

D^r Pollock ne donne pas le chiffre relatif des individus hommes et femmes observés par lui-même et la proportion générale des deux sexes dans la tuberculose. Sur 99 cas de tuberculose, les règles étaient irrégulières et insuffisantes chez 10 malades, elles étaient absentes chez 58; elles étaient augmentées de quantité chez 4, et chez 27 elles n'avaient jamais fait leur apparition.

En somme l'aménorrhée est un symptôme *grave*, qui est rarement absent dans la période avancée de la maladie. L'établissement de la menstruation est souvent accompagné d'une amélioration ou d'un arrêt de l'affection générale et sa régularité persistante est un excellent signe, tandis que l'arrêt permanent est un symptôme défavorable. Lorsque chez une phtisique la menstruation est à peu près régulière, tous les symptômes peuvent disparaître sous l'effet d'une augmentation de l'écoulement menstruel. Lorsque les règles s'arrêtent subitement, il survient fréquemment une hémoptisie. Il est possible d'ailleurs qu'elle doive être regardée comme compensatrice et avoir moins d'importance au point de vue des lésions pulmonaires que dans d'autres circonstances. Dans les cas chroniques, la persistance ou la réapparition de ces importantes fonctions est d'un bon pronostic.

Pendant la grossesse, qui peut très bien se produire, la phtisie est en général latente, mais après l'accouchement elle semble reprendre unemarche plus rapide, et bien des cas indécis semblent alors s'accroître. La lactation accélère la marche de la maladie et la phtisie doit constituer une contre-indication absolue à l'allaitement.

Il est certain que non seulement l'ovaire est très exposé à être arrêté dans son développement depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence, mais qu'il peut être frappé de *sénilité prématurée*. Nous verrons plus tard que cela survient assez fréquemment après le premier accouchement, plus particulièrement après des fausses couches au début de la vie sexuelle;

ce qui s'explique par les adhérences contractées par les trompes, sujet sur lequel nous reviendrons plus tard.

L'atrophie prématurée de l'ovaire, associée à un état analogue de l'utérus et des trompes, peut être encore nettement causée par les maladies infectieuses; c'est un sujet dont je m'occupe dans un autre chapitre.

DÉPLACEMENTS DE L'OVAIRE.

Le déplacement le plus fréquent de l'ovaire est la chute de l'organe dans le cul-de-sac rétro-utérin, chute à laquelle on a donné le nom de *prolapsus de l'ovaire*. Ce prolapsus est tantôt indolent, tantôt il cause de souffrances intolérables. L'étiologie de ce déplacement est très variable. Il peut être congénital ou s'être produit à la suite de quelque effort. Il survient le plus souvent pendant l'involution utérine après l'accouchement ou après une fausse couche; il s'accompagne de rétroversion ou de rétroflexion de l'utérus. Presque tous les cas accompagnent une subinvolution utérine, ce qui s'explique par l'hypertrophie des ovaires dans l'état puerpéral. *Henning* a constaté que l'ovaire gauche était alors plus volumineux que le droit, ce qui explique ce que dit le professeur *Goodell* à savoir que le prolapsus de l'ovaire porte presque toujours sur l'ovaire gauche.

Il s'agit donc d'une *subinvolution de l'ovaire*, et de même que pour l'utérus nous voyons l'hypérhémie de l'organe passer peu à peu à l'état de métrite chronique, nous voyons aussi le même processus se produire pour l'ovaire.

Il est survenu le plus souvent après l'accouchement quelque complication, suivie d'une convalescence prolongée, d'une réapparition trop rapide de la menstruation, de grandes difficultés et de douleurs pendant la marche, presque toujours

de sensations douloureuses pendant la défécation et pendant les rapports sexuels.

A côté de ces symptômes locaux, on note très souvent des *symptômes réflexes* : céphalalgies rebelles, douleurs dans les reins, douleurs pelviennes ou s'irradiant le long des cuisses. Les règles augmentent de quantité jusqu'à devenir de véritables hémorrhagies. La malade devient anémique, dyspeptique, elle souffre d'une grande dépression morale. L'utérus est en rétroversion ou en rétroflexion accentuée, quelquefois les deux déplacements sont concomitants. Le corps de l'utérus est habituellement augmenté de volume et fixé par son fond à la paroi opposée du cul-de-sac de Douglas. L'ignorance de ce fait conduit souvent aux résultats les plus désastreux les trop chauds partisans des pessaires. Il peut arriver cependant que l'utérus occupe sa position ordinaire, bien qu'il soit rare de le trouver ayant son volume normal. Quand on pratique cet examen, il faut toujours prendre grand soin de s'assurer de la position du fond de l'utérus, car on peut confondre très facilement un ovaire augmenté de volume et en prolapsus avec le fond de l'utérus rétrofléchi, ou inversement. De plus, une trompe oblitérée et distendue, adhérente à la face postérieure de l'utérus, peut aussi très bien être prise pour un utérus en rétroversion, et cette erreur peut devenir fatale. Mais avec un peu de soin et d'habileté on reconnaîtra facilement le fond, en constatant que la tumeur que l'on sent sous le doigt se continue avec le col.

On peut être fortement tenté d'essayer la réduction au moyen de la sonde utérine, mais je ne saurais trop recommander, particulièrement à ceux qui en sont à leurs débuts en gynécologie, de résister à la tentation. Le gynécologue expérimenté saura généralement redresser le fond de l'utérus avec l'extrémité du doigt; s'il ne peut y parvenir, cela lui indique qu'il existe des adhérences qui contre-indiquent formellement l'emploi de la sonde.

Si on trouve que la tumeur, siégeant dans le cul-de-sac postérieur, n'est pas le fond de l'utérus, il est très probable qu'il s'agit d'un ovaire ou d'une trompe. Si c'est un ovaire, et s'il n'est pas fixé par des adhérences, on pourra aisément le refouler en haut, généralement vers le côté gauche; la douleur toute particulière à la pression, douleur sourde et qui porte au cœur, résout la question; et s'il ne peut alors être remplacé facilement à l'aide du doigt, c'est qu'il est fixé par des adhérences.

On complètera le diagnostic par l'exploration bi-manuelle après anesthésie.

Si la glande n'a pas encore contracté d'adhérences, on



Fig. 45. — Pessaire en coin de Lawson Tait.

pourra la réduire et la maintenir en place au moyen d'un pessaire approprié, ou au moins la tenir assez élevée pour qu'elle soit hors d'atteinte; dans le cas contraire aucun pessaire ne pourra être supporté. Le meilleur pessaire à employer, quand il y a lieu, est celui que j'ai inventé il y a nombre d'années, sous le nom de pessaire en coin (Wedge pessary) et qui est figuré ci-dessous.

Le *traitement général* consiste dans le repos physiologique aussi complet que possible; pendant les périodes menstruelles, la malade doit être absolument tenue au lit et il doit y avoir cessation complète des rapports sexuels. Le traitement

tendra à relever l'état général, et le procédé le plus efficace est l'administration de l'ergot et des sels de potasse.

D'après ma longue expérience, la meilleure méthode d'administrer ces médicaments c'est de faire prendre aux malades pendant longtemps du bromure et du chlorate de potasse, en alternant chaque mois, à des doses de 0,30 à 1,20 deux fois par jour et prises d'une façon continue; on y ajoutera une pilule contenant 0,03 à 0,12 d'ergotine à prendre pendant quelques jours avant la menstruation et pendant toute la durée des règles.

Aucun autre traitement médicamenteux ne m'a semblé avoir le moindre avantage.

Le professeur *Goodell* recommande le traitement par la position genu-pectorale, imaginée par le *D^r Campbell*; dans quelques cas de prolapsus des ovaires, lorsqu'ils n'étaient ni adhérents ni compliqués de rétroflexion et de subinvolution de l'utérus cette méthode est vraiment efficace. Elle est extrêmement fatigante pour la malade, car elle doit être pratiquée pendant un temps assez long.

Après avoir employé de nombreux traitements, sans avoir obtenu la moindre amélioration, ou même peut-être sans autre effet que de voir augmenter leurs souffrances, l'existence des malades devenant absolument intolérable, il ne leur reste qu'un seul espoir de guérison, l'enlèvement des annexes.

HERNIÉS DE L'OVAIRE

Il existe un autre déplacement, plus rare, des ovaires; pendant la vie embryonnaire la glande a été entraînée vers le bas et a suivi le chemin que parcourent les testicules chez l'homme pour descendre dans le scrotum. Je n'ai eu que deux fois l'occasion d'observer des cas de cette forme particulière de hernie. Cependant c'est un sujet si intéressant que je crois devoir

donner quelques détails sur les cas les plus remarquables observés par différents auteurs.

Le *D^r Percival Pott* a observé une femme de 23 ans porteuse à chaque aine de deux petites tumeurs douloureuses surtout au moment de la menstruation, d'ailleurs régulière. Le *D^r Pott* diagnostiqua hernie des ovaires, il enleva les tumeurs, la malade se rétablit complètement et les règles ne reparurent plus. Il n'est pas dit si les trompes furent enlevées en tout ou en partie.

L. C. Deneux cite quelques cas remarquables de hernies de l'ovaire faisant partie de hernies ombilicales ou d'autres procidences.

Le *D^r Busch* a rassemblé 78 cas, dont 14 avec absence plus ou moins complète de l'utérus. *Kiwisch* cite une observation d'ovaire faisant partie d'une hernie à travers le trou oval.

Rien n'empêche un ovaire hernié de subir la dégénérescence kystique, on connaît un cas où le kyste fut enlevé en dehors de l'anneau inguinal.

W. N. Jones cite le cas d'une femme atteinte de hernie congénitale double des ovaires qui devint néanmoins enceinte.

Weith, de Kiel, enleva les deux ovaires dans un cas de hernie ovarienne double.

Weinlechner cite un cas de hernie ovarienne inguinale consécutive à une chute. La hernie devint irréductible. Les symptômes d'étranglement étant survenus sans être absolument nets, on diagnostiqua hernie de l'ovaire, ce que confirma l'opération.

Le *D^r J. H. Bollevay* eut occasion d'opérer avec l'aide du *D^r Marsh* une hernie ovarienne sans enlever l'ovaire. Il le sutura dans la partie abdominale; la malade guérit et avec un bandage devint tout à fait valide.

En janvier 1864, le *D^r Holmes Coote* rapporta à la *Royal Medical and Surgical Society* un cas dans lequel il opéra une

hernie inguinale dans laquelle il rencontra l'ovaire. La femme mourut 4 jours après l'opération. — A la même séance le Dr *César Hawkins* dit avoir rencontré deux cas analogues et il conseilla l'abstention.

Les Drs *Frank H. Hamilton* et *Ferry* de New-York ont réuni 12 cas de hernies de l'ovaire, la plupart opérés sans diagnostic (1).

Le Dr *S. C. Nutt* put réduire par le taxis une hernie ovarienne inguinale chez une femme de 60 ans.

Le Dr *Alfred Meadows* a publié un cas d'ablation d'un ovaire hernié; il a aussi discuté la question de savoir s'il faut ou non rentrer l'ovaire dans l'abdomen. Cela dépend, pour lui, de l'état de l'organe.

Le Dr *Léopold* a publié un cas très intéressant dans lequel la corne gauche de l'utérus était comprise dans la hernie et fut enlevée avec l'ovaire. La malade guérit. L'ovaire était normal; le pavillon de la trompe était bien frangé, mais il n'existait aucun canal se continuant avec l'infundibulum.

TORSION DE L'OVAIRE

Klob a décrit une torsion de l'ovaire sur son axe probablement congénitale; lorsque l'ovaire est sain elle n'a aucune importance pathologique. On a quelquefois observé cette torsion dans les kystes de l'ovaire, elle s'accompagne alors de phénomènes très graves.

On a dit que l'ovaire pouvait abandonner sa position et ses rapports normaux pour en contracter ailleurs de nouveaux, aussi bien lorsque l'ovaire est sain, que quand il a subi la dégénérescence kystique. J'ai eu l'occasion d'observer ce phéno-

(1) *Bellevue Hospital Reports*, 1870, p. 159.

(2) *Trans. of the Obstetrical Society of London*, vol. III, p. 438 et Vol. II.

mène, à différents degrés, dans une série de 40 cas de rotation de tumeurs ovariennes sur leur axe.

MALFORMATIONS DU PÉRITOINE

J'ai décrit ailleurs différentes anomalies congénitales du revêtement péritonéal (1); le plus intéressant est celui que j'ai publié dans l'*Obstetrical Journal* d'octobre 1876. Le sac péritonéal faisait complètement défaut les intestins étant réunis simplement par une masse de tissu cellulaire extrêmement lâche dans le bassin.

Il était absolument impossible de reconnaître aucun organe à part l'utérus, en se basant sur les limites péritonéales habituelles. Ainsi la vessie fut déchirée en enlevant l'utérus, car on l'avait prise pour du tissu aréolaire lâche, et on ne reconnut l'erreur qu'en voyant l'urine s'écouler. Deux masses accolées à l'utérus, une de chaque côté, furent reconnues pour les deux ovaires après les avoir débarrassées du tissu conjonctif abondant; sur l'ovaire gauche on remarquait le caillot d'un follicule de Graaf récent, dont l'ovule, s'il avait été expulsé, se serait trouvé arrêté par le tissu conjonctif environnant. Au-dessus de l'ovaire droit la trompe semblait avoir sa direction normale, mais elle se perdait dans une masse de tissu conjonctif et je ne pus trouver aucune trace de son extrémité frangée. A gauche il existait une apparence de trompe rudimentaire dans un pli de tissu.

La menstruation de la malade, âgée de 25 ans, était absolument anormale; elle mourut par suite d'obstruction par des scybales, d'un certain nombre d'anses intestinales, cet arrêt fut dû sans doute à ce que les intestins étaient fixés par des adhérences.

(1) *Dublin Quarterly journal of medical science*, Février 1889.