

tissent ainsi sur la menstruation ? Il est sans doute plus sage de passer en revue toutes les hypothèses.

La plus vraisemblable est celle qui attribue les ménorrhagies à une congestion menstruelle poussée, sous l'influence hépatique, au-delà des limites habituelles. Mais nous ne comprenons pas bien NIGEL STARCK quand il dit que l'engorgement du système porte amène l'engorgement de la muqueuse utérine; la circulation porte et la circulation utérine n'ont que des rapports anatomiques fort éloignés. En tout cas, nous admettrions plus volontiers une action réflexe directe ou se produisant par l'intermédiaire du cœur, et la congestion utérine ressemblerait, par exemple, à la congestion pulmonaire de la colique hépatique.

Une autre hypothèse rattache les accidents à une altération du sang ou des parois vasculaires, altération dépendant elle-même de poisons, de toxines, etc. L'un de nous a observé que les femmes dont les urines contiennent de l'uroérythrine, pigment de l'insuffisance hépatique, lui ont paru prédisposées à des écoulements de sang considérables au moment de leurs époques.

Peut-être ces diverses influences entrent-elles toutes en jeu. Mais il est à remarquer que les pertes surviennent presque toujours à propos des règles, et que les maladies du foie exagèrent surtout l'abondance de la menstruation et provoquent plus rarement une métrorrhagie dans la période intercalaire; dans cette dernière éventualité, on a souvent lieu de soupçonner que l'utérus ou les annexes souffrent de lésions concomitantes. Aussi, à la période de cachexie hépatique, l'ovulation est supprimée et l'aménorrhée devient la règle, l'hémorrhagie utérine l'exception.

## CHAPITRE IV

### FAUSSES UTÉRINES ET AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

#### I

#### Aperçu historique

L'influence des maladies du cœur sur l'utérus, aujourd'hui prouvée sans conteste par une longue série d'observations et de travaux, a été envisagée de façons assez différentes, et plus d'un auteur, pour étudier ce sujet, s'est placé à un point de vue spécial qui l'intéressait davantage. Aussi, à côté de faits bien établis, d'autres restent encore discutés, d'autres ont moins attiré l'attention. Nous trouvons exposés d'une manière complète et sans grand désaccord l'aménorrhée, la chlorose cardiaque et les accidents que peut provoquer une lésion du cœur pendant la grossesse, la délivrance et les suites de couches; des réserves se manifestent pour le catarrhe utérin, la congestion et la métrite consécutive; quant aux métrorrhagies (en dehors de l'accouchement), elles soulèvent les opinions les plus opposées ou sont passées sous silence.

BOUILLAUD, STOKES, GRISOLLE, PARROT n'en parlent pas. BERNUTZ, à propos des troubles circulatoires que subissent les organes génitaux, écrit: « Cette dernière classe de métrorrhagies symptomatiques, dont on me paraît avoir exagéré la fréquence, ne comprend qu'un petit nombre de variétés dépendant du siège que peut occuper l'obstacle à la circulation abdominale: maladie du cœur, affections hépatiques, tumeurs abdominales; la rareté des métrorrhagies dans ces trois catégories autorise à ne point insister sur ces faits. » SIREDEY « depuis plusieurs années que son attention est fixée sur ce

point, dans le nombre assez considérable d'affections organiques du cœur et des poumons qu'il lui a été donné d'observer, n'a trouvé possible qu'une seule fois de constater une métrorrhagie », et encore est-elle « due à un développement variqueux des veines et à une sorte de bourgeonnement de la muqueuse de l'utérus ».

RACIBORSKI s'informe des phénomènes menstruels chez huit femmes portant des altérations valvulaires et les reconnaît ordinairement aussi réguliers que dans l'état de santé; plus loin, il émet une hypothèse: « Il ne serait pas impossible qu'une pareille disposition (état variqueux et rupture) existât quelquefois dans les plexus veineux de l'utérus » et il se demande plutôt « si un jour on ne trouvera pas dans le parenchyme utérin de ces anévrismes capillaires signalés dans l'intérieur du cerveau ». COURTY, au cours d'un long article où il énumère une foule de causes, signale à peine, en une ligne, la stase sanguine dans le système de la veine cave inférieure sous l'action de la valvule mitrale insuffisante. DEPAUL et GUÉNIOT sont encore plus nets: « Les affections cardiaques ne paraissent pas être notablement influencées par la menstruation, et celle-ci à son tour n'est pas généralement modifiée par ces maladies. »

Et cependant MONNERET, dans le COMPENDIUM, citait dans l'étiologie des métrorrhagies les maladies du poumon et du cœur; GENDRIN avait insisté « sur toutes les causes qui produisent une gêne habituelle de la respiration, comme les emphysèmes pulmonaires, les bronchites chroniques, les obstacles à la circulation dans les principaux troncs vasculaires ou aux orifices du cœur. » Depuis eux, ARAN rattache certaines congestions de la muqueuse utérine à l'embarras même de la circulation de l'appareil cardio-pulmonaire. NIEMEYER indique les stases sanguines qui se font dans les vaisseaux utérins au cours des maladies du poumon et du cœur qui rendent difficile le retour du sang dans le cœur droit. SCANZONI va plus loin et envisage l'influence des cardiopathies sur les métrorrhagies avant la puberté, pendant la vie génitale, et après la ménopause. X. GOURAUD, dans sa thèse (De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit), a consacré à la congestion, au catarrhe et aux hémorrhagies secondaires de la muqueuse utérine d'origine cardiaque, un important chapitre où se trouvent en plus de précieuses indications d'auteurs.

Plus près de nous, GALLARD, GERMAIN SÉE, PETER, HARDY et BÉHIER deviennent encore plus affirmatifs, et avec l'histoire du rétrécissement mitral, l'importance des métrorrhagies est mise en relief.

Mais ce n'est pas seulement au cours de la sténose mitrale qu'elles sont signalées: « L'existence d'une maladie du cœur, dit DUROZIEZ (1875), retarde l'établissement des règles; celles-ci sont irrégulières et prennent souvent la forme de pertes ».

## II

## Considérations pathogéniques

« Et prennent souvent la forme de pertes... » Cette courte phrase qui nous paraît bien être l'expression de la vérité, reste presque isolée ou à peine accompagnée de brèves réflexions dans la suite du mémoire. Lorsqu'il s'agit d'évaluer, même d'une façon approximative, la fréquence des métrorrhagies, nous rencontrons des avis tout différents; bien plus, le désaccord persiste au sujet des troubles de la menstruation en général. « Que d'irrégularités, d'intermittences, d'inégalités, d'arrêts, de pertes, d'ovariotomies, de morts! dit DUROZIEZ dans un second travail (1893). Chez la cardiaque, l'anormal devient la règle, le normal, l'exception. » Nous avons interrogé nombre de cardiaques et cette affirmation nous semble peut-être un peu exagérée. On pourrait opposer la statistique d'un auteur anglais, Gow, qui sur 50 cas, constata 28 cas où la menstruation resta normale, 17 où elle manqua plus ou moins complètement, 5 où elle fut excessive. Cinq cas de menstruation excessive, sans hémorrhagie intercalaire entre deux périodes cataméniales, c'est peu, surtout si l'on songe que, 4 fois, il s'agissait de rétrécissement mitral (la lésion valvulaire ou la ménorrhagie est un accident assez banal), une seule fois de rétrécissement avec insuffisance mitrale et que ni l'insuffisance mitrale pure, ni les lésions aortiques et autres n'ont provoqué de perte utérine.

a) Rétrécissement mitral, 22 cas, 9 menstruations régulières, 5 diminuées, 4 aménorrhées, 4 accroissements du flux sanguin.

b) Insuffisance mitrale, 13 cas, 10 menstruations régulières, 4 diminuées, 1 supprimée.

c) Rétrécissement et insuffisance mitrale, 7 cas, 4 menstruations régulières, 1 diminuée, 1 supprimée, 1 augmentée.

d) Insuffisance aortique, 2 cas, pas d'altérations.

Il faut compter avec les hasards d'une série, comme dans le relevé de RACIBORSKI; mais, malgré la statistique précédente, les métrorrhagies surviennent, causées par l'insuffisance mitrale pure, encore, quoique bien plus rarement, par les altérations aortiques, et aussi par les altérations aortiques compliquées d'une lésion mitrale; il en existe des observations indiscutables, et nous verrons plus tard qu'on ne doit pas négliger la classe des aortiques avec artério-sclérose généralisée.

Ces appréciations, en apparence fort contradictoires, sont dues à ce qu'on n'a pas toujours assez envisagé la période à laquelle était arrivée l'affection du cœur au moment où on examinait la malade. Cependant MAURICE RAYNAUD en avait fait la remarque: « Les règles sont souvent, au commencement des maladies du cœur, abondantes, profuses... Il se fait même des hémorrhagies utérines intercalaires, qu'il ne faut pas confondre avec le flux cataménial. Dans la période ultime ainsi que dans tous les états de détérioration profonde, les règles se suppriment. » VALLON, dans une très bonne thèse, insiste beaucoup sur ce point. Chose singulière! GENDRIN prétendait que les congestions sanguines et les hémorrhagies pulmonaires se manifestent surtout dans la première période des maladies du cœur, pour diminuer de fréquence quand le mal a produit un état cachectique. Avec juste raison POTAIN et RENDU relèvent cette erreur. Mais ce qui est une erreur au sujet du poumon ne l'est plus quand il s'agit de l'utérus, car un élément entre en jeu qui modifie toutes les données du problème, c'est la fluxion physiologique, la menstruation. Nous n'irons pas jusqu'à dire comme DUROZIEZ: c'est l'étude de l'ovulation que l'on prétend faire quand on parle de menstruation, ce sont les rapports du cœur avec l'ovaire que l'on cherche.

Duroziez a raison lorsqu'il étudie l'aménorrhée ou la venue plus ou moins précoce ou tardive de la puberté et de la ménopause au cours des affections cardiaques, mais il aurait tort d'étendre sa proposition à toutes les métrorrhagies qui surviennent pendant la vie génitale de la femme. Si les troubles ovariens apportent de l'irrégularité dans l'apparition et même dans la quantité des règles, l'utérus, influencé par le cœur, exagère à son tour la perte sanguine, entretient et allonge sa durée, et finit par la provoquer dans la période intermenstruelle. Duroziez lui-même ajoute plus loin: la ma-

trice, organe de second ordre, est soumise au cœur aussi bien qu'à l'ovaire. On ne doit pas exagérer le rôle de l'ovaire, on doit encore moins le passer sous silence.

Au cours des maladies du cœur, en effet, les premières métrorrhagies surviennent toujours à l'occasion des règles; le flux cataménial s'établit, et, au lieu de se terminer après le temps ordinaire, il coule plus longtemps; à l'époque suivante, la perte reprend avec plus ou moins d'intensité, et suivant des cas assez rares, que nous examinerons à la symptomatologie, finit à la longue par se montrer dans la période intercalaire. Mais c'est presque toujours à la suite ou à l'occasion de l'éruption des règles que se manifestent les accidents hémorrhagiques qui, au moins au début, se présentent comme l'exagération du flux habituel. Or, cette menstruation physiologique, si apte à dégénérer en perte, à prendre un caractère pathologique, indispensable même à l'apparition de la plupart des métrorrhagies, se modifie, puis se supprime à mesure qu'évolue l'affection cardiaque. « Quand la stase sanguine s'est généralisée, la nutrition périclité et la vie se trouve partout atteinte », la femme n'est plus réglée et, durant cette aménorrhée, elle n'accuse aucun écoulement sanguin pas plus morbide que normal. « Ce fait, dit VALLON, peut, dans une certaine mesure, servir d'argument en faveur de la solidarité qui unit les fonctions utérines aux fonctions ovariennes, puisque la congestion passive même poussée à un haut degré est impuissante à amener des hémorrhagies par la matrice, alors que la congestion active physiologique amène cette hémorrhagie tous les mois. »

Non seulement, comme le dit VALLON, la cachexie cardiaque ou l'asystolie permanente entraînent presque fatalement une aménorrhée complète et ne s'accompagnent jamais de métrorrhagies, mais il n'est pas nécessaire d'arriver à cette phase de gravité définitive, de détérioration profonde (M. RAYNAUD) pour voir la menstruation se suspendre, au moins d'une façon temporaire pendant un ou plusieurs mois successifs et les métrorrhagies perdre de leur fréquence. Dès que le cœur est assez fortement touché pour que l'on constate des œdèmes tenaces, un foie ou un rein cardiaque opiniâtre, sans noter pour cela des signes de cachexie, le flux cataménial tend souvent à diminuer de longueur et d'abondance, il manque même à certaines époques, reprend avec pauvreté, quelquefois, mais par exception, avec une intensité qui lui donne le caractère d'une perte, et la patiente, avec ces alternatives, s'achemine de la sorte vers l'amé-

norrhée terminale. VULPIAN, dans les cliniques de la Charité, rapporte un cas où les hémorragies utérines dépendaient d'une asystolie telle que les œdèmes étaient considérables, les lèvres bleuâtres, les extrémités froides, — c'est là un fait rare.

Chez les malades soumises à notre examen, comme du reste, dans la plupart des observations citées, les *métrorragies* se produisent au contraire de préférence lorsque la *lésion cardiaque, encore bien compensée*, se manifeste seulement par de la gêne précordiale, des palpitations, de l'essoufflement à propos des efforts, des vertiges, de l'irrégularité des battements propres aux mitraux compensés, un peu d'œdème malléolaire le soir, par les signes qui, traduisant un certain embarras des voies sanguines, n'impliquent pas l'idée d'une insuffisance tricuspidiennne et d'un myocarde forcé.

La fonction ovarienne encore respectée provoque la fluxion utérine menstruelle, et celle-ci subit à son tour le contre-coup de la gêne circulatoire même légère; la congestion active physiologique appelle, localise et exagère la congestion pathologique passive; il y a un *utérus cardiaque*, comme il y a un foie ou un rein cardiaque, sans insuffisance tricuspidiennne nécessaire.

La congestion sanguine se fixe sur le foie ou le rein de par le fait d'une tare antérieure: alcoolisme, lithiase, goutte, etc.; elle se fixe sur l'utérus de par le fait d'un molimen cataménial vigoureux. Dans un organisme dont la nutrition générale n'est pas compromise par la maladie du cœur, une ovulation normale stimule l'utérus, les règles s'établissent et dépassent alors la durée et la quantité ordinaires; mais que cette nutrition générale soit troublée par de graves complications asystoliques, les fonctions si délicates de l'ovaire en ressentent les effets, l'ovulation s'arrête ou, pénible, défectueuse, demeure insuffisante à solliciter l'appel du sang dans l'appareil génital, le molimen trop faible n'aboutit pas et l'aménorrhée succède à ce travail nul ou à peine ébauché. Voyons-en une preuve dans ce qui se passe au cours de la *cyanose ou maladie bleue* (malformations congénitales, etc.). Cette affection s'accompagne d'hémorragies diverses, jamais on n'a signalé d'hémorragies utérines; au contraire, la puberté est tardive, quand les aptitudes génitales s'éveillent, il est rare qu'elles manifestent de grandes exigences, la croissance ne s'achève pas ou ne s'achève que lentement (GRANCHER), les fonctions ovariennes sont réduites au minimum, le moindre trouble entraîne l'aménorrhée.

A côté de la *fluxion menstruelle*, d'autres causes chez la cardiaque

contribuent à fixer, à maintenir un état de congestion au niveau de la matrice et à susciter des métrorragies; ce sont nombre d'*affections utérines* telles que: métrite chronique, fibromes, tumeurs ou phlegmasies ovariennes, etc., qui jouent vis-à-vis de l'utérus cardiaque le rôle que, dans un foie ou un rein cardiaque prennent la lithiase, l'alcoolisme, etc. Hémorrhagipares en elles-mêmes, ces lésions diverses exagèrent et éternisent la perte sanguine en localisant une sorte d'*asystolie utérine* (1), comparable dans sa pathogénie à l'asystolie hépatique.

Les véritables métrorragies apparaissant en dehors des règles, dans la période intercalaire, résultent presque toujours de cette étiologie complexe: et si l'on considère que la gêne circulatoire et un certain degré de congestion peuvent en dernier lieu causer une métrite (GALLARD), comme nous l'expliquerons plus loin, il est facile de saisir pourquoi les seules cardiopathies provoquent parfois à la longue des métrorragies sans aucun rapport avec l'ovulation.

Cette pathogénie où l'action du molimen physiologique jointe à une lésion locale fait comprendre la venue des pertes, nous explique encore d'autres phénomènes très importants. Les métrorragies de la puberté dues à un rétrécissement mitral ont été attribuées tantôt à une friabilité spéciale des parois vasculaires, tantôt à une lésion des veines utérines consécutive à des crises d'insuffisance tricuspidiennne, etc. Ces raisons sont fort plausibles, mais avant tout il faut tenir compte de l'évolution de l'appareil génital, qui, de l'état infantile et pubescent, passe à l'état adulte, alors qu'entrent en jeu les fonctions nouvelles de l'ovaire. Développement rapide de l'utérus et des annexes, transformation de tous les organes sexuels, premières poussées de la fluxion menstruelle, voilà les véritables causes qui, au niveau de la matrice, appellent, localisent et exagèrent la stase sanguine d'origine cardiaque et font naître les métrorragies d'un rétrécissement mitral encore bien toléré, sans asystolie, sans insuffisance tricuspidiennne, « sans que rien de bien précis, écrit MATHIEU, vienne attirer l'attention directement sur le cœur. La lésion mitrale demeure inaperçue à moins qu'en semblables circonstances on ne cherche de parti pris le rétrécissement, ainsi que le conseille LANDOUZY ».

(1) Cependant le terme d'asystolie utérine n'est pas très bon dans la circonstance, et prête à la confusion, la grande asystolie cardiaque ne s'accompagnant pas de métrorragies.

Il reste, en effet, à citer une classe de métrorrhagies, celles dont l'apparition précède toute manifestation symptomatique du côté de la lésion originelle, du côté du cœur. LEBERT (in VALLON) mentionne l'abondance des menstrues dans certains cas où passent méconnues des altérations valvulaires ne se traduisant par aucun trouble. Il y a trois ans, nous avons observé une jeune fille forte, grande, de belle apparence, qui demandait des soins pour des ménorrhagies répétées, incoercibles; chez elle tout moyen thérapeutique échouait; elle sortait d'un service de chirurgie où on lui avait pratiqué en vain le curettage. A la suite d'une pleurésie, elle s'était plainte quelque temps de dyspnée, et à l'examen des organes thoraciques nous fûmes fort surpris de constater un rétrécissement mitral que rien ne pouvait faire soupçonner.

Il n'est donc pas étonnant que nous trouvions difficile d'évaluer la fréquence des métrorrhagies, et que l'aménorrhée nous frappe davantage: à l'hôpital, les malades entrent surtout lorsque l'affection du cœur n'est plus compensée, et à cette phase les pertes utérines deviennent plus rares, tandis que l'aménorrhée est l'aboutissant fatal de l'asystolie permanente; de plus, nombre de cardiaques, avant la période ultime, ne présentent jamais aucun trouble utérin, de même qu'on voit des femmes atteintes de lésions valvulaires mener à terme sans accident plusieurs grossesses, à côté d'autres qui souffrent des plus graves complications dès leur premier accouchement.

### III

#### Étude étiologique

##### Influence des diverses affections du cœur sur les troubles des fausses utérines

Les considérations pathogéniques qui précèdent permettent d'être plus bref au sujet de l'étiologie.

Les métrorrhagies sont favorisées par les affections cardiaques qui entretiennent une certaine gêne circulatoire sans en arriver pour

cela à un état grave d'asystolie; nous les rencontrerons donc bien plus souvent au cours des lésions mitrales que des lésions aortiques.

L'aortique accuse surtout des signes d'anémie artérielle, et la stase veineuse ne se manifeste que si le myocarde ou la valvule mitrale ont cédé. Nous avons peine à croire qu'il survienne des épistaxis utérines, comme on l'a dit, sous la seule influence de l'hypertrophie du ventricule gauche, dans une insuffisance aortique. Lorsqu'une maladie de l'aorte ou de son orifice sigmoïdien s'accompagne de pertes utérines, avant d'affirmer une relation de cause à effet, il faut s'assurer si ces pertes ne ressortissent pas plutôt à l'artériosclérose généralisée; par contre l'aménorrhée est parfois fort précoce. Les ménorrhagies signalées dans l'angustie aortique congénitale se rapportent à des cas d'hémophilie où le rétrécissement artériel ne joue sans doute qu'un rôle fort secondaire.

Ce sont les affections mitrales surtout qui provoquent des métrorrhagies. Le rétrécissement mitral pur, — de l'adolescence, d'évolution, etc., — paraît être l'altération valvulaire qui trouble la menstruation avec le plus de facilité; son action congestive prédominante nous en donne la raison, comme aussi son intervention dès le début de la vie génitale, à l'époque de la puberté.

Le rétrécissement pur acquis reste encore assez rare, tandis que la maladie mitrale complète, rétrécissement avec insuffisance, puis insuffisance pure, président à l'apparition d'un certain nombre de pertes. Enfin il convient d'insister sur les cas où une maladie mitrale même légère complique une lésion aortique.

Dans les affections organiques du cœur droit, nous n'avons pas retrouvé de complications métrorrhagiques citées par les auteurs, et n'en avons pas constaté nous-même; d'après CONSTANTIN PAUL, « les règles sont régulières sans être trop copieuses ». De ces affections, la seule ayant une fréquence clinique, le rétrécissement pulmonaire présente une physiologie pathologique particulière: « Un phénomène, disent POTAIN et RENDU, qui appartient bien au rétrécissement pulmonaire, c'est l'absence d'œdème des jambes, et des signes de stase veineuse périphérique, à une époque où il n'est plus possible de méconnaître une maladie du cœur... La régularité du rythme cardiaque se maintient presque tout le temps... on ne trouve ni l'irrégularité des battements... ni les caractères de l'incoordination si spéciale aux mitraux ». Puis, quand le ventricule droit s'affaiblit, surviennent des troubles profonds de l'hématose qui conduisent plus volontiers à l'aménorrhée; enfin les malades

meurent souvent jeunes vers 20 ou 25 ans. En général aussi, dans la *cyanose ou maladie bleue*, comme nous l'avons dit plus haut, la puberté est tardive, les fonctions génitales restreintes et la menstruation se ressent de l'état d'infantilisme. Peut-être toutes ces raisons combinées expliquent-elles l'absence de métrorrhagies.

Il semblerait d'après plusieurs auteurs que la gêne du cœur droit luttant contre un poumon malade produise dans l'appareil génital une stase suivie de pertes sanguines; telle est l'opinion de GENDRIN, de GOURAUD, de SCANZONI. Il est fort possible, en effet, tant que l'organisme ne périlite pas et que la force du molimen cataménial (GOURAUD) n'a pas diminué, que l'emphysème, les bronchites prédisposent aux métrorrhagies, surtout si la patiente souffre de métrite chronique, par exemple; mais c'est une conception purement théorique de ranger dans cette étiologie comme SCANZONI, « l'infiltration pneumonique ou tuberculeuse des poumons ».

H. HUGHARD a décrit le premier des métrorrhagies consécutives à l'hypertension artérielle; il faut les connaître, car elles sont indiscutables aux approches de la ménopause, époque où se manifestent les atteintes de l'artério-sclérose.

Plus récemment, un assistant de la clinique de Dresde, le docteur REINICKE incrimine la *dégénérescence scléreuse* des artères utérines non pas seulement dans leurs grosses branches, mais encore dans leurs fines ramifications qui deviennent incapables de se contracter et laissent s'éterniser l'écoulement menstruel. Nous avons observé des faits de pertes utérines après la ménopause où une dégénérescence des artères nous a paru la cause la plus vraisemblable, et certaines métrorrhagies attribuées jusqu'ici à la « néphrite granuleuse » doivent sans doute être rapportées à la même étiologie. L'hypertension artérielle joue-t-elle un rôle au moment de la puberté? C'est fort probable mais ce point toutefois demande de nouvelles recherches.

L'action des cardiopathies sur la matrice est aidée non seulement, comme nous l'avons dit plus haut, par une lésion utérine ou péri-utérine, mais encore par la coexistence d'une maladie qui peut s'accompagner elle-même de métrorrhagie, la *constipation chronique*, les *hémorroïdes*, l'*entéroptose*, les *affections du foie*, etc.

## IV

### Semeiologie des fausses utérines dans les diverses affections du cœur

Les métrorrhagies d'origine cardiaque ont été signalées à tous les âges de la vie. Certaines observations ne laissent pas que d'étonner.

1° FAUSSES UTÉRINES ET CARDIOPATHIES AVANT LA PUBERTÉ. — Il ne serait pas rare, d'après de SCANZONI, de voir des hémorrhagies utérines, non accompagnées des phénomènes de l'ovulation et qui, par conséquent, ne constituent pas un véritable écoulement menstruel, survenir chez des *enfants* à la suite de la gêne circulatoire que produisent dans les organes abdominaux les affections du poumon et du cœur; il faudrait exclure toute idée de puberté hâtive. Malgré l'autorité de SCANZONI, nous avons peine à croire que de pareils accidents ne soient pas rares et très rares; rien d'analogue n'est rapporté par d'autres auteurs, et on peut vraiment se demander s'il n'y a pas eu quelques erreurs d'interprétation.

2° FAUSSES UTÉRINES ET CARDIOPATHIES A LA PUBERTÉ. — Mais, avec la *puberté*, l'influence d'une maladie du cœur devient redoutable, et les troubles précoces de la menstruation sont parfois les premiers symptômes qui attirent l'attention sur une lésion valvulaire inconnue jusqu'alors; souvent, mais non pas d'une façon exclusive, il s'agit d'un *rétrécissement mitral*. L'éruption des premières règles est difficile, leur réapparition irrégulière se précipite ou s'éloigne, leur établissement se fait mal; à une période à peu près normale ou même pauvre en sang, succède le mois d'après un écoulement très abondant qui prend aux époques suivantes le caractère de *grandes pertes*; à leur suite persiste une exagération de la *leucorrhée*, si fréquente à la puberté. Des phénomènes douloureux de *dysménorrhée utérine et ovarienne* aggravent la situation, car si l'ovaire n'est pas l'unique ou le principal fauteur des hémorrhagies, il n'en subit pas moins l'action du cœur, et retentit sans doute à son tour sur l'utérus. LAWSON TAIT a décrit, sous le nom d'*hyperémie ovarienne*, un état qui se traduit par la douleur et les métrorrha-

gies ; dans la menstruation des cardiaques, il y a un état complexe d'hypérémie ovarienne et utérine. Ces accidents de la puberté compromettent quelquefois toute la vie génitale ; les règles demeurent pénibles et profuses, les pertes répétées, les souffrances fatiguent la jeune fille qui, entravée dans son développement, se débilité et garde une apparence anémique ; plus tard, la femme reste stérile, ou, si la fécondation s'accomplit, la survie des enfants est diminuée (DUROZIEZ). Mais il ne faudrait pas exagérer ces considérations inquiétantes : nombre de filles portent fort bien une lésion du cœur sans la moindre atteinte du côté de l'appareil sexuel ou tout au moins avec des atteintes transitoires et assez légères pour ne pas rendre tout-à-lait précaires les fonctions utéro-ovariennes.

3° FAUSSES UTÉRINES ET CARDIOPATHIES AU COURS DE LA VIE GÉNITALE.— Lorsqu'une *endocardite* et à sa suite une *altération valvulaire* débutent et évoluent plus ou moins longtemps après la puberté chez une femme dont la menstruation était bien établie, les accidents utérins se présentent de diverses manières. Tantôt, le rhumatisme ou l'infection causale à peine guéris, avec les palpitations très précoces, avec les premières inégalités des battements, commencent les troubles menstruels ; d'emblée la durée des règles s'allonge, elles deviennent plus abondantes, plus douloureuses ; nous en avons observé un remarquable exemple à la Pitié, dans le service de A. PETIT, sur une mitrale d'origine variolueuse. D'autres fois l'affection du cœur dort pendant longtemps sans se manifester par aucun signe, puis surviennent une légère difficulté respiratoire après une longue marche ou des efforts, quelques irrégularités du pouls, on constate un souffle, et, à la longue, un beau jour, une ménorrhagie. Un auteur anglais, NIGEL STARCK, dit alors que « de tous les phénomènes résultant d'une circulation déséquilibrée, la ménorrhagie est souvent un des plus évidents et des plus dangereux ».

Enfin, dans certains cas, la perte utérine met sur la piste d'une cardiopathie dont les autres expressions cliniques passaient inaperçues jusque-là. Il est des malades qui pendant des mois et des années supportent fort bien une lésion valvulaire sans aucun retentissement sur la matrice, lorsqu'une ménorrhagie se montre sous l'influence d'une cause intercurrente : suites de couches (les règles normales auparavant conservent une abondance inquiétante), fatigue, surmenage inaccoutumé, excès de toute nature ; NIGEL STARCK, insiste sur les effets de la station debout prolongée ; ou bien fluxion

hémorrhédaire, constipation opiniâtre, poussée d'entérite muco-membraneuse, etc., etc., et toutes les causes de ce qu'on appelait la pléthore abdominale.

Le plus ordinairement, comme le dit CONSTANTIN PAUL, les règles ont des retours périodiques plus rapprochés, la quantité de sang perdu prend des proportions croissantes, sa profusion devient extrême, si bien que dans les cas graves, rares par bonheur, les époques menstruelles finissent par se toucher et se confondre. Nous avons vu à la Charité, dans le service de X. GOURAUD, une femme mitrale qui, depuis deux ans, avait été prise à peu près en même temps de palpitations, d'essoufflements et de ménorrhagies ; elle prétendait qu'on aurait pu la suivre à la trace et fut obligée de rester couchée pendant deux mois pour une perte qui ne tarissait pas.

D'habitude, le sang est rouge, franchement coloré, son émission est mêlée de caillots et pendant les premiers jours, après la fin de son écoulement, il peut persister un flux séreux. Les souffrances qui accompagnent l'hémorrhagie sont des plus variables ; tantôt les malades accusent une simple pesanteur dans le petit bassin, tantôt les règles sont annoncées quelques jours à l'avance par une douleur de plus en plus vive, jusqu'au moment où l'éruption du sang amène une détente, un apaisement ; cette *dysménorrhée congestive* assez fréquente est susceptible, d'après GOURAUD, de provoquer une *névralgie lombo-abdominale* plus ou moins marquée. Soumise au repos, à un traitement rationnel, la patiente voit son état s'améliorer, puis reprend ses occupations et de nouveau se plaint de rechutes, les unes insignifiantes, les autres sérieuses. Après de nombreuses péripéties, elle arrive à la ménopause ou à l'asystolie et passe par des phases de bonne santé, d'aménorrhée, d'hémorrhagies, qui alternent et se coupent au fur et à mesure qu'évolue la cardiopathie. Souvent aussi une lésion utérine concomitante, métrite chronique, fibrome, phlegmasie, occasionne dans la période intermenstruelle de véritables métrorrhagies d'autant plus tenaces qu'elles subissent l'action du cœur ; l'utérus gros, lourd, saignant au moindre contact, devient alors un *utérus cardiaque*.

D'après quelques auteurs un flux utérin abondant sans être excessif aurait dans certaines circonstances une action plutôt favorable. Pour PETER les pertes utérines, comme les hémorrhédales et les épistaxis, jouent parfois le rôle de crise ou mieux de décharge à l'égard de la circulation. C'est aussi l'opinion de F. NIGEL STARCK ; il est des cas, dit-il, où l'hémorrhagie devient profitable, elle prévient

la congestion d'autres organes, et l'utérus soulageant la tension vasculaire agit comme une soupape de sûreté.

4° FAUSSES UTÉRINES ET CARDIOPATHIES A LA MÉNOPAUSE. — La ménopause, écrit DUROZIEZ, est *précoce* chez les *mitrales*, *tardive* chez les *aortiques*. Tout en admettant la statistique de DUROZIEZ et ses conclusions, il nous semble, pour expliquer cette règle, que l'on peut invoquer aussi l'aménorrhée de l'asystolie permanente (ménopause précoce) plus hâtive chez la mitrale, et d'autre part l'apparition à la ménopause de l'artério-sclérose (ménorrhagies tardives) qui entre pour une grande part dans l'étiologie des affections aortiques. L'artério-sclérose atteint le cœur, mais se manifeste aussi sur les artères utérines : de là deux classes de métrorrhagies fort importantes à connaître, car c'est le moment critique où la femme est terrifiée par une perte qui signifie toujours pour elle tumeur maligne ou affection grave. Ces métrorrhagies semblent différer des précédentes en ce qu'elles ont parfois des retours moins périodiques ; leur apparition subite comporte surtout une question de diagnostic différentiel, et il ne faut pas oublier qu'à leur tour elles aggravent une lésion utérine concomitante.

5° FAUSSES UTÉRINES ET CARDIOPATHIES APRÈS LA MÉNOPAUSE. — Après la ménopause, on voit, à un âge même avancé, survenir des *pertes utérines* que rien n'explique : au milieu d'une étiologie complexe, quelques-unes d'entre elles relèvent peut-être de l'*artério-sclérose*, et chez une femme de plus de soixante-dix ans, myocarditique et albuminurique, nous avons cru pouvoir songer à cette hypothèse en l'absence de toute lésion utérine ; la patiente est morte deux ans après sans avoir présenté de nouveaux accidents du côté de la matrice. Lorsque l'on constate une lésion valvulaire, quelle que soit son origine, l'influence du cœur devient plus vraisemblable. On trouve citée partout l'observation rapportée par ARAN et de SCANZONI : une femme de soixante-quatre ans, après une sorte de ménopause qui dura de quarante-huit à cinquante-deux ans, présenta un écoulement sanguin revenant toutes les trois ou quatre semaines et qui dura jusqu'à la mort. Cette femme avait une insuffisance et une sténose mitrales. L'autopsie permit de constater les troubles circulatoires que les lésions du cœur avaient provoqués dans le système de la veine cave inférieure, et ces troubles étaient bien la seule cause de l'hémorrhagie, car les ovaires atrophiés ne

montraient aucune trace de la maturation récente d'un ovule : l'utérus était grossi et la muqueuse congestionnée.

Cet exemple est loin d'être unique, nous en connaissons et nous en avons retrouvé plusieurs autres.

6° DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de ces métrorrhagies d'origine cardiaque n'offre pas de grandes difficultés. Le tout est d'y songer, et de rechercher si l'action du cœur n'intervient pas dans la genèse des pertes s'échappant d'un utérus sain ; et même lorsque la matrice ou les annexes sont malades, il est bon de vérifier si l'hémorrhagie n'est pas entretenue ou exagérée par une lésion valvulaire. Cependant, on a décrit des cardiopathies, des asystolies d'origine utéro-ovarienne, que l'étude des symptômes et des commémoratifs évitera de confondre avec un utérus cardiaque. Avec les métrorrhagies se montrent aussi d'autres complications dont il faut connaître les rapports avec la même cause première. Parmi ces accidents favorisés par la congestion prolongée, nous nous contenterons d'indiquer le *catarrhe utérin* déjà signalé par ARAN, la *métrite chronique*, l'*infection de l'utérus et des annexes*, les *déviation*s : les *règles supplémentaires ou déviées* surtout du côté du poumon ne sont pas rares. Enfin, il ne faut pas oublier les dangers d'une *grossesse intercurrente*.

## V

## Fausses utérines et affections du sang

Certaines jeunes filles se présentent à notre examen avec tous les traits de la chlorose ; elles sont pâles, facilement essouffées, nerveuses, elles souffrent de l'estomac et accusent des troubles menstruels. Nous les auscultons et nous sommes tout surpris d'entendre à la pointe du cœur, les signes d'un rétrécissement mitral net. Ces jeunes filles sont atteintes de fausse chlorose, ou plutôt de *chlorose cardiaque* suivant l'expression de GERMAIN SÉE. Les phénomènes acoustiques du rétrécissement mitral auraient pour carac-



téristique de disparaître puis réapparaître à quelques jours d'intervalle (MATHIEU), et G. SÉE n'admet pas l'œdème des membres inférieurs en dehors des lésions valvulaires, affirmation, du reste, trop exclusive. Mais ce qui nous intéresse bien plus, c'est que la chlorose cardiaque provoque des accidents génitaux qui ne dépendent en aucune sorte de lésions utéro-ovariennes, et dont il faut chercher la cause dans le rétrécissement mitral : puberté difficile, alternatives d'aménorrhée et de dysménorrhée, et souvent pertes excessives, ménorrhagies qui achèvent de décolorer la malade. Nous avons insisté plus haut sur tous ces phénomènes.

La vraie *chlorose* s'accompagne avec une telle fréquence de perturbations menstruelles qu'une des plus anciennes théories attribuait à la rétention des règles l'étiologie des « pâles couleurs ». L'aménorrhée marque le début de l'affection chez de nombreuses filles et la réapparition du sang est d'un pronostic excellent ; l'éruption d'un liquide à peine coloré produit parfois les douleurs dysménorrhéiques les plus vives, et, dans la période intercalaire, s'établit presque toujours une leucorrhée plus ou moins épaisse.

Sous le nom de *chlorose ménorrhagique*, TROUSSEAU a décrit une variété de la maladie où surviennent chaque mois des hémorrhagies qui prennent volontiers un caractère de gravité : état déplorable, syncopes fréquentes, matelas transpercés par l'écoulement sanguin, menstrues d'une abondance exagérée et d'une durée fort longue, voilà ce que nous lisons dans les observations de TROUSSEAU, de THIÉROLOIX, de BOUTON, de GAULIEUR L'HARDY. De nos jours, l'œuvre de TROUSSEAU a été démembrée.

Nous admettons encore une chlorose ménorrhagique proprement dite, sans lésions génitales ; mais chez les chlorotiques nous connaissons aussi des métrorrhagies par *métrite virginale*, et des métrorrhagies par *hyperplasie sexuelle* ou par *hypoplasie sexuelle* (la sténose du col est une cause courante de la métrite des vierges) ; enfin certaines pertes dépendent d'une *chlorose dyspeptique*. Depuis quelque temps on a émis sur la pathogénie de la chlorose des hypothèses fort séduisantes, mais bien qu'elles touchent en partie aux fausses utérines, nous préférons, pour éviter des redites, aborder ce sujet plus loin, aux chapitres de la puberté et de l'opothérapie ovarienne.

Au cours des diverses *anémies*, c'est encore l'aménorrhée qui domine même dans l'*anémie pernicieuse*, où il arrive de constater diverses hémorrhagies muqueuses et cutanées ; de même, à la suite

de pertes sanguines répétées, de saignées copieuses, on voit les règles se suspendre pendant un ou plusieurs mois. Au contraire chez les *hémophiliques*, le flux utérin acquiert une abondance et une durée qui aggravent un état général souvent précaire. A plusieurs reprises ont été signalées dans le *scorbut* et dans la *leucocythémie* des métrorrhagies répétées, et les anciens ne manquaient pas de ranger les maladies de la *rate* parmi les causes des hémorrhagies de la matrice.

## VI

## Fausses utérines et lymphatisme

S'étonnera-t-on de nous voir parler du *lymphatisme* à propos des maladies du sang et de l'appareil circulatoire ? Peut-être. Les lymphatiques, d'une puberté lente à s'établir et plus tardive que chez les arthritiques, sont sujettes à des irrégularités menstruelles « sans qu'elles en souffrent, sans que l'organe utéro-ovarien soit lésé ; pour nombre d'entre elles, la période intercalaire atteint normalement 32 à 33 jours » (Mme GUÉNOR). Elles ressentent les douleurs du molimen moins vivement que les neuro-arthritiques, mais restent plus fatiguées après l'écoulement.

Une leucorrhée, qui s'installe avec facilité et rend menaçantes toutes les infections secondaires, constitue une complication ennuyeuse et tenace de la scrofule et du lymphatisme.