

que supporter l'impotence prolongée dont elle souffre depuis si longtemps. Elle appartient à un rang très élevé de la société et elle a fait toutes les tentatives imaginables pour la guérir, cependant elle a été invalide pendant 18 ans et elle l'est encore quoiqu'elle jouisse d'une meilleure santé qu'il y a neuf ans. Il eût été préférable pour elle qu'on lui eût enlevé les ovaires il y a plusieurs années.

Cette jeune dame semble avoir souffert de très bonne heure d'hypéremie des annexes, car ses règles ont été jusqu'il y a 3 ou 4 ans très abondantes et irrégulières; actuellement elles sont peu abondantes et moins fréquentes. Il existe un écoulement brunâtre, presque constant, qui augmente à la suite du moindre exercice. Le coït est douloureux ainsi que la défécation et elle a souvent des défaillances. L'utérus est augmenté de volume et sensible; il est en rétroversion avec flexion du corps sur le col; celui-ci est entr'ouvert, l'introduction de la sonde cause de la douleur. Les deux ovaires sont augmentés de volume et très sensibles au toucher, surtout le gauche; ils sont libres d'adhérences. Je plaçai un pessaire et je fis des applications d'iode, en prescrivant des irrigations au sous-acétate de plomb.

En 1875, l'écoulement avait disparu et l'ovaire droit avait diminué de volume, l'utérus de même. Pendant les cinq années suivantes le traitement fut modifié par moi ou par d'autres, mais il ne se produisit aucun changement; un séjour à Kreuznach et l'emploi prolongé des eaux produisit de bons résultats.

La nature semble d'ailleurs travailler à la guérison, car actuellement cette malade arrive à une ménopause prématurée (à l'âge de 45 ans) et sa santé s'améliore.

Il existe probablement une forme d'ovarite chronique, qui accompagne parfois la *tuberculose chronique*; en effet, quoiqu'en règle générale il se produise dans cette maladie une atrophie de l'ovaire, se manifestant d'abord par la dysménorrhée, puis par l'aménorrhée, j'ai observé quelques cas où la menstruation était abondante, irrégulière, et caractérisée par les autres symptômes de l'inflammation chronique des annexes de l'utérus. J'ai vu quelquefois cet état après la *variolo*, et très fréquemment après la *scarlatine*. Je l'ai rencontré encore dans un cas de *syphilis précoce acquise*. Il existe

une forme spécifique de *métrite syphilitique*, ainsi que l'a déjà démontré il y a longtemps M. *Langston Parker* et il n'est pas douteux que dans ces cas les ovaires soient aussi atteints.

Arthur Farre a décrit chez les cardiaques une coloration rouge intense des ovaires, et j'ai observé plus d'une fois que des ménorrhagies très rebelles avaient apparemment leur origine dans une lésion valvulaire du cœur ou du moins qu'elles étaient étroitement associées à cette maladie; dans ces cas on ne constate aucune lésion soit de l'utérus, soit des ovaires.

NÉVRALGIES DE L'OVAIRE.

J'ai observé encore un petit groupe de cas que je ne puis envisager que comme des *névralgies ovariennes*. Le caractère principal est une douleur lancinante aiguë, rapportée à la région ovarienne, le plus souvent bilatérale, paroxysmale et sans aucun rapport avec les fonctions utérine ou ovarienne. Il n'existe aucun signe physique qui puisse expliquer ces douleurs et elles se produisent surtout chez les femmes approchant de la ménopause. Les malades que j'ai observées s'étaient toutes adonnées à la boisson dans le but, disaient-elles, de soulager leurs douleurs. Cette intempérance était-elle la cause ou le résultat de cette névralgie; s'agissait-il vraiment de névralgie dans quelques-uns de ces cas? C'est ce que je ne saurais dire; car le caractère spécial de la douleur et son siège ont été décrits par les malades avec une constance qui semblerait témoigner en faveur de sa réalité, quoique je n'aie jamais pu découvrir aucun signe physique de la maladie.

ABCÈS DE L'OVAIRE.

L'abcès de l'ovaire est une affection très rare, dont nous n'avons qu'exceptionnellement l'occasion de faire le diagnostic pendant la vie ; dans la majorité de ces cas la mort survient par rupture de l'abcès dans le péritoine avant qu'on ait pu poser d'autre diagnostic que celui d'*inflammation intestinale*.

Quant aux cas d'abcès de l'ovaire qui guérissent après rupture, nous n'en trouvons naturellement pas d'autres traces que les signes d'une ancienne périmérite, qui peuvent d'ailleurs reconnaître pour cause bien d'autres lésions.

Le plus grand nombre des cas d'abcès de l'ovaire publiés étaient très probablement des kystes de l'ovaire suppurés ; nous n'avons donc pas à nous en occuper ici.

On prétend que l'*abcès de l'ovaire* accompagne très fréquemment la suppuration pelvienne pendant l'état puerpéral, il est possible en effet qu'il puisse se produire dans ces conditions. Comme, depuis plusieurs années, j'évite d'assister aux autopsies de ces malades, je n'ai pas eu l'occasion de voir aucun cas de cette espèce. Les seuls cas d'abcès de l'ovaire que j'aie rencontrés en clinique et dont je puis affirmer le diagnostic, sont tous, à une seule exception près, compris dans le tableau qui précède. Je désire présenter en détail un cas, parce qu'il est d'un grand intérêt et parce qu'il fait bien voir les résultats obtenus grâce aux progrès de la chirurgie abdominale.

La malade me fut envoyée par le Dr *Lycett*, de Wolverhampton :

La malade, âgée de 38 ans, souffre de douleurs ovariennes presque continuelles, mais s'augmentant au moment des règles ; celles-ci reviennent tous les 15 jours peu abondantes et elles durent 8 à 10 jours. L'ovaire gauche est augmenté de volume et douloureux ; l'utérus est normal. Tous les traitements ont été inutiles. La malade est faible, nerveuse et anémique et à moins d'opération, elle n'atteindra probablement pas la ménopause. Au moment des règles la température s'élève souvent à 39° et plus.

Les rapports sexuels sont intolérables et l'ovaire gauche est fixé par des adhérences dans le cul-de-sac postérieur. Je fis l'ablation des annexes le 28 juin. L'ovaire gauche avait des adhérences en avant du rectum et son ablation fut difficile ; il contenait 10 grammes de pus et il était près de se rompre. L'ovaire droit était ratatiné, je l'enlevai également. La malade guérit rapidement et elle put continuer sans souffrance la vie conjugale.

Deux cas d'abcès de l'ovaire ont été relatés par M. *Cullingworth* (1).

Femme de 45 ans, admise à l'hôpital pour des vomissements et de violentes douleurs dans l'abdomen, ce dernier est distendu. On constate une tumeur abdominale, fluctuante, atteignant presque l'ombilic, mate et que l'on sent par le vagin à droite de l'utérus. La température vespérale est élevée. Le 27 janvier on retire un litre de pus par la ponction vaginale. 7 février : incision exploratrice ; on ouvre un abcès volumineux, la malade succombe quelques heures après l'opération et l'autopsie démontre que la cause de l'accident était un abcès rompu de l'ovaire droit. L'ovaire gauche constituait aussi une petite poche, remplie de pus.

On aurait dû intervenir dans ce cas quelques semaines plus tôt et le résultat eût été probablement favorable.

Le second cas est encore plus intéressant.

En 1875 la malade constatait une tuméfaction abdominale et quelques douleurs pelviennes. En juin 1876 la douleur devint continue dans la région iliaque gauche et on pouvait y sentir une tumeur bien nette, dure et douloureuse. Une ponction exploratrice ne donna aucun résultat et la malade fut renvoyée de l'hôpital le 31 mars 1877. Elle rentra en mai suivant, l'abdomen était distendu et douloureux partout et on sentait encore l'ancienne tumeur pelvienne. Température vespérale très élevée. Elle mourut le 3 août. L'ovaire droit mesurait 14 centimètres dans sa plus grande circonférence et 10 dans sa plus petite, c'était une simple coque, remplie de pus. L'ovaire gauche était beaucoup plus gros ; il formait la tumeur que l'on sentait si bien pendant la vie, elle était remplie d'un pus très virulent.

Il est impossible de ne pas admettre la conclusion, que si dans un cas pareil la section abdominale eût été pratiquée dès

(1) *Lancet*, 3 novembre 1879.

l'apparition des symptômes graves, le chirurgien aurait certainement sauvé sa malade.

M. C. Darolles a publié quelques observations de valeur sur l'examen microscopique d'ovaires où l'ovarite avait abouti à la formation d'un abcès. Il a trouvé qu'il se faisait d'abord une suppuration des follicules séparés, que ces petits abcès se réunissaient ensemble et formaient ainsi la cavité purulente comprenant bientôt toute la glande.

M. C. Salomon a publié une série de cas de tuberculose de l'ovaire; mais comme cette affection est toujours accompagnée de tuberculose d'autres organes, qui est beaucoup plus importante, elle n'a guère qu'un intérêt de curiosité. Je n'ai jamais entendu parler d'un seul cas, où la tuberculose n'ait été localisée qu'à l'ovaire.

HERMAPHRODISME.

L'hermaphrodisme vrai se présente très rarement chez l'homme; néanmoins, comme le testicule et l'ovaire se développent aux dépens du même feuillet du blastoderme et qu'en réalité ils sont un seul et même organe, il n'y a rien de bien surprenant à ce que l'on rencontre parfois des inversions de type, c'est-à-dire des cas où l'on trouve d'un côté un testicule à développement incomplet et de l'autre un ovaire imparfait. Simpson nous dit que dans ces cas l'ovaire siège le plus souvent à gauche. Les cas, réunis par cet auteur, ne peuvent pas tous être acceptés, mais il y en a quelques-uns, entr'autres celui publié par le Dr Banon (1), qui sont indiscutables, dans ce dernier l'examen microscopique des organes a établi le fait que l'un d'eux était un ovaire et l'autre un testicule, mais ils étaient tous deux si incomplètement développés qu'ils ne contenaient aucune partie parfaite.

(1) *Dublin Medical Journal*, 1852.

L'existence d'un pénis imperforé, d'un urètre s'ouvrant à la base et en arrière de cet organe, la présence d'un canal génital fermé par un hymen en croissant nous montrent que ce cas ne peut être rangé dans le groupe des hermaphrodites faux, dont j'ai déjà parlé dans un autre chapitre de ce livre. Ce canal génital aboutissait à un utérus petit, à rapports normaux, dont la corne gauche se continuait avec une trompe de Fallope bien conformée et avec l'ovaire en question. Du côté droit il n'existait ni trompe, ni ovaire, mais un testicule contenant des tubules caractéristiques et pourvu de son épidi-dyme et de son vas deferens.

J'estime pour ma part que l'élément glandulaire doit être considéré comme l'indication capitale du sexe et tous les cas où il n'existe pas un testicule d'un côté et un ovaire de l'autre doivent être envisagés comme des cas de faux hermaphrodisme. C'est en 1873 que j'ai avancé cette opinion pour la première fois et elle a été depuis lors confirmée dans le beau travail du professeur Morison Watson (1).

Quant à la troisième variété de Simpson à laquelle il a donné le nom « d'hermaphrodisme vrai double ou vertical », je dois dire que je crois son existence fort peu probable. Dans le cas le plus complet, celui publié par Vrolik, l'examen microscopique ne démontra les caractères distinctifs ni d'un testicule, ni d'un ovaire, et comme la situation anatomique seule ne signifie rien, le seul témoignage satisfaisant doit être celui fourni par l'étude histologique des organes.

Les cas publiés par Leopold, de Dresde, et par C. E. Underhill, d'Édimbourg, sont des cas d'ovaires descendus dans le canal inguinal et n'ayant pas atteint leur complet développement.

(1) *Journal of Anatomy*, octobre 1879.