

Le détachement de l'ovule, son arrivée dans la trompe, correspondent donc à la fin des règles : aussi, est-ce à cette époque que la femme est dans les meilleures conditions pour concevoir, bien que la conception puisse avoir lieu en tout temps. La conception résulte du contact d'un spermatozoïde avec l'ovule, et l'on est d'accord aujourd'hui pour admettre que la rencontre se fait dans la moitié externe de la trompe. Pour Coste, elle aurait lieu dans l'ovaire même.

Je ne ferai que signaler ici les résultats curieux obtenus sur les animaux par M. Thury, et ensuite par M. G. Cornaz. Pour ces auteurs, le sexe dépend du degré de maturité de l'œuf au moment où celui-ci est fécondé ; un degré moins avancé produit la femelle. Les vaches saillies au commencement du rut ont constamment donné naissance à des femelles ; lorsque, au contraire, elles ont été saillies à la fin du rut, il est toujours né des mâles.

Le développement de la vésicule de de Graaf détermine, avons-nous dit, un certain afflux de sang dans l'ovaire ; les parois de la vésicule elle-même sont vascularisées, de telle sorte qu'au moment où elles se rompent pour laisser passer l'ovule, il se fait dans l'ovisac un léger épanchement de sang qui, avant les recherches de Ch. Robin, était considéré comme l'origine du corps jaune. L'épanchement peut être plus abondant et l'ovisac distendu ; enfin, il peut se produire une véritable hémorragie ; le sang déborde et tombe dans le cul-de-sac du péritoine, ce qui constitue une variété rare d'hématocèle rétro-utérine, cette affection résultant presque toujours d'une rupture de la trompe.

L'ovaire est un siège de prédilection pour le développement des kystes. On a longtemps pensé que ces kystes avaient pour point de départ les vésicules de de Graaf, et il est certain que quelques-uns d'entre eux ont cette origine, puisqu'on y a rencontré des ovules ; mais il semblerait démontré, par les travaux de MM. Malassez et de Sinéty, qu'ils se développent le plus souvent aux dépens de la couche épithéliale qui revêt l'ovaire, d'où le nom de *cysto-épithéliomes* donné par ces auteurs à cette affection. On trouve aussi dans l'ovaire des cysto-sarcomes, des cysto-carcinomes, des kystes dermoïdes, etc. Ces masses sont libres ou adhérentes, présentent un pédicule large ou étroit, long ou court, etc., circonstances d'un grand intérêt quand on pratique l'ovariotomie, et je renvoie à cet égard le lecteur à mon *Traité de chirurgie clinique*.

L'ovaire est susceptible de subir la dégénérescence scléro-kystique, affection souvent fort douloureuse, incurable, si ce n'est par l'ablation de l'organe malade (*Voy. Chir. clinique*). Il faut savoir toutefois que l'ovaire n'est pas seulement destiné à la production des ovules ; c'est aussi une glande à sécrétion interne qui influence singulièrement la santé générale de la femme. Aussi convient-il d'être très parcimonieux de ces ablations et de les faire partielles autant que possible. La chirurgie est allée, même tout récemment, plus loin dans cet ordre d'idées. Pour remplacer des ovaires enlevés, on a pratiqué la greffe d'ovaires ou de portions d'ovaires sains empruntés à une autre femme ; c'est l'*hétérogreffe* (Chrobak-Morris). D'autres fois, on a greffé des fragments de l'ovaire que l'on venait d'enlever et qui paraissaient sains ; c'est l'*autogreffe*. La greffe a été portée dans le péritoine, dans la trompe ou dans l'utérus [Delagénière (du Mans), Monprofit]. L'avenir nous fixera sur la valeur physiologique de ces curieuses opérations.

Les *artères* de l'ovaire proviennent de l'artère utéro-ovarienne, analogue de la spermatique chez l'homme. Comme cette dernière, elle naît de l'aorte au