. Elle peut rester quelque temps dans cet état d'induration ; mais, à la longue, il se produira du ra-

(1) Nauche, *Maladies propres aux femmes*. Paris, 1829, vol. II, p. 623.

(2) Blundell, *On diseases of women*, p. 96.

mollissement au centre. Baillie a vu un cas où le ramollissement avait pris place dès le début. La pièce est au musée du *College of Physicians* à Londres. L'affection de l'ovaire coïncidait avec un cancer de l'estomac.

II. *Fongus hématode ou encéphaloïde*. — La structure de cette tumeur varie plus que celle du squirrhe : une partie de la tumeur est souvent fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, et l'autre partie est fongoiïde ; la consistance et l'aspect rappellent ceux de la matière cérébrale ou bien elle est creusée de cellules contenant un liquide coloré. Seymour en a décrit deux variétés : la première est constituée par des cellules, des kystes nombreux contenant une plus ou moins grande quantité de liquide, contenant quelquefois des matières osseuses ou terreuses ; souvent ces kystes renferment une sécrétion grasse ressemblant à de l'axonge traversée par des cheveux fins et longs, privés de bulbe ; d'autres fois on y trouve une sécrétion albumineuse plus ou moins consistante et colorée. Ces sécrétions sont fréquemment mélangées de substances analogues à la suie. D'autres fois le liquide offre la couleur de l'acajou à cause du mélange d'une certaine quantité de sang, et souvent le fluide extrait au moyen du trocart rappelle tout à fait la médecine très-connue sous le nom de *Griffith's mixture*. Dans la seconde variété, un seul large kyste émerge de l'ovaire et contient d'autres tumeurs variant depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une orange. Souvent la plus grande portion des parois du kyste est constituée par des tumeurs développées entre les tuniques externe et interne, faisant saillie dans la cavité du kyste qui est remplie du liquide sécrété par la membrane interne. A la coupe, ces tumeurs sont trouvées remplies d'une substance gélatineuse, semi-fluide, traversée par des bandes blanchâtres entre lesquelles on trouve de petits kystes remplis de matières visqueuse et gluante (1). Andral fait à ce sujet les remarques suivantes : quelquefois ces masses sont formées de tissu fibreux, cartilagineux ou osseux ; dans d'autres cas, elles sont presque entièrement composées de tissu encéphaloïde. Les parois des kystes sont épaisses et leurs cavités s'élargissent graduellement jusqu'à ce qu'il se soit formé une tumeur qui remplit non-seulement la région épigastrique, mais aussi toute la cavité abdominale. La surface externe est inégale : dans quelques points on perçoit de la fluctuation, dans d'autres le tissu est dur et dense à l'égal du tissu osseux (2). Quelquefois l'ovaire est envahi par l'encéphaloïde, ou bien est converti en une masse irrégulière et inégale de kystes et de tumeurs. La section de ces tumeurs offre tous les caractères du fongus hématode. Cette terrible affection parcourt toutes ses périodes avec une extrême rapidité, et dès le début la constitution de la patiente est plus profondément altérée que dans aucune des affections organiques que nous venons de décrire (3).

(1) Seymour, *Diseases of the ovaria*. London, 1830.

(2) Andral, *Précis d'anatomie pathologique*, vol. III, p. 703.

(3) Robert Lee, *Cyclop. of pract. med.*, art. DISEASES OF THE OVARIA.

III. *Céphalome*. — C'est une forme de la maladie que l'on rencontre rarement dans l'ovaire. Je n'en ai rencontré qu'un seul exemple. Dans cette observation, l'utérus entier n'était qu'un céphalome, l'ovaire offrait le double de son volume ordinaire et était également envahi. S'il y a dans la tumeur du sang épanché, la description répondra exactement à celle qu'en a donnée Hooper (1).

IV. *Hématome*. — Il est très-rare : « La figure que j'en ai donnée, dit Hooper, en est un fort bel exemple. J'en ai observé deux autres qui n'offraient pas les mêmes dimensions ; je suis disposé à croire que, lorsque l'organe est atteint d'hématome, il ne tarde pas à devenir hygromateux, et qu'à mesure, les cellules, en se distendant, compriment les excroissances fongueuses ; car des masses charnues, le plus souvent spongieuses, sont trouvées çà et là dans les cellules ovariennes. » La tumeur offre un volume variable, mais généralement plus grand que dans le squirrhe ; dans quelques cas, il est énorme, et, à mesure qu'il augmente, les cavités se dilatent, et l'on arrive à percevoir de la fluctuation. L'épaisseur des parois est en général très-variable.

Quelle que soit la variété à laquelle on ait affaire, elle peut exister à l'état latent pendant un certain temps ; ces tumeurs peuvent être atteintes d'inflammation, d'abcès, ou être compliquées d'hydropisie. Comme conséquence de l'inflammation, l'organe malade peut contracter des adhérences qui peuvent sérieusement troubler la malade et hâter les progrès de la maladie.

Le dépôt de matière cancéreuse dans l'ovaire est souvent accompagné d'un dépôt analogue dans d'autres organes : pylore, ganglions lymphatiques, etc. Cruveilhier cite un cas dans lequel le cancer de l'ovaire coïncidait avec un cancer de l'estomac. Un cas semblable a été observé par Baillie.

§ I. — Causes.

Les causes sont excessivement obscures. Il se peut qu'il y ait quelques connexions entre l'inflammation et le développement de cette affection ; mais, comme on la rencontre plus souvent chez les vierges, l'inflammation ne peut être considérée comme une cause exclusive. Elle peut succéder à une inflammation chronique, suivant Boivin et Dugès, contrairement à l'opinion de Logger. Capuron admet comme causes l'avortement ou la suppression des lochies. Elle a quelquefois semblé produite par une violence extérieure coup, chute, etc.

§ II. — Symptômes.

Si la maladie est limitée à un seul ovaire, la menstruation peut continuer régulièrement : elle sera supprimée si les deux ovaires sont atteints.

(1) Hooper, *Morbid Anatomy of the human uterus*, p. 16.

On a cité des exemples dans lesquels la conception avait eu lieu après le développement d'une affection de nature maligne dans l'un des ovaires. En pareil cas, il peut survenir des accidents graves pendant l'accouchement, si l'ovaire malade n'est pas remonté dans la cavité abdominale (1). Comme je l'ai déjà fait remarquer pour d'autres tumeurs ovariennes, les symptômes diffèrent beaucoup suivant que celles-ci siègent dans la cavité pelvienne et dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, les symptômes sont purement mécaniques, et résultent de la compression qu'elles exercent sur le rectum ou sur le col de la vessie. Il existe en même temps de l'engourdissement des membres inférieurs. La tumeur elle-même ne donne lieu qu'à très-peu de symptômes tant qu'elle n'est pas dans la cavité abdominale, ou tant qu'elle n'a pas subi de ramollissement. Il n'en est pas de même si tout d'abord elle s'enflamme. Les symptômes alors offriront un caractère très-marqué d'acuité. Après cette période il est incontestable, comme le dit Seymour, « que ces affections mènent rapidement à une terminaison fatale et sont caractérisées par une extrême débilité et une anémie profonde (2). » En somme, les formes malignes sont caractérisées pendant la vie par une altération de la nutrition, par la faiblesse extrême de la malade, par des malaises nombreux, par un accroissement rapide de la tumeur, par l'engorgement simultané de ganglions en d'autres endroits du corps, et par des douleurs lancinantes dans les parties affectées. Ce dernier symptôme n'est pas constant. Le pouls est faible et fréquent, et, à mesure que la maladie fait des progrès, on voit survenir de la fièvre hectique, des aphthes dans la bouche, et la débilitation augmente sensiblement. Le voisinage de l'organe malade peut augmenter l'activité sécrétoire du péritoine, et il se produit de l'ascite. Le temps qui s'écoule avant le développement des symptômes constitutionnels varie beaucoup; mais, tôt ou tard, la fièvre s'allume, il y a de la soif, le pouls est fréquent, à moins que la fin ne soit hâtée par le ramollissement de la tumeur et par l'effusion de son contenu dans la cavité péritonéale.

La substance ramollie s'est quelquefois frayé une route à travers la vessie, l'intestin ou le vagin, etc. Le toucher vaginal permettra de reconnaître la tumeur tant qu'elle restera dans le bassin; le palper abdominal suffira généralement quand elle aura remonté dans l'abdomen. La surface de la tumeur qu'on sentira au-dessus de la crête iliaque dans l'une ou l'autre fosse iliaque, est généralement inégale, bosselée et dure. La partie supérieure de l'abdomen est souple et occupée par la masse intestinale.

(1) Th. Hewlet, *Case of extensive ovarian disease complicated with pregnancy* (Med. chir. Trans. London, vol. XVII, p. 226).

(2) Seymour, *On diseases of the ovaria*. London, 1830, p. 62.

§ III. — Diagnostic.

Il ne faut pas s'en rapporter à la présence d'une tumeur située dans l'une des fosses iliaques, puisque celle-ci peut quelquefois être due à une accumulation de matières fécales dans le cæcum. Aussi longtemps que la tumeur ne donnera pas lieu à des accidents généraux, il sera fort difficile d'en reconnaître la nature maligne.

Ces lésions seront distinguées :

I. *D'une hydropisie de l'ovaire*. Le squirrhe et l'encéphaloïde sont plus durs, plus compactes : ils ne donneront pas généralement lieu à de la fluctuation; leur surface sera bosselée, comme lobulée.

II. *D'une grossesse*, par leur surface dure et lobulée, par l'absence des signes sensibles de la grossesse.

III. *Des tumeurs fibreuses de l'utérus*, par le volume plus considérable que prennent généralement les tumeurs de nature maligne : celles-ci, en outre, ne sont pas pédiculées; mais elles sont plus mobiles, elles donnent lieu à des douleurs lancinantes et à des accidents généraux.

IV. On a quelquefois pris ces tumeurs pour des *maladies de la rate* quand celle-ci était considérablement hypertrophiée; mais un examen minutieux, les antécédents de la malade, le palper abdominal et le toucher vaginal, écarteront facilement tous les doutes.

V. On peut désirer avoir une certitude sur la nature squirrheuse ou encéphaloïde de la tumeur, car l'avenir de la malade est moins immédiatement compromis dans le premier cas. Voici quelles sont les principales différences : le squirrhe se développe plus lentement, il donne lieu à des symptômes mécaniques, peut-être à des troubles menstruels; mais il n'est pas accompagné de douleur ou d'accidents qui altèrent profondément la constitution. L'encéphaloïde ou le fungus hématode, au contraire, s'accroît très-rapidement; il est douloureux, il donne lieu à de la fièvre, à de l'émaciation et à d'autres symptômes généraux. Seymour signale avec beaucoup de justesse la coexistence de cette forme avec le cancer des seins, du pylore, du col de l'utérus comme devant être un excellent élément de diagnostic.

§ IV. — Traitement.

Si la tumeur donne lieu à des accidents de compression pendant qu'elle est dans le bassin, on peut, comme nous l'avons déjà dit, obtenir un soulagement rapide en la repoussant dans la cavité abdominale.

Les médications énergiques sont dangereuses, car elles peuvent exciter les fonctions d'organes dont nous avons intérêt à respecter l'indolence. On a essayé l'iode, qui agit avantageusement sur l'économie tout entière, plus qu'elle ne rend de services pour la maladie locale. Seymour fait remarquer, au sujet de ce médicament, qu'on a publié des succès apparents

dus à cette médication trop peu de temps après la diminution de la tumeur, pour qu'on puisse en tirer aucun argument sérieux en sa faveur; et, en somme, il pense que ce médicament a été surfait. L'iode est un stimulant énergique et ne me paraît guère applicable que dans les maladies de l'ovaire qui ne sont accompagnées d'aucune trace d'inflammation. Nous ne possédons aucun remède efficace contre cette affection: tout ce que nous pouvons faire à une période avancée de la maladie, c'est d'éviter toutes les causes d'irritation, de remédier à la douleur au moyen des narcotiques.

Quant à l'extirpation qui a été proposée, il ne faudra, je crois, jamais y recourir, car à l'époque avancée à laquelle seule l'opération serait proposée, la constitution générale porte déjà l'empreinte profonde de la diathèse cancéreuse.

CHAPITRE VI

DÉPLACEMENTS DES OVAIRES

Les déplacements auxquels les ovaires sont sujets n'ont en général pas une grande importance. La plupart, en général, ne sont qu'une conséquence de maladies ou de déplacements de l'utérus: l'importance s'en trouve singulièrement diminuée par la prédominance des accidents auxquels donne lieu l'affection principale.

§ I. — Divisions.

Nous pouvons les diviser en deux classes: 1° ceux dans lesquels les ovaires restent dans la cavité pelvienne; 2° ceux dans lesquels ces organes s'échappent de cette cavité.

I. Toute altération qui modifiera le poids de l'ovaire tendra à l'abaisser au-dessous de son niveau normal: ainsi la congestion, l'hydropisie enkystée, les hydatides ou autres tumeurs siégeant dans l'organe; d'un autre côté, si le volume de ces dépôts de nouvelle formation est très-considérable, il peut arriver alors que l'ovaire soit situé au-dessus de son niveau habituel. C'est ce qui arrive également pendant la grossesse. Dans le premier cas, les symptômes mécaniques disparaissent aussitôt que la tumeur est arrivée dans la cavité abdominale, et l'on peut quelquefois, par une intervention habile, arriver à ce résultat avantageux. Une autre classe de déplacements secondaires résulte de déplacements utérins. L'antéversion et la rétroversion, on le comprend, modifieront la situation des ovaires; mais celle-ci est encore bien plus changée dans le prolapsus ou l'inversion de cet organe. Dans ce dernier cas, les ovaires tombent le

plus souvent au fond du sac formé par l'utérus inversé. Rigby (1) a décrit le déplacement qui accompagne la rétroversion et qui est signalé, dit-il, par un malaise général, par de la douleur dans la région sacrée, par de vives souffrances au moment de la défécation, ou quand l'utérus est comprimé du côté malade, ou bien lorsque le doigt pendant le toucher rectal atteint l'organe affecté. J'ai déjà dit que ce sont généralement des dépla-

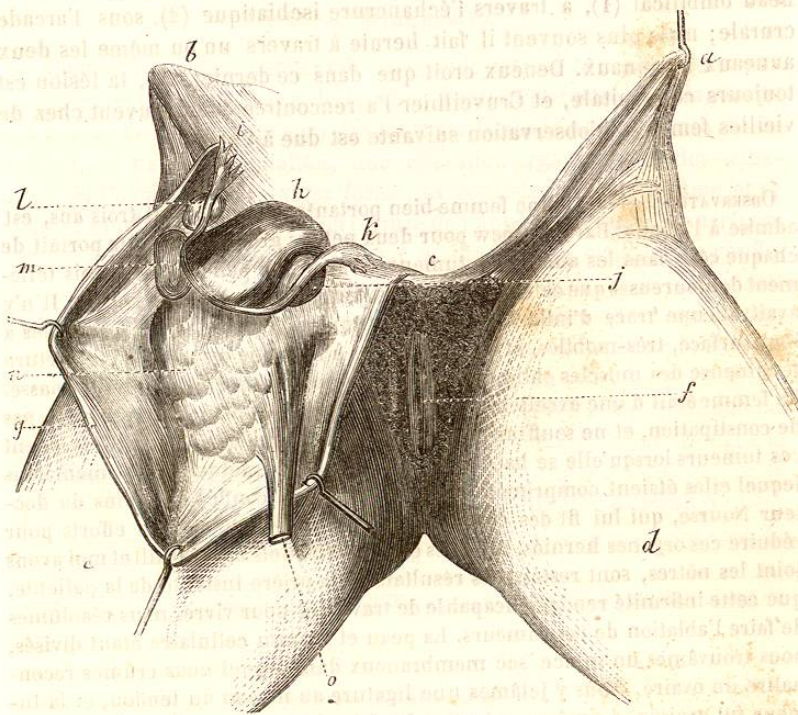


Fig. 221. — Hernie crurale de l'utérus et des ovaires (*).

cements temporaires; mais quelquefois des adhérences peuvent venir les rendre définitifs (2). Tous les traitements qui sont applicables en pareil cas ont déjà été indiqués quand nous avons traité des déplacements de l'utérus ou des maladies qui en sont les causes.

(1) Rigby, *Med. Times*, 6 juillet 1850.

(2) Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1834, t. XII, p. 409, art. OVAIRES.

(*) a, portion gauche des parois abdominales vue par sa face externe; b, portion droite des mêmes parois vue par sa face interne; c, région pubienne; d, la cuisse gauche; e, la cuisse droite; f, orifice de la vulve; g, l'enveloppe de la tumeur ouverte et renversée sur la cuisse; h, la matrice renversée et offrant en avant sa face postérieure; i, la trompe gauche; j, l'ovaire gauche; k, la trompe droite; l, l'ovaire droit changé en kyste; m, autre kyste adhérent à l'ovaire droit et à la matrice; n, masse graisseuse adhérent fortement à la matrice, au sac, et se continuant avec lui; o, prolongements de l'épiploon qui sont coupés et renversés. (BOUVIN ET DUCLOS, *Atlas*, planche XI, fig. 3.)

II. Quand l'ovaire sort de la cavité pelvienne, il constitue une véritable hernie de cet organe (fig. 221). Les exemples en sont rares. L'ovaire peut être déplacé dans la hernie de l'utérus, ou bien il peut faire hernie isolément, ou encore en même temps que les trompes de Fallope, ou une portion de l'intestin. L'ovaire peut être sain ou altéré, mais généralement il est au moins congestionné. Cet organe peut faire hernie à travers l'anneau ombilical (1), à travers l'échancrure ischiatique (2), sous l'arcade crurale; mais plus souvent il fait hernie à travers un ou même les deux anneaux inguinaux. Deneux croit que dans ce dernier cas, la lésion est toujours congénitale, et Cruveilhier l'a rencontrée bien souvent chez de vieilles femmes. L'observation suivante est due à Pott :

OBSERVATION. — Une jeune femme bien portante, âgée de vingt-trois ans, est admise à l'hôpital Bartholomew pour deux petites grosseurs qu'elle portait de chaque côté dans les aines. Ces tumeurs avaient été pendant des mois tellement douloureuses que cette femme ne pouvait se livrer à aucun travail. Il n'y avait aucune trace d'inflammation : les tumeurs étaient souples, inégales à leur surface, très-mobiles, et étaient situées à la partie externe de l'ouverture tendineuse des muscles obliques à travers lesquels elles semblaient avoir passé. La femme était d'une excellente santé, forte, elle était bien réglée, n'avait pas de constipation, et ne souffrait absolument que des malaises que provoquaient ces tumeurs lorsqu'elle se baissait ou qu'elle faisait quelque mouvement dans lequel elles étaient comprimées. Cette femme était confiée aux soins du docteur Nourse, qui lui fit des émissions sanguines, et fit tous ses efforts pour réduire ces organes herniés. Tous ses efforts, auxquels M. Sainthill et moi avons joint les nôtres, sont restés sans résultats. A la prière instante de la patiente, que cette infirmité rendait incapable de travailler pour vivre, nous résolûmes de faire l'ablation de ces tumeurs. La peau et le tissu cellulaire étant divisés, nous trouvâmes un mince sac membraneux dans lequel nous crûmes reconnaître un ovaire. Nous y jetâmes une ligature, au niveau du tendon, et la tumeur fut excisée. La même opération fut faite du côté opposé, et l'examen le plus minutieux nous montra que les deux corps enlevés étaient absolument identiques. Depuis, la jeune malade s'est très-bien portée, elle est devenue plus mince et a pris une apparence plus virile; les seins qui étaient volumineux, ont disparu; elle n'a jamais été menstruée, et l'opération date déjà de plusieurs années (3).

Les ovaires peuvent descendre dans les grandes lèvres et ressembler beaucoup aux testicules renfermés dans le scrotum. Enfin, on a vu l'ovaire se frayer un passage dans un abcès ouvert dans les parois abdominales. Quelquefois la hernie de l'ovaire à travers l'anneau inguinal donne lieu à de grands malaises : la patiente se plaint de douleurs et de tiraillements

(1) Portal, *Cours d'anatomie médicale*. Paris, 1803, vol. V, p. 556.

(2) Camper, *De pelvi*, lib. II, cap. 1, p. 47.

(3) Pott, *Works*, 3^e édition, vol. V, p. 184.

très-pénibles, surtout pendant la marche. Si nous examinons la région, nous trouverons une petite tumeur sous la peau, ressemblant à un ganglion, sans aucun changement de couleur à la peau. Le toucher donne lieu à de très-vives douleurs qui semblent se prolonger jusque dans l'utérus. Rarement ces tumeurs sont réductibles.

§ II. — Diagnostic.

Le diagnostic de la première et de la seconde variété de ces déplacements sera facilement fait au moyen du toucher vaginal et rectal. Le diagnostic de la hernie de l'ovaire ne sera pas toujours facile lorsqu'il y aura de la tuméfaction, de l'inflammation, une altération organique ou des adhérences. Si l'ovaire a conservé sa forme, sa consistance, son volume et sa mobilité, et qu'on le trouve à l'ouverture de l'anneau inguinal, on arrivera aisément à faire le diagnostic, surtout si le sujet est maigre. Le gonflement des ganglions survient très-rarement à cet endroit, mais bien plutôt vers le milieu de l'aîne, et les ganglions sont bien plus vite immobilisés. La hernie de l'ovaire se distingue de l'entéroccèle et de l'épiplocèle par des tiraillements dans l'hypogastre et les reins au moindre mouvement de la malade, par l'absence de borborygmes, de coliques et de tiraillements d'estomac. Suivant Lassus, le signe pathognomonique consiste dans la translation à ces tumeurs des mouvements imprimés à l'utérus par le doigt introduit dans le vagin ou le rectum. » Peut-être pourrait-on tirer quelque renseignement de l'accroissement mensuel survenant du côté de la tumeur.

[La percussion indiquera sûrement la présence de l'intestin dans la tumeur.]

§ III. — Traitement.

On doit tenter d'abord la réduction; mais elle est le plus souvent infructueuse. S'il existe des signes d'étranglement, on pourra recourir à l'opération qu'exige l'étranglement herniaire, faire un débridement et réduire l'ovaire, qu'on maintiendra au moyen d'un bandage, ou bien on se contentera du débridement seul. Dans les cas où la tumeur est tout à fait irréductible, nous pouvons encore pratiquer l'extirpation, comme l'a fait Pott.