

Cette variété de dysménorrhée est souvent extrêmement tenace et résiste pendant des années à toute espèce de traitement. D'autres fois, au contraire, on est plus heureux. Il est très rare, cependant, que cette maladie soit le point de départ, même indirectement, d'une affection mortelle ; et tout au moins, à l'époque de la ménopause, la malade cessera de souffrir.

ARTICLE II

DYSMÉNORRHÉE INFLAMMATOIRE

La dysménorrhée inflammatoire est cette variété de dysménorrhée survenant sous l'influence de certaines maladies de l'utérus ou des ovaires telles que la métrite ou l'ovarite.

Nous ferons rentrer, avec la plupart des auteurs, dans la dysménorrhée inflammatoire la *dysménorrhée congestive*, dont elle n'est, en réalité, que le premier degré, la congestion n'étant, à vrai dire, que le premier degré de l'inflammation. Mais elle présente, au point de vue de la symptomatologie et de la marche, quelques différences qui nous obligent à en faire une description spéciale. Nous considérerons aussi comme une variété de la dysménorrhée inflammatoire celle qui s'accompagne du rejet d'une membrane et que l'on doit désigner sous le nom de *dysménorrhée membraneuse*.

On peut dès lors diviser la dysménorrhée inflammatoire en trois variétés : 1° *dysménorrhée congestive* ; 2° *dysménorrhée inflammatoire simple* ; 3° *dysménorrhée inflammatoire membraneuse*.

1° *Dysménorrhée congestive.*

Cette forme serait due, d'après Raciborski (1), à un afflux considérable du sang vers l'utérus à la suite de l'orgasme menstruel qui produirait l'état spasmodique dans l'appareil musculaire de cet organe et occasionnerait la dysménorrhée. Les fibres musculaires surexcitées réagissent alors avec énergie contre les efforts expansifs du sang et donnent lieu à de vives souffrances.

Cette forme diffère complètement de la dysménorrhée nerveuse, tant comme symptômes que comme nature de la maladie. Elle existe chez les femmes d'un tempérament riche et sanguin ; elle se déclare généralement beaucoup plus tôt. Les femmes filles y sont très sujettes, sans que les femmes mariées, même après avoir eu des enfants, cessent d'y être exposées. Elle commence subitement, sous l'influence du froid ou de quelque perturbation violente de l'organisme. On la voit, à un faible degré, se manifester chez les jeunes filles de complexion florissante et de constitution pléthorique, parfois dès leur première époque menstruelle, quelquefois à chaque époque. Les crises sont

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 550.

annoncées par très peu de prodromes : un malaise, un sentiment d'inquiétude, des frissons, des rougeurs passagères, très souvent des maux de tête, précèdent les douleurs. Quelque temps avant ou après que les règles apparaissent, les douleurs deviennent très vives : la malade accuse des souffrances au niveau du sacrum, des élancements dans les reins, de la courbature ; la face est rouge, la peau chaude, le pouls plein, rapide, bondissant, donnant souvent au delà de 100 pulsations ; la malade ne peut supporter ni la lumière ni le bruit ; assez souvent la fièvre devient assez forte pour se compliquer d'un accès de délire passager. D'autre part, on voit souvent des cas de ce genre dans lesquels les symptômes généraux sont beaucoup moins accusés, bien que la douleur du sacrum et du bas-ventre, la sensation de pesanteur et les coliques soient tout aussi marquées. Le plus ordinairement, les symptômes diminuent dès que la menstruation est pleinement établie, peu à peu les troubles généraux cèdent. L'intervalle entre l'apparition des douleurs et l'écoulement des règles varie beaucoup. Autant que nous avons pu le voir, cet intervalle est plus court que dans la première forme de dysménorrhée. La quantité de sang qui s'écoule est également variable ; nous avons vu des règles très peu abondantes, mais c'est l'exception.

Ces symptômes douloureux peuvent se reproduire à chaque époque menstruelle. Cependant ils ne sont pas aussi réguliers dans leur intensité que pour la forme névralgique, et l'on voit souvent une ou deux époques passer avec des douleurs relativement faibles.

L'examen par le toucher permet de reconnaître un engorgement considérable de l'utérus. Raciborski rapporte que dans deux cas qu'il a observés, l'utérus avait le volume qu'il présente à quatre ou cinq mois de grossesse, et formait une grosse tumeur ronde et dure au-dessus du pubis. Quelques jours après tout rentrait dans l'ordre. Le col est tuméfié et ramolli, la chaleur de cette partie est considérablement accrue. Si l'on a recours au spéculum, on voit que la couleur des parties est plus foncée.

Deweës a noté un symptôme remarquable qui accompagne cette forme de dysménorrhée : des douleurs avec tuméfaction dans les mamelles ; ce qui est une preuve de plus de la sympathie intime qui existe entre l'utérus et les glandes mammaires.

Quant à la conception, elle paraît être peu entravée par la dysménorrhée congestive, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas d'inflammation notable de la muqueuse utérine.

§ I. — Pathologie.

Si l'on examine avec soin les symptômes généraux et locaux, et que l'on y joigne l'examen direct des parties internes, on trouvera sans

aucun doute l'utérus dans un état de congestion marquée; mais, d'autre part, la rapide disparition de ces symptômes, dès que les règles

viennent librement, prouve qu'il n'y a pas une véritable inflammation, mais seulement une sécrétion énergique avec congestion.

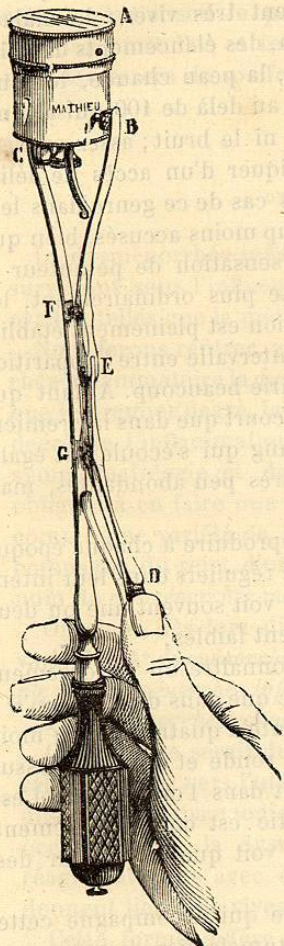


Fig. 81. — Scarificateur pour le col de l'utérus, de M. Mathieu (*).



Fig. 82. — Scarificateur pour le col de l'utérus.

§ II. — Traitement.

Il n'y a pas à hésiter au point de vue du traitement, si l'on est appelé auprès d'une malade pendant une crise de douleurs avant que la menstruation soit arrivée; s'il y a en même temps tout le cortège de symptômes fébriles que nous avons énumérés, il sera à propos d'appliquer des ventouses scarifiées sur les reins pour tirer une notable quantité de sang. Les scarifications du col de l'utérus (à l'aide de l'appareil représenté figure 81), les applications de sangsues sur ce point seront souvent très utiles.

Scanzoni recommande, pour la scarification,

manche, convexe sur le tranchant, qui se prolonge jusqu'à son extrémité arrondie (fig. 82).

Trousseau (1) recommande l'application de quelques sangsues à la

(1) Trousseau, *Sur la dysménorrhée* (*Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 49. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 4^e édition. Paris, 1873, t. III.

(*) A, les six lames du scarificateur; B, extrémité du levier appuyant sur le bouton d'échappement; C, point de fixité de l'armature du levier, ou scarificateur; F, E, G, D, continuation de la tige et du mécanisme du double levier qui porte le scarificateur, et au moyen duquel on fait partir la lame dans le fond du vagin.

face interne des genoux. Whitehead a imaginé un instrument spécial pour tirer du sang de l'utérus. C'est une espèce de scarificateur modifié dans sa forme pour le lieu où il doit être appliqué, et il propose d'en faire usage deux ou trois jours avant l'époque menstruelle (1). Avant de recourir aux émissions sanguines, il faut avoir essayé préalablement les bains de siège, les lavements chauds, les purgatifs légers, etc. Les bains de siège chauds et les pédiluves ne calmeront pas seulement les douleurs de la malade, mais diminueront encore la congestion utérine en provoquant un écoulement de règles abondant. Les intestins doivent être maintenus dans un état de liberté au moyen de purgatifs salins et de calomel: les médicaments fébrifuges peuvent être administrés avec des boissons rafraîchissantes. Cette médication, promptement administrée, soulagera toujours la malade. Le danger serait de diminuer l'abondance des règles et l'on doit s'y prendre de manière que les évacuations soulagent la malade sans troubler la fonction elle-même. Après l'administration des purgatifs, s'il reste des douleurs, on donnerait de l'opium ou de la teinture d'*Indian hemp* (chanvre indien).

Dans l'intervalle des règles, il faut faire suivre à la malade un régime sévère: elle devra chaque jour faire de l'exercice, sortir beaucoup au grand air; la marche ou l'équitation est préférable à la sortie en voiture. De temps en temps la malade prendra des bains de siège tièdes et quelques purgatifs. S'il y a encore de la congestion ou de l'hypertrophie du col, on fera, une fois par semaine sur cette région, des applications de teinture d'iode. Ce moyen réussit dans beaucoup de cas; il diminue l'engorgement du col et guérit les érosions et les ulcérations qui existent si souvent sur la surface du museau de tanche. La formule que nous employons est la suivante:

℥ Teinture d'iode pure.....	60 grammes
Iodure de potassium.....	15 —
Alcool rectifié.....	200 —
Alcool.....	120 —

A l'approche de la période suivante, s'il se produit de nouveau de la congestion ou de l'excitation, il pourra être nécessaire de tirer du sang soit de l'utérus, soit des parties voisines, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Par ces moyens, si l'on ne guérit pas entièrement la maladie, il est rare que l'on n'obtienne pas un soulagement notable.

2° Dysménorrhée inflammatoire simple.

La dysménorrhée inflammatoire simple est cette variété de dysménorrhée qui résulte d'un état inflammatoire quelconque de l'appareil utéro-ovarien; cette variété n'étant, à vrai dire, qu'un symptôme,

(1) Whitehead, *Medical Gazette*, 13 avril 1869.

il serait plus rationnel de ne la décrire qu'à propos des maladies qui la produisent.

§ I. — Symptômes.

Cette forme diffère de la dysménorrhée congestive par une intensité en général plus marquée des symptômes, mais ce qui est caractéristique c'est qu'on n'observe pas entre les époques une disparition complète de tous les phénomènes morbides, il subsiste ordinairement une douleur plus ou moins intense vers la région hypogastrique, douleur qui s'irradie vers les flancs et vers la partie supérieure des cuisses. La marche est aussi assez difficile et les malades peuvent rarement faire de longues courses. Leur état général est ordinairement assez mauvais, elles sont pâles, amaigries, incapables de se livrer à aucun travail pénible.

L'examen par le toucher permet de reconnaître non seulement au moment des époques une tuméfaction notable de l'utérus, mais encore, entre les époques, la pression pratiquée sur le col ou sur le corps de l'utérus, produit une douleur assez vive.

Si l'on applique le spéculum, on voit que le col est rouge, engorgé, et parfois on trouve sur le col une érosion ou une ulcération superficielle, laquelle, suivant Edwards (1) et Whitehead (2), peut avoir été en partie produite par la dysménorrhée; nous admettons, au contraire, que c'est l'érosion qui est la cause de la dysménorrhée. Ce dernier auteur a bien indiqué les changements que l'on constate alors et qui se rapportent à un état inflammatoire évident de l'utérus. « Soit que l'utérus entier, soit qu'une portion considérable de cet organe se tuméfie et devienne plus pesante, l'organe descend dans le vagin au-dessous de sa position naturelle, le col est volumineux, parfois excorié, et présente une surface granuleuse; dans certains cas, il est dur et résistant, plus communément il est ramolli, comme érysipélateux, variqueux, œdémateux ou spongieux. Le corps au toucher paraît hypertrophié, et il n'est pas rare de le trouver douloureux à la moindre pression exercée avec le doigt. L'augmentation de volume est quelquefois également prononcée sur tous les points, mais souvent aussi elle n'est que partielle, et alors dans la plupart des cas elle porte sur la paroi postérieure; l'utérus est alors repoussé en arrière dans la concavité du sacrum, ce qui constitue la rétroflexion et la rétroversion; il appuie pesamment sur le rectum, ce qui gêne naturellement le passage des fèces. Parfois cependant la paroi antérieure est le siège de l'engorgement; l'utérus prend alors la position en antéflexion ou antéversion, et peut exercer une pression anormale sur la vessie. La capacité de

(1) Edwards, *Prov. med. and surg. Journ.*, septembre 1847.

(2) Whitehead, *Causes and treatment of abortion and sterility*, 1817.

ce viscère est diminuée en proportion du développement de la matrice. Par suite des relations intimes qui existent entre les systèmes nerveux des deux appareils, des troubles sympathiques se produisent dans la vessie et les malades éprouvent des envies d'uriner extrêmement gênantes. Les parois du vagin sont ordinairement relâchées, les grandes lèvres sont tuméfiées et sillonnées de veines variqueuses. Ces diverses lésions s'étendent quelquefois jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Les vaisseaux hémorroïdaux comprimés par les matières accumulées dans le rectum subissent eux-mêmes des modifications: ils donnent issue à un écoulement de sang par l'anus. L'orifice interne est dilaté et laisse facilement passer la sonde utérine. »

Les caractères précédents sont pour la plupart ceux de la métrite chronique; nous devons admettre dès lors que ce qui a été regardé comme le résultat de la dysménorrhée, doit au contraire être mis sur le compte d'une inflammation chronique de l'utérus qui produit la dysménorrhée.

Quant à la conception, elle semble complètement empêchée; cela, du reste, est en rapport avec l'inflammation de la muqueuse utérine que nous venons de mentionner.

§ II. — Pathologie.

L'examen attentif de l'utérus nous fera reconnaître facilement un état inflammatoire chronique, qui est le point de départ des troubles dysménorrhéiques.

Voici, d'après Raciborski (1), comment nous devons nous rendre compte de ces troubles: « Les contractions spasmodiques, dit-il, reconnaissent dans ce cas une double origine. La membrane interne de l'utérus, étant dans un état permanent d'irritation, supporte mal la congestion cataméniale et réagit sur l'appareil musculaire. D'un autre côté, comme l'irritation favorise l'hémorragie, le sang ne pouvant s'écouler librement à cause de la fermeture spasmodique de l'orifice interne du col, s'accumule dans sa cavité et y forme des caillots dont la présence ne peut qu'exciter de nouvelles contractions très douloureuses. Les souffrances ne cessent d'habitude que lorsque les caillots ont été expulsés au dehors.

§ III. — Traitement.

Le traitement diffère de celui de la dysménorrhée congestive, en ce que l'on devra surtout s'attacher à faire disparaître la maladie utérine;

(1) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868.

dès que celle-ci aura disparu, on sera sûr d'obtenir aussi la cessation des troubles dysménorrhéiques.

Quelques émissions sanguines locales, pratiquées un jour ou deux avant les règles, des opiacés, des antispasmodiques seront utiles au moment où les douleurs sont surtout intenses.

3° Dysménorrhée inflammatoire membraneuse.

Cette variété de dysménorrhée décrite par Oldham en 1846, sous le nom de *dysménorrhée pseudo-membraneuse*; par Simpson, sous celui d'*exfoliation pathologique de la muqueuse utérine*, est caractérisée par l'expulsion d'une membrane qui n'est autre que la muqueuse utérine.

La production de cette membrane est, pour la plupart des auteurs modernes, le résultat d'un état inflammatoire de la muqueuse utérine. Cette manière de voir est confirmée par MM. Bernutz (1), Raciborski (2) et Gallard (3).

L'expulsion de la muqueuse utérine a longtemps été révoquée en doute, néanmoins elle est aujourd'hui généralement admise. On prétendait que lorsqu'on trouvait ainsi une membrane expulsée, on avait toujours affaire à une caduque d'avortement. On se fonde pour admettre cette exfoliation de la muqueuse, sur ce que l'on a vu cette membrane être expulsée régulièrement chez des femmes tous les mois, jusqu'à la guérison, malgré l'interruption des rapports conjugaux, et aussi sur ce qu'on l'a observée chez des vierges (4).

Raciborski (5) compare cette membrane à la caduque de la grossesse: « Du reste, dit-il, cette ressemblance ne doit pas étonner, on sait qu'à chaque époque menstruelle la muqueuse utérine subit déjà certaines modifications qui ont fait dire qu'elle ressemblait alors en miniature à ce qu'elle devient les premiers jours après la fécondation. En vérité il n'y a de différence que dans le développement des diverses parties constituantes. Aussi que l'orgasme menstruel s'élève accidentellement en vitalité, soit par suite d'une impulsion énergique partie des ovaires, soit à la suite d'une phlegmasie chronique de l'utérus, et il pourra arriver pendant les époques menstruelles, ce qui n'arrive à l'état physiologique qu'après la conception. »

Pour M. Gautier (de Genève) (6), la dysménorrhée ne serait pas primitivement une endométrite. Elle se rapprocherait par sa nature de l'ichtyose de la peau ou de la muqueuse linguale.

(1) Bernutz, *Nouveau Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris, 1870, art. DYSMÉNORRHÉE, tome XI. Paris, 1870.

(2) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 558.

(3) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, 2^e édition. Paris, 1879.

(4) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2^e édition, 1872, p. 448.

(5) Raciborski, *Traité de la menstruation*, 1868, p. 567.

(6) Gautier, *De la pathogénie de la dysménorrhée membraneuse* (*Annales de Gynécologie*, novembre 1877, p. 412).

§ I. — Symptômes.

Le symptôme caractéristique de cette forme de dysménorrhée, c'est l'expulsion à chaque menstruation d'une membrane de forme et de dimensions variables. Dans certains cas, elle a la forme triangulaire de la cavité du corps de l'utérus. Quelquefois, elle est expulsée par lambeaux, d'autres fois elle forme un petit sac ayant trois ouvertures, une inférieure, correspondant au col, deux supérieures et latérales correspondant aux *ostia uterina*. Elle est d'un rouge vif, la face externe est villose et parfois parsemée d'ecchymoses ou de petits caillots sanguins. La face interne est percée de petits trous qui ne sont autre chose que des orifices glandulaires.

Quelquefois, les malades rendent des *peaux* que l'on pourrait regarder comme des débris de muqueuse et qui ne sont autre chose que des caillots fibrineux, mais transformés, moulés sur la cavité utérine et dont la composition histologique est la suivante, d'après M. Ch. Robin (1).

Chaque caillot se compose :

1° D'une trame de fibrine encore nettement fibrillaire, ou par places passant à l'état amorphe finement granuleux ; 2° cette trame retient dans son épaisseur des globules rouges et blancs ; 3° elle retient aussi des cellules épithéliales prismatiques de l'utérus plus ou moins régulières, mais presque toujours en quantité plus considérable qu'on ne serait porté à le supposer.

La présence de ces caillots a fait donner à la dysménorrhée le nom de *fibrineuse*.

Les autres symptômes diffèrent peu de ceux de la dysménorrhée inflammatoire simple. Ordinairement entre les époques, il existe une certaine douleur vers la région hypogastrique, une augmentation de volume de l'utérus et un écoulement leucorrhéique, qui sont le résultat de la métrite chronique sous l'influence de laquelle se produit l'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine. A l'époque des règles, il existe des douleurs vives vers l'utérus, dues à la congestion intense de l'organe, de véritables contractions douloureuses, intermittentes, qui rappellent celles de l'accouchement ; il se fait ordinairement en même temps un certain écoulement de sang, puis après douze, dix-huit, vingt-quatre heures et plus, la membrane est expulsée au milieu de douleurs très vives. Après cette expulsion de la muqueuse, le sang s'écoule plus abondamment, et la douleur ainsi que l'écoulement sanguin disparaissent en général au bout de deux ou trois jours, mais il subsiste le plus souvent pendant huit à quinze jours un écoulement leucorrhéique,

(1) Ch. Robin, *Comptes rendus de la Société de biologie*, août 1857.

à cause de la plaie utérine qui subsiste après que la muqueuse s'est détachée.

§ II. — Diagnostic.

Le diagnostic différentiel entre cette exfoliation pathologique et l'expulsion de la membrane que l'on rencontre à la suite des avortements, ne diffère pas sensiblement au point de vue anatomique et physiologique. Ce diagnostic pourra néanmoins se faire à l'aide de quelques caractères tirés de l'observation clinique. L'exfoliation pathologique n'a jamais lieu qu'au moment des règles et peut se reproduire à plusieurs époques. Les productions membraneuses résultant d'une conception sont indépendantes de l'époque menstruelle et ont été généralement précédées de l'absence de menstruation pendant une ou deux époques. L'exfoliation pathologique devra encore être distinguée des caillots fibrineux dont nous avons parlé et qui se distinguent par les caractères histologiques que nous avons signalés.

§ III. — Traitement.

Le traitement comprendra deux parties.

1° *Pendant l'époque menstruelle.* — L'état spasmodique sera combattu à l'aide du bromure de potassium et d'un bain tiède dans lequel la malade restera une heure ou une heure et demie. On cherchera à calmer la douleur à l'aide de l'opium, ou en administrant un quart de lavement d'eau de guimauve dans lequel on ajoutera huit à dix gouttes de laudanum de Sydenham et qui devra être gardé.

La malade restera au lit et fera usage de boissons émollientes.

2° *Pendant l'époque intermenstruelle.* — On cherchera surtout à combattre l'inflammation chronique de l'utérus par les divers moyens que nous indiquerons à la métrite chronique.

Vers l'approche des règles il sera souvent utile d'appliquer quatre ou six sangsues sur le col de l'utérus, afin de diminuer la congestion qui précède le développement des accidents.

ARTICLE III

DYSMÉNORRHÉE MÉCANIQUE

Sous ce titre, nous comprendrons toute une classe de faits dans lesquels la difficulté d'émission des règles est due à un rétrécissement de tout le canal du col ou d'une portion de ce canal (1).

Cette variété de dysménorrhée n'est, d'après M. Courty (2), que

(1) Lisfranc, *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*. Paris, 1836, p. 225. — *London Medical Journal*, vol. I, p. 384. — Siebold's, *Journal*, vol. XV, p. 3.

(2) Courty, *Traité prat. des mal. de l'utérus*, 1872, p. 438.

l'ensemble des symptômes développés par des contractions énergiques et douloureuses de l'utérus s'efforçant d'expulser le produit de la menstruation à travers un orifice trop étroit. C'est un diminutif de l'état morbide produit par la rétention complète des menstrues dans le cas d'atrésie des voies génitales.

Quelle est la cause de ce rétrécissement ? est-il congénital ou inflammatoire ? C'est ce que, dans beaucoup de cas, on ne peut déterminer. Quant au fait du rétrécissement lui-même, il ne peut être mis en doute. Nous avons l'autorité de Capuron, qui le compte parmi les causes de dysménorrhée, et Mackintosh, d'Edimbourg, dit en avoir souvent rencontré des exemples. Dans une observation qui nous est commune avec O'Reilly, nous avons nettement reconnu l'existence d'un rétrécissement qui siégeait à peu près vers le milieu du canal. Nous fûmes assez heureux pour dilater ce rétrécissement. Depuis lors, nous avons rencontré plusieurs cas dans lesquels l'orifice et le canal étaient beaucoup plus étroits que d'habitude. Simpson, Protheroe Smith, Whitehead, Oldham (1), regardent eux-mêmes ces rétrécissements comme une cause fréquente de dysménorrhée.

D'après M. Marion Sims (2), la menstruation douloureuse serait presque toujours due à des causes mécaniques, puisque dans 129 cas relatés par lui, 8 seulement paraissent être attribués à l'engorgement ou à la congestion de la membrane cervicale et que parmi ces derniers quelques-uns se trouvaient compliqués de courbure du col ou de productions fibreuses développées dans un point quelconque de la matrice. « Je ne nie point, dit-il, que la menstruation ne puisse être douloureuse par le fait d'un simple état congestif de la membrane cervicale, et sans qu'il existe ni productions fibreuses, ni polypes, ni étroitesse exagérée de l'orifice du col, ni courbure de son canal, mais de tels cas sont rares et j'ai pu constater que dans la majorité des faits les femmes atteintes de dysménorrhée ont l'orifice utérin trop étroit et le canal cervical rétréci ou recourbé. »

Toutefois nous ne pouvons être de l'avis de ceux qui regardent cette cause comme la plus fréquente, et nous ne pensons pas que, dans le cas où il y a un rétrécissement, la dysménorrhée doive être toujours et uniquement rapportée à cette lésion. Nous avons vu parfois la dysménorrhée être guérie sans qu'on eût touché au rétrécissement, et le cas inverse s'est présenté de même plusieurs fois. Mackintosh n'a pas cité un seul exemple d'accumulation des menstrues, ce qui aurait dû avoir lieu si le rétrécissement eût été la seule cause des troubles fonctionnels. Simpson se base sur la facilité ou la difficulté avec laquelle la sonde utérine est introduite. Dans les mains habiles de Simpson, cette

(1) Oldham, *Membranous Dysmenorrhœa* (*London Gazette*, décembre 1846).

(2) Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, trad. française, 1866, p. 165 et 167.