de faire, je puis recommander cette opération en toute sécurité comme un succédané de la dilatation progressive suivie d'applications médicamenteuses. Elle a cet avantage sur celle-ci d'être d'une exécution facile, d'une action certaine et durable, et de permettre d'établir un diagnostic sûr et précis. Je reviendrai plus loin sur la valeur thérapeutique du grattage dans les maladies de la muqueuse utérine,

Il est un grand nombre de gynécologues qui préfèrent au curettage la dilatation portée jusqu'à permettre l'introduction du doigt. D'autres, surtout *Schrœder* (1), réservent au point de vue du diagnostic des affections de la muqueuse toute leur estime au cathétérisme. Pour ma part, eu égard aux inconvénients de cette dernière manœuvre dans les cas de périmétrite en apparence légère, je ne la considère pas comme étant d'une simplicité extrême et je ne voudrais pas la recommander d'une façon spéciale.

Je termine ici l'étude de nos moyens d'investigation. Pour la plupart des cas ordinaires, l'exploration combinée et le speculum seront suffisants. Le cathétérisme, le toucher rectal et l'examen pendant l'anesthésie seront d'un usage plus rare ; plus rarement encore aura-t-on recours au curage utérin pour établir un diagnostic histologique.

Pour arriver au diagnostic, on se sert d'ailleurs de toutes sortes de moyens adjuvants. Ainsi nous appelons souvent à notre aide l'auscultation et la percussion, la palpation des organes contenus dans le grand bassin. Tous ces procédés d'investigation sont très connus du praticien et ne nécessitent pas une étude spéciale. Au moment opportun, je reviendrai sur ce point, ainsi que sur l'examen chimique et microscopique des tissus et des liquides.

(1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* X, et *Manuel*, 7 Ed., p. 121.

CHAPITRE II

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA MENSTRUATION ET DE LA CONCEPTION

---

1 — Menstruation

Les changements qui se sont produits en ces derniers temps dans la manière d'envisager le processus menstruel, légitiment mon dessein de consacrer un chapitre spécial de ces leçons cliniques à l'étude de cette fonction physiologique.

Nous savons que l'écoulement sanguin cataménial, ***la menstruation,*** se produit à des périodes régulières d'environ 28 jours, périodes dont la durée varie avec le climat et les autres conditions de milieu. Nous savons de plus que les intervalles intermenstruels diffèrent, même sous les mêmes latitudes, suivant les conditions d'alimentation et le développement intellectuel ; que cette fonction si importante embrasse un laps de temps d'environ trente ans, et qu'elle débute, dans nos pays (en Allemagne), le plus souvent vers la quinzième année, tantôt subitement et sans accidents, tantôt après des coliques violentes et d'assez longue durée.

De même, les règles disparaissent parfois aussi inopinément qu'elles se sont montrées, parfois d'une façon plus lente et plus

BIBLIOTECA

irrégulière entre l'âge de quarante et cinquante ans. L'écoulement dure chaque fois de trois à sept jours, rarement moins, assez souvent plus longtemps; il est précédé d'une sécrétion muqueuse abondante qui persiste fréquemment quelques jours encore après l'époque menstruelle, mais en diminuant progressivement d'abondance. Il n'est pas possible d'évaluer exactement la quantité de sang perdu (100 — 250 grammes). L'écoulement consiste en du liquide sanguin mélangé aux sécrétions des glandes utérines et vaginales, et dont la coagulation est empêchée par l'acidité du mucus vaginal. L'odeur en est souvent très pénétrante et, comme l'on dit, *sui generis*.

D'après certains auteurs, l'apparition des règles coïnciderait avec une augmentation de un degré environ de la température du corps; d'autres prétendent que la température baisse et avec elle le nombre des pulsations. Mes recherches à cet égard ne me permettent pas de considérer ces assertions comme constamment fondées.

Les malaises liés à la menstruation varient considérablement suivant les sujets.

A côté des symptômes connus, tels que douleurs lancinantes dans les régions lombaire et abdominale, irritation des organes génitaux externes, envies fréquentes d'uriner (la production d'urée est diminuée) et autres phénomènes nerveux, j'ai entendu les femmes, épouses ou vierges, se plaindre souvent et surtout de digestions pénibles et d'une sensation de béance des parties génitales. L'appétit sexuel est ordinairement augmenté. La plupart des femmes « ne se sentent pas bien. »

S'il est possible de limiter à ces données générales les phénomènes cliniques les plus importants de l'acte de la menstruation, il est d'autres points d'anatomie et de physiologie, en particulier les rapports de la fonction cataméniale avec l'ovulation, qui ont donné lieu récemment à des études extrêmement intéressantes, que je dois signaler.

La théorie de *Pflüger*, qui admettait que la rupture périodique des follicules de *Graaf* produisait, par voie réflexe, une congestion artérielle de l'appareil génital et que la déhiscence du follicule ***(ovulation)*** coïncidait régulièrement avec l'extravasation sanguine de

la muqueuse utérine ***(menstruation)***, a été fortement ébranlée par des recherches on ne peut plus probantes. La maturation de l'œuf n'est pas liée à un type mensuel ; elle se fait petit à petit, et la rupture de la vésicule peut se produire en tout temps, de même que la fécondation de la femme n'a pas lieu nécessairement à des époques déterminées. Quoiqu'il en soit, les modifications survenues dans l'ovaire provoquent une irritation intense de l'appareil génital, et consécutivement une hyperhémie et une hypertrophie à poussées périodiques de la muqueuse et du parenchyme utérins. L'ovule est-il fécondé, cette muqueuse se transforme en caduque; dans le cas contraire, l'hyperhémie, arrivée à son apogée, détermine des ruptures vasculaires, un écoulement sanguin et la métamorphose régressive de la muqueuse. L'hémorrhagie n'est donc pas un signe de la maturation ovulaire ; elle indique la fin d'une période d'irritation réflexe, pendant laquelle la conception n'a pas eu lieu. Dans le cas où la grossesse se produit, ce n'est pas l'ovule de la dernière menstruation qui se développe, car il a disparu avec elle, mais un ovule qui a mûri postérieurement (*Sigismund* (1), *Loewenhardt* (2), *Reichert* (3).

Il est évident que la détermination de ces faits est d'une extrême importance au point de vue de la conception et de l'appréciation de la durée de la grossesse. En tous cas, la menstruation et l'ovulation, c'est-à-dire l'activité ou le développement des éléments ovariques, sont en connexion causale intime avec l'activité de l'utérus. On a essayé, mais en vain, d'approfondir le mystère. On a prétendu (*Beigel* (4) qu'après l'extirpation complète des deux ovaires, l'utérus donnait encore naissance à des écoulements sanguins, et que par conséquent les règles persistaient. Ces faits sont loin d'être la règle, et la durée du phénomène dépasse rarement une année. Avant d'exprimer à ce sujet une opinion quelconque, il faudrait savoir si l'extirpation des ovaires a été réellement totale; car les plus petits reliquats de tissu ovarique, alors même qu'ils paraissent isolés par la ligature (et je parle ici d'après mon

(1) *Berl. klin. Wochenschr.* 1871, n° 25.
(2) *Arch. f. Gyn.* III, p. 456.
(3) *Akad. der Wissensch.* Berlin, 1873, p. 6.
(4) *Wiener med. Woch.* 1878, n°s 7 et 8.

BIBLIOTE

expérience personnelle), peuvent contenir encore des follicules de *Graaf* qui arrivent à maturité.

Des changements bien plus considérables encore se sont produits dans la façon d'envisager ***le processus anatomique de la menstruation.*** Après les belles recherches de *Kundrat* et d'*Engelmann* (1) sur ce sujet (1873), divers auteurs (2) ont étudié la même question sur une longue série de préparations faites quotidiennement pendant l'époque des règles et dans leur intervalle. Quelque divergence qu'il y ait encore entre les observateurs sur certains points importants, il en est beaucoup cependant qui s'accordent à dire qu'au moment des règles la muqueuse utérine se gonfle, que ses couches superficielles subissent une dégénérescence graisseuse primitive ou secondaire, et sont éliminées, après que la rupture des vaisseaux turgescents situés à la surface a donné naissance à l'hémorrhagie.

Les expériences ayant été faites sur le cadavre, on s'explique la différence de ces constatations et de celles de *C. Ruge* et *Moerike* (3) qui ont entrepris leurs recherches sur des lambeaux de muqueuse enlevés, au moyen du râclage, à des femmes vivantes et saines, tant pendant la période des règles que pendant l'époque intermenstruelle, et qui ont examiné cette muqueuse aussi bien à l'état frais que durcie.

Du travail de *Moerike,* il ressort d'une manière indubitable qu'ordinairement, pendant la menstruation, la muqueuse du corps de l'utérus n'est détruite complètement ni dans toute son épaisseur ni sur une grande étendue; mais qu'au contraire, elle conserve toujours son épithélium cylindrique vibratile.

Il faut de plus considérer comme un fait certain que les cellules interglandulaires ne paraissent augmentées ni en nombre ni en volume, et que la dégénérescence graisseuse, si toutefois elle existe, n'est que peu prononcée. Les vaisseaux se dilatent et regorgent de sang; il se produit des extravasations sanguines dans

(1) Stricker's *Med. Jahrb.* 1873. Livr. 2, p. 159.

(2) Villiams, *Obst. Journ. of Gr.-Brit. u. Irel.* Août 1874. Nov., Déc. 1875. — Léopold, *Arch. f. Gyn.* XI et XXI; — Wyder, *Arch. f. Gyn.* XIII; *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* IX. — de Sinéty, *Arch. de tocologie*, 1881.

(3) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* VII. — *Centralbl. f. Gyn.* 1880, n° 13.

les couches les plus superficielles de la muqueuse. Quant à la substance fondamentale homogène, elle semble toujours augmentée. On doit donc admettre que l'écoulement menstruel est le résultat, partie de ruptures vasculaires, partie d'exsudations sanguines à travers les parois des capillaires intacts. Après la menstruation, les vaisseaux diminuent de calibre et la muqueuse utérine hypertrophiée subit la métamorphose régressive (fig. 18 et 19).

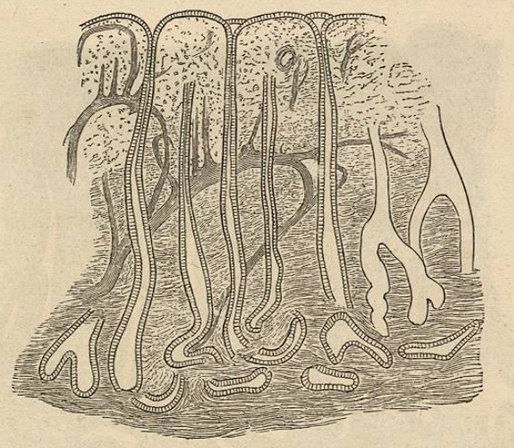

Fig. 18. — Muqueuse utérine avec ses cellules vibratiles des acini glandulaires. D'après le *Manuel* de Schrœder, 7e éd.

Au moment de la menstruation, les ovaires augmentent d'ordinaire notablement de volume. Dans des circonstances favorables (paroi abdominale peu épaisse, sensibilité peu considérable, vagin large et dilatable), on peut sentir parfaitement le siège des follicules en voie de maturité. Le follicule s'est-il rompu et une légère hémorrhagie s'est-elle produite dans la cavité abdominale, le corps jaune se développe aux dépens des débris du follicule; l'ovaire diminue de volume, ainsi que les trompes qu'on sent notablement épaissies, grâce à l'hypertrophie qui atteint leur muqueuse au moment du stade d'hyperhémie générale.

Il arrive souvent que, sans aucune coïncidence de congestion

folliculaire, les femmes éprouvent entre deux époques les malaises qui accompagnent communément la menstruation et qu'elles présentent des molimina menstruels, sans qu'il se produise d'écoulement sanguin. Tantôt les symptômes sont très prononcés, tantôt ils sont légers ; tantôt enfin les femmes ressentent régulièrement des douleurs abdominales ou lombaires, des troubles gastriques ou de la céphalalgie, alors que d'autres n'éprouvent qu'une sensation de béance et de tension du côté des organes génitaux.

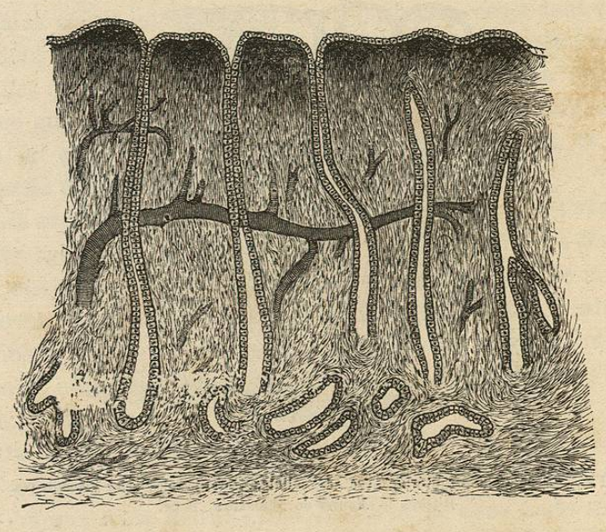

Fig. 19. — Muqueuse utérine pendant la menstruation. D'après Schrœder.

Ces « douleurs intermenstruelles » sont parfois tellement intenses — elles apparaissent ordinairement dans le cours de la vie sexuelle et cessent avec elle — qu'elles obligent les femmes à demander le secours de l'art.

Frappé de la communication de *Fasbender* (1), j'ai recherché et constaté la fréquence relative de ces symptômes, dont on ne se faisait, en général, qu'une idée très incomplète.

(1) *Zeilschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh.* 1875, p. 126.

Je ne leur ai cependant trouvé de caractère pathologique que lorsqu'ils étaient exagérés par des affections de la matrice.

Le cas échéant, le traitement doit viser d'abord ces complications. Si les phénomènes douloureux persistent, il faut avoir recours, un peu avant leur explosion, aux émissions sanguines et aux dérivatifs intestinaux et cutanés. A l'occasion, dans les cas sérieux, les crayons intra-utérins rendront de bons services. Enfin, dans les cas de gravité extrême, le seul remède consiste dans l'hystérectomie et l'extirpation des ovaires.

BIBLIOTECA FAC. DE MED.