

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 doit 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.

preuve peut être suffisante, mais il est probable que la difficulté tient parfois à une autre cause que le rétrécissement.

Cette manière de voir n'est pas non plus admise par la plupart des auteurs modernes; ainsi West (1) pense que l'on s'est fondé à tort, pour admettre cette variété, sur cette circonstance qu'en introduisant une sonde dans la cavité utérine, il est fréquent de rencontrer un obstacle qui s'oppose à la pénétration de l'instrument dans cette cavité, mais cet obstacle est tout à fait normal, ce qui peut être vérifié sur le cadavre.

Les succès obtenus par Mackintosh (2) ont ajouté un nouvel agent aux moyens de traitement que nous possédions déjà. Mais en montrant combien l'examen interne est utile dans les cas de troubles menstruels, ce médecin n'est pas arrivé à prouver que la maladie fût toujours due à un simple rétrécissement. On doit considérer qu'en faisant usage de la sonde pour combattre le rétrécissement, on stimule ainsi d'une manière puissante et directe l'action de l'utérus, et qu'on augmente l'activité de ses fonctions. Ces faits nous prouvent toutefois d'une manière évidente qu'il faut examiner les parties internes afin de s'assurer s'il existe un rétrécissement.

§ I. — Symptômes.

Ils ne diffèrent pas matériellement de ceux qui existent dans les autres formes de dysménorrhée: Rigley (3) a noté l'extension de l'irritation dans les ovaires avec un caractère inflammatoire plus prononcé. Il y a une douleur vive dans les aines, au-dessus du ligament de Poupard, et des élancements qui se font sentir jusqu'à la partie supérieure des cuisses; les parties sont très sensibles à la pression, et la malade éprouve comme une sensation de gonflement; dans quelques cas il y a, en effet, un peu de tuméfaction. L'écoulement est mélangé de matières fibrineuses et de caillots réduits en fragments plus ou moins petits, suivant le degré du rétrécissement. L'inflammation chronique de l'ovaire est souvent une conséquence de cette dysménorrhée, et parfois se complique d'une hémorrhagie grave.

Quelquefois tout le sang épanché dans la cavité utérine, n'est pas expulsé au dehors et une partie s'accumule dans l'utérus qu'il distend; cette particularité mérite de fixer l'attention à cause des accidents qui peuvent survenir quand la distension est un peu considérable.

Nous nous contenterons de rappeler ici ces accidents sur lesquels nous avons donné de plus amples détails dans le chapitre de l'aménorrhée par rétention.

(1) West, *Leçons sur les maladies des femmes*, trad. française, 1870, p. 102.

(2) Mackintosh, *Practice of Physic*, vol. II. — Dewees, *Diseases of females*, p. 145.

(3) Rigley, *Medical Times*, 25 octobre 1831.

§ II. — Traitement (1).

Une fois le rétrécissement découvert, alors même qu'il ne constitue qu'un des points isolés de la maladie, il n'y a pas d'objection à ce que l'on introduise avec précaution des bougies élastiques ou des morceaux d'éponge graduellement plus volumineux. On y arrive facilement, que la malade soit debout ou couchée. On devra commencer par des bougies d'un petit calibre, et l'on ira en augmentant graduellement, jusqu'à ce qu'on puisse faire passer une sonde d'homme de diamètre ordinaire. Après chaque introduction de sonde, il faudra surveiller avec soin la malade, au point de vue de l'inflammation qui pourrait se déclarer; on fera usage d'injections vaginales tièdes une ou deux fois par jour. Suivant l'irritabilité de la malade, on introduira plus ou moins souvent la bougie; en général, il suffit de la faire tous les deux ou trois jours. Une fois l'instrument introduit, on le laisse en place pendant quelques minutes. Il est à peine nécessaire de mettre en garde contre cette erreur qui ferait prendre un pli de la membrane muqueuse vaginale pour un obstacle permanent: il ne faut pas user de force pour faire passer une bougie; enfin, il faut prendre garde de presser contre le fond de la cavité utérine. Rigley fait usage d'un dilateur à valves d'acier trempé, que l'on écarte pour les laisser en place un moment. S'il fallait avoir recours à une dilatation plus considérable, il préfère des éponges. Nous sommes de son avis. Si son a fait usage de bougies métalliques de calibres gradués.

Non contents de la dilatation graduelle, Simpson et d'autres médecins ont proposé

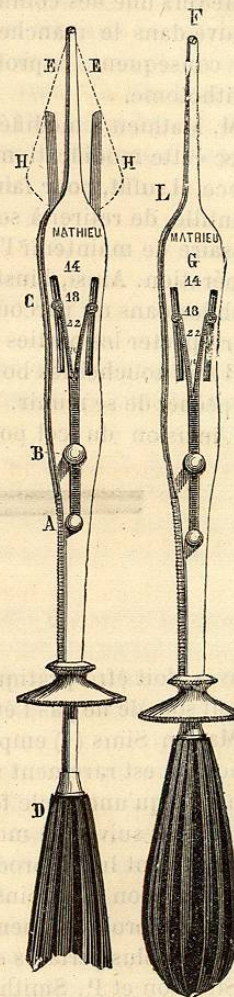


Fig. 83, 84. — Hystérotome de Simpson, modifié par M. Mathieu (*).

(1) Simpson, *Dilatation and Incision of the cervix uteri in case of obstructive dysmenorrhœa* (*Monthly Journal*, août 1844; mai 1847). — Burnet et Aran, *Union médicale*, 1850, n° 53. — Charpignon, *Gazette des Hôpitaux*, 1854-1859. — Faure, *Gazette des Hôpitaux*, 1854, n° 49.

(*) Les chiffres désignent les différents degrés d'écartement à donner aux lames en millimètres; B, boutons servant de point d'arrêt; D, en tirant à soi le manche, on écarte les lames qui sont à l'état de repos de l'instrument renfermé dans la gaine FL; le pointillé E, E, H, H, mesure la marche des lames. A, bouton servant à faire mouvoir les branches g; 26, écartement maximum; 14, minimum.

de faire une section avec un instrument (fig. 83, 84) qui ressemble au lithotome caché. On introduit dans le col l'extrémité de cet instrument que l'on pousse au delà du rétrécissement, en ayant soin de tourner la lame vers une des commissures : on marque, au moyen de la vis qui se trouve dans le manche, l'étendue de l'ouverture qu'on veut avoir et, par conséquent, la profondeur de l'incision; puis on retire lentement le lithotome.

M. Mathieu a modifié avantageusement l'hystérotome de Simpson. Avec cette modification, une fois l'écartement des lames fixé à l'avance, il suffit, pour faire parcourir à celles-ci le trajet indiqué par le pointillé, de retirer à soi le manche de l'instrument. Il n'est plus nécessaire de maintenir l'écartement par une pression continue pendant l'opération. Ainsi, l'instrument une fois placé, les lames seules sont mobiles dans un parcours déterminé, ce qui permet plus facilement de respecter les parties voisines.

Il faut toucher les bords de la plaie avec du nitrate d'argent pour les empêcher de se réunir.

L'incision du col pouvant donner naissance à des hémorrhagies



Fig. 85. — Sonde de Coghlan.

graves doit être pratiquée avec les plus grandes précautions, et en ayant soin de ne pas l'étendre trop profondément.

Marion Sims (1) emploie presque toujours l'incision, il admet que l'incision est rarement suivie d'accidents puisque sur plus de 500 fois il n'a vu qu'une seule fois survenir une métrô-péritonite qui d'ailleurs ne fut pas suivie de mort. Cet auteur préfère l'incision à la dilatation qui, suivant lui, a produit plusieurs fois des métrô-péritonites, parce que l'incision est moins douloureuse que l'usage des bougies, lequel doit être prolongé pendant plusieurs jours, en ce qu'elle donne des résultats plus certains et plus permanents.

Simpson et P. Smith disent que ces procédés leur ont réussi. Oldham (2) a rapporté un succès complet et un succès partiel. Beatty (3) a raconté quatre cas dans lesquels la malade avait été soulagée après l'opération.

Malgré tous ces succès, nous sommes pour des moyens plus lents,

(1) Marion Sims, *Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, trad. française, 1866, p. 172 et 179.

(2) Oldham, *Medical Gazette*, 27 novembre 1846.

(3) Beatty, *Dublin medic. Press*, 19 décembre 1856.

mais aussi plus sûrs, et nous sommes heureux de voir que West et Oldham sont du même avis que nous.

Oldham (1) rapporte deux cas de mort par suite de l'emploi malheureux de moyens mécaniques.

Coghlan de Wexford (2) a proposé un instrument plus simple pour inciser le col (fig. 85), et vante beaucoup les résultats de cet incision. On introduit l'extrémité de cet instrument dans le col de l'utérus et l'on presse sur le manche : de la portion ovale de l'instrument sortent deux lames qui coupent au moment où l'on retire le tout. Par suite de la largeur de l'instrument, on court peu de risques d'étendre l'incision au delà du col.

CHAPITRE VI

MÉTRORRHAGIE. — MENSTRUATION EXCESSIVE.

Lorsque l'époque menstruelle se fait avec une abondance inusitée, lorsqu'il y a écoulement de sang entre les époques, que l'utérus soit gravide ou non, on dit qu'il y a *métrorrhagie*.

Plusieurs auteurs ont employé le terme de *ménorrhagie* pour désigner simplement un accroissement dans l'abondance des règles. D'autres auteurs comprennent encore sous ce titre tout écoulement de sang, qu'il accompagne l'époque menstruelle ou qu'il en soit tout à fait indépendant.

Ici, nous aurons surtout en vue la métrorrhagie qui survient quand l'utérus est à l'état de vacuité, nous nous réservons de parler de celle qui est dépendante de la grossesse ou de la parturition dans la partie de cet ouvrage qui est spécialement consacrée aux maladies des femmes pendant la grossesse.

Une menstruation excessive survient de diverses manières. Les règles peuvent revenir trop souvent ou en trop grande abondance, ou bien à des époques inusitées, comme pendant la gestation et l'allaitement. Quand elles sont très abondantes et qu'elles paraissent après un retard, on croit facilement à un avortement. Dans l'estimation de la quantité de sang perdue, il faut tenir compte du climat et de la constitution des malades. Ce que nous considérons comme une menstruation peu abondante serait estimé, dans d'autres contrées, une ménorrhagie, et, à ce même point de vue, la quantité de sang sécrétée par certaines femmes en bonne santé serait excessive pour d'autres personnes qui sont également bien portantes.

Certains auteurs divisent la métrorrhagie en *idiopathique* et en *symptomatique*. D'autres, au contraire, la considèrent comme toujours

(1) Oldham, *On the sterility* (*Guy's Hospital Reports*, octobre 1849).

(2) Coghlan, *Medical Times and Gazette*, 1^{er} juin 1851, p. 572.