

mobile, glissant sous le doigt, et douloureuse à la pression. Le diagnostic en est assez difficile. Un excellent signe, presque pathognomonique, est le suivant : l'utérus est, en général, en antéversion, puisqu'il est attiré par l'ovaire : or, si, avec le doigt introduit dans le vagin, on repousse en arrière le corps de l'utérus, on imprime en même temps un mouvement à la tumeur de l'aîne lorsqu'elle est formée par l'ovaire; dans le cas contraire, elle n'éprouve aucun changement de position. De plus, l'utérus est incliné du côté de la hernie.

L'ovaire inclus dans le canal inguinal peut s'enflammer, produire des phénomènes douloureux qui en nécessitent l'ablation.

La *structure* de l'ovaire a été l'objet de travaux remarquables dus à Schroen et à Sappey. Je ne ferai que les mentionner ici. Jusqu'à ces auteurs, on considérait à l'ovaire une enveloppe séreuse, une enveloppe fibreuse analogue à la tunique albuginée, et une substance spongieuse centrale au sein de laquelle se développaient les ovules. Or, Sappey a démontré que l'enveloppe séreuse est représentée par une simple couche épithéliale; que l'enveloppe fibreuse n'existe pas, même à l'état de vestige, et que la portion spongieuse ne contient ni vésicules de de Graaf, ni ovules. Il divise l'ovaire en deux parties : l'une, superficielle, de couleur blanche, qui entoure l'organe de toutes parts, est le siège exclusif des vésicules ovariennes et mérite le nom de *portion glandulaire* ou *ovigène*; l'autre, profonde, centrale, essentiellement constituée par des vaisseaux et des fibres musculaires, est la portion *vasculaire* ou *bulbeuse*.

Chaque ovaire contiendrait, d'après Sappey, plusieurs centaines de mille ovisacs ou vésicules ovariennes. Au moment de la puberté, un certain nombre se développent; l'une d'entre elles marche plus rapidement, évolue en l'espace d'un mois, se rompt, et livre passage à l'ovule, qui s'engage dans la trompe et ensuite dans la cavité utérine. Le même phénomène se produit chaque mois et constitue l'ovulation, la ponte périodique de la femme. Après la sortie de l'ovule, les parois de la vésicule reviennent sur elles-mêmes et se plissent. Dans l'épaisseur des parois se développent alors, suivant Ch. Robin, des granulations graisseuses, quelquefois abondantes, qui augmentent le volume de la vésicule. Cette dernière, ainsi modifiée, constitue le *corps jaune*.

L'ovulation correspond à la période de fécondité de la femme, et à ce phénomène s'en rattache un autre d'une grande importance, la *menstruation*, dont je n'ai pas à faire ici l'histoire. Je dirai seulement que le sang provient du corps de l'utérus : la muqueuse se fendille par places, comme le fait la pituitaire pour produire l'épistaxis. Il peut survenir une véritable *ménorragie*, et le sang, au lieu de sortir à l'état fluide, sort de l'utérus sous forme de caillots; le phénomène devient alors pathologique et nécessite l'intervention.

Le mécanisme de la menstruation a été bien exposé par Rouget : c'est une véritable érection. Lorsque la vésicule ovarienne se développe, elle détermine un afflux considérable de sang artériel : en même temps, les fibres musculaires des ligaments larges, qui entourent de toutes parts le plexus veineux ovarien, se contractent et déterminent une augmentation de tension dans le système veineux, d'où la déchirure des vaisseaux et l'écoulement du sang menstruel. La contraction réflexe des fibres musculaires et la tension veineuse ne cessent que lorsque l'ovulation est accomplie, c'est-à-dire lorsque, la vésicule s'étant rompue, l'ovule a été lancé dans la trompe et porté par elle dans l'utérus où il se greffe, s'il a été fécondé, et où il se dissout rapidement dans le cas contraire.