

catgut, ou, simplement, par le tamponnement antiseptique du vagin.

O. PONCTION EXPLORATRICE. — On l'emploie en cas d'incertitude sur la nature d'une tumeur abdominale ou pelvienne. Elle se fait par la paroi abdominale ou par le vagin, au moyen de l'aiguille tubulée de l'appareil aspirateur de Potain ou de Dieulafoy (1).

Le liquide recueilli est du sang, du pus, ou de nature indéterminée. En ce dernier cas, l'examen chimique et microscopique donnera les renseignements voulus.

P. LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. — L'incision de l'abdomen, dans un but de diagnostic, n'est justifiée qu'en dernière analyse, quand tous les autres moyens d'investigation laissent encore des doutes.

Il est vrai que le diagnostic des lésions pelviennes est souvent très délicat, impossible même à établir dans son intégrité, autrement que *de visu*. La laparotomie exploratrice n'est alors « que le premier temps d'une intervention plus complète, qui est la fin probable ou désirée de l'acte chirurgical ». (Richelot.) Mais il ne faut ouvrir le ventre que sur la garantie d'un diagnostic clinique aussi précis que possible.

La technique est la même que pour la laparotomie en général, et requiert le même luxe de précautions. L'incision devra être faite aussi petite que possible, quitte à être agrandie ensuite pour les besoins de l'opération curative.

(1) Se reporter, pour la technique, à la 2^e partie.

LIVRE II

TROUBLES FONCTIONNELS

CHAPITRE PREMIER

TROUBLES DE LA MENSTRUATION

I. — Menstruation normale.

Avant de parler des troubles de la menstruation, nous croyons utile de donner un court aperçu de cette fonction, à l'état physiologique.

La *menstruation*, sans préjuger de sa *physiologie intime*, est caractérisée par l'*écoulement sanguin, périodique et temporaire, qui se produit chez la femme pubère*.

Puberté. — C'est vers quinze ans (de douze à seize) que, dans nos climats, se manifestent les premières règles, avec les autres symptômes de la *puberté*. La date de leur apparition tient à des causes générales ou individuelles : races, climat, latitude, rang social, mode d'éducation, d'alimentation, occupations habituelles, constitution, hygiène en général, etc. On a observé exceptionnellement l'écoulement menstruel dès la naissance ou, plus souvent, dans les premières années de la vie (*menstruation précoce*). Cette précocité semble sans influence sur l'évolution ultérieure de la fonction ; on aurait remarqué cependant une certaine coïncidence entre cette anomalie, d'une part, le cancer (P. Bernard), et le retard de la *ménopause*, d'autre part.

Ménopause. — Celle-ci survient vers quarante-six ans, en moyenne, ce qui implique, pour la vie génitale de la femme, une durée ordinaire de trente à trente-deux ans. Mais, ici encore, les exceptions ne sont pas rares de *cessation anticipée*, et, surtout, de *continuation tardive*. Abstraction faite des métrorrhagies symptomatiques d'affections utérines, prises pour des règles et survenant au delà de l'âge habituel de la ménopause, il y a des faits incontestables et

assez nombreux de règles véritables persistant jusqu'à cinquante-cinq, soixante et même soixante-dix ans (A. Emmet).

En pratique, ces écoulements tardifs, malgré leur apparente périodicité, doivent être considérés comme suspects.

On a vu, d'autre part, la ménopause *précoce* survenir à quarante, trente et même vingt-sept ans.

Quel est le mécanisme *physiologique* de la menstruation ?

Nous ne pouvons faire ici l'exposé ni la critique des théories émises à ce sujet. Nous dirons cependant que la théorie classique de l'ovulation (Négrier, Coste, Bischoff, etc.), avec ses dérivés et ses diverses interprétations (Pflüger, Löwenthal, etc.), est fortement battue en brèche (Beigel, de Sinéty, L. Tait, etc.); on a même été jusqu'à nier toute corrélation entre l'ovulation et la menstruation (Reeves Jackson, L. Tait), ce qui est excessif.

Nous admettons, pour le moment, avec de Sinéty, que « l'ovulation et le flux menstruel sont deux phénomènes ordinairement connexes, mais non liés nécessairement l'un à l'autre ».

Du reste, nulle des théories plus récentes n'a pu encore se substituer victorieusement à l'ancienne (1).

C'est la muqueuse du corps de l'utérus qui subit, pendant la menstruation, les modifications les plus profondes. Léopold les résume ainsi : hypertrophie et œdème congestif de la muqueuse; modifications des glandes qui sont hypertrophiées, allongées, sinueuses; les espaces lymphatiques sont dilatés; tout le stroma est infiltré d'éléments embryonnaires et on trouve, à sa surface, des cellules géantes. L'issue des globules rouges se fait par diapédèse et par rupture du réseau vasculaire superficiel (de Sinéty). On a cru qu'il se produisait, à chaque époque, une desquamation totale ou superficielle de la muqueuse; mais les recherches de Kündrat, Léopold, Maricke, de Sinéty, ont démontré qu'elle persiste dans toute son épaisseur. Il y aurait bien sécrétion exagérée de la muqueuse de l'utérus et des trompes, mais pas de modifications dégénératives (James Oliver).

(1) Celle qu'a récemment émise F. Byron Robinson (*Amer. Journ. of obst.*, 1891, n° 9) mérite toutefois d'être signalée, en ce qu'elle explique, tout à la fois, l'écoulement du flux cataménial et sa périodicité.

D'après l'auteur, il existerait, dans les parois de la trompe et de l'utérus, de petits ganglions, qu'il appelle *ganglions automatiques de la menstruation* et qui, fonctionnellement analogues à ceux de Bidder, de Schmidt, de Ludwig, de Remack, aux plexus d'Auerbach et de Meissner, président au fonctionnement rythmique, périodique, de l'utérus et de la trompe. Son assertion est basée sur des expériences de physiologie comparées, et sur des recherches anatomiques. Les ganglions en question seraient parfois visibles avec une forte loupe; les filets sympathiques qui en émanent se rendraient aux trompes et au corps de l'utérus, tandis que les filets dépendant du plexus sacré innerveraient plus spécialement le col.

La muqueuse tubaire subit des modifications identiques; celle du col utérin ne fait que sécréter davantage.

La *quantité de sang* qui s'écoule à chaque menstruation varie, pour chaque femme, et peut différer, chez la même, d'un mois à l'autre: on l'évalue à une moyenne de 100 à 300 centimètres cubes.

Au *début* et à la *fin* de la période, le sang est mélangé de mucus et présente une coloration moins vive. Dans la période d'*état*, il a les caractères du sang veineux; chargé d'acide carbonique et additionné de mucus, il a peu de tendance à *se coaguler*; néanmoins, s'il transsude abondamment et séjourne dans la cavité, il forme des caillots dont l'expulsion provoque des coliques. Son *odeur spéciale* est due aux altérations qu'il subit, grâce à la lenteur de son écoulement et à son mélange aux sécrétions vaginales; cette odeur est, du reste, d'autant moins prononcée que la femme est plus soigneuse d'elle-même.

Le bon sens et l'observation ont depuis longtemps fait justice des préjugés anciens qui attribuaient au sang menstruel des propriétés nuisibles; cependant Barnes admet, en cas de rétention, une sorte de *toxémie menstruelle*, par résorption du sang altéré, et analogue à certains faits de fièvre puerpérale autogénétique.

Tout le système génital: ovaires, ligaments larges, vagin, vulve, seins, participe à la congestion menstruelle.

Au moment de la première menstruation, l'organisme subit des modifications profondes dont l'ensemble constitue la *puberté*. Le bassin s'élargit, les poils apparaissent sur le pubis; les seins et le corps thyroïde se développent, etc.

L'apparition du sang peut se produire sans prodromes chez les jeunes filles bien équilibrées et les surprendre en pleine santé. Le plus souvent toutefois, et surtout dans les villes, elle est précédée de lassitude, de pesanteur pelvienne et lombaire, de céphalalgie, de bouffées de chaleur, de vertiges, de modifications dans l'humeur, de besoins plus fréquents d'uriner, de prurit vulvaire, de gonflement douloureux des seins, etc. Tous ces malaises s'atténuent dès que l'écoulement commence, ou bien persistent pendant toute sa durée.

Une fois établies, les règles reparissent tous les vingt-huit ou trente jours, pendant toute la période génitale de la femme, avec le même cortège de signes généraux et locaux, plus ou moins marqués. Ceux-ci, dans leur ensemble, réalisent ce qu'on a appelé le *molimen menstruel* et justifient l'expression familière des femmes: « *Je suis indisposée.* »

Il n'est pas rare de voir se produire, à l'occasion de règles, parfaitement normales d'ailleurs, des manifestations cutanées pério-

diques, telles que des poussées d'herpès, d'acné, d'urticaire, de pemphigus, d'eczéma, d'érysipèle, etc., parfois aussi de l'amygdalite subaiguë (Genet), de la parotidite (Habran), un gonflement exagéré du corps thyroïde (Plet).

Pendant cette période, les femmes doivent éviter les changements brusques dans leur genre de vie habituel, les émotions vives, l'impression, locale ou générale, du froid, le coït, toute cause, même légère, d'infection, la muqueuse utérine se trouvant alors dans des conditions particulièrement favorables de *réceptivité*.

L'aménorrhée, dans sa signification la plus rigoureuse, est l'absence complète de transsudation sanguine périodique par la muqueuse utéro-tubaire. Cette définition exclut les cas de rétention du flux menstruel par obstacle mécanique.

L'aménorrhée est *physiologique* avant la puberté et après la ménopause, pendant la grossesse et la lactation.

Les hémorragies intermittentes qu'on observe parfois au début, ou même dans le cours de la gravidité, tiennent à une transsudation congestive ou à une lésion organique du col ou du corps de l'utérus, et n'ont jamais rigoureusement les caractères de périodicité, de durée, de quantité ou de qualité, des règles véritables. Celles-ci reparassent, en général, vers le quarante-cinquième jour après l'accouchement, si la mère ne nourrit pas (*retour de couches*).

Pendant l'allaitement, les exceptions à l'aménorrhée normale sont beaucoup plus fréquentes: il n'est pas rare de voir des nourrices, très bonnes d'ailleurs, réglées à partir du sixième ou du huitième mois, ou même dès l'époque habituelle du retour de couches. Le lait, dans ces conditions, est seulement moins riche en matières grasses (Raciborski) et les chances de fécondation nouvelle sont accrues.

II. — Aménorrhée pathologique.

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — Les causes de l'aménorrhée *pathologique* relèvent: des organes génitaux, de l'état général ou du système nerveux.

a. *Causes d'origine génitale*. — L'aménorrhée *permanente et spontanée* tient ordinairement à un arrêt de développement de la totalité, ou d'une partie, de l'appareil génital.

Les *affections utérines* produisent plutôt des ménorrhagies ou de la dysménorrhée: l'aménorrhée peut cependant s'observer dans certaines formes scléreuses, et même fongueuses (Hunter), de métrite, et en cas de superinvolution.

De même, les affections *des ovaires* ne produisent guère l'aménorrhée que dans le cas de dégénérescence absolue.

La *suppression chirurgicale de la totalité des deux ovaires entraîne la ménopause artificielle immédiate ou à brève échéance*: telle est l'opinion généralement admise. Les faits, assez nombreux, de continuation momentanée ou définitive de la menstruation, après l'ablation bilatérale des ovaires, s'expliquent, soit par la présence d'un ovaire surnuméraire ou d'un fragment de tissu ovarien qui aurait échappé à l'exérèse, soit par la persistance de lésions utérines, soit par une sorte d'habitude organique, etc.

Pour ce qui est de la suppression fonctionnelle ou chirurgicale des trompes, il est impossible de rien conclure des observations diamétralement contradictoires qui ont été publiées (L. Tait, Lucas Championnière, etc.).

Les affections pelviennes, en général, ne produisent que rarement l'aménorrhée.

Enfin, on l'observe parfois, pendant un mois ou deux, après le curetage et, d'une façon définitive, après les cautérisations avec les bâtonnets de chlorure de zinc.

b. *Causes d'ordre général*. — Toutes les affections aiguës et chroniques susceptibles de retarder le développement des organes génitaux, de modifier l'état du sang, de débilitier profondément l'organisme, peuvent produire l'aménorrhée. Ainsi agissent, à des degrés divers: la *chlorose*, la *scrofule*, l'anémie, la tuberculose (au début comme à la période cachectique), les maladies typhoïdes, l'albuminurie, le diabète, les cachexies diverses, médicales ou chirurgicales, certaines intoxications (alcoolisme, morphinisme), l'obésité, la syphilis.

Il faut compter encore avec les déficiences de l'hygiène: claustration, défaut d'air, de lumière et d'exercice, surmenage intellectuel ou physique, nourriture insuffisante ou changement brusque dans l'alimentation, etc., etc.

c. *Causes d'origine nerveuse*. — Elles agissent par inhibition ou par perturbation vaso-motrice et ne produisent ordinairement qu'un arrêt transitoire de l'écoulement menstruel.

Une émotion vive, quelle qu'en soit la nature, un refroidissement subit, portant sur les organes génitaux ou sur tout le corps, le *shock opératoire*, etc., déterminent parfois un arrêt brusque des règles en cours, ou bien, agissant en dehors de la période menstruelle, peuvent produire ultérieurement l'aménorrhée. L'hystérie, l'épilepsie, certaines formes d'aliénation mentale et de myélites comptent l'aménorrhée parmi leurs symptômes. Enfin elle peut

avoir pour cause la suggestion directe ou une sorte d'autosuggestion, par crainte ou désir excessif d'une grossesse (Raciborski). Elle se borne le plus souvent, dans ces cas, à un simple retard.

SYMPTÔMES. — L'aménorrhée, à moins qu'elle ne soit congénitale, s'établit, suivant sa cause, insensiblement, par diminution progressive, puis arrêt de la fonction; ou brusquement, au milieu même d'une période.

Que le trouble soit permanent ou transitoire, l'époque menstruelle peut passer inaperçue, être signalée simplement par le *molimen menstruel*, ou donner naissance à des troubles éloignés et divers : exanthèmes cutanés ou muqueux, que nous avons énumérés déjà, nervosisme exagéré, allant jusqu'aux crises convulsives, perturbations sensorielles (Abadie, Dehenne, etc.), paraplégie (Bowe, etc.).

L'écoulement sanguin est parfois remplacé par des *sécrétions supplémentaires* : leucorrhée, diarrhée, galactorrhée (Jones), hyperhydrose.

Enfin, il peut se faire périodiquement, sur d'autres points du corps, des *règles déviées* (*menstruation vicariante, supplémentaire*). Les muqueuses, nasale, bronchique, gastrique, rectale, en sont le siège le plus fréquent. Exceptionnellement, on les a vues se produire par l'oreille, ou à la surface d'une tumeur, d'une plaie cutanée. Bien que beaucoup de cas de ce genre soient sujets à révision, il en est de trop bien observés pour être mis en doute.

PRONOSTIC ET MARCHÉ. — L'aménorrhée n'est souvent qu'un simple retard de quelques années dans l'apparition des règles et tient alors à un retard de développement; la menstruation s'établit ensuite régulièrement.

Permanente, elle n'est pas incompatible avec une santé d'ailleurs parfaite, ni même avec l'aptitude à la fécondation et à la gravité. On a vu des femmes conduire à terme des grossesses successives sans avoir jamais été réglées et cesser alors, ou continuer, d'être aménorrhéiques.

Accidentelle, son pronostic varie avec sa cause : elle n'est souvent qu'un phénomène négligeable ou même heureux, *en soi*, dans les affections consomptives, mais indique toujours un trouble profond de l'économie.

D'origine *émolive*, elle est quelquefois de courte durée et peut cesser brusquement, comme elle est survenue, sous l'influence d'une cause analogue à celle qui l'a produite.

DIAGNOSTIC. — L'aménorrhée ne peut être confondue qu'avec la *rétention mécanique* des règles, par imperforation ou obstruction

des voies génitales, cause d'erreur facilement écartée, d'ailleurs, par l'examen direct.

Chez une jeune femme ou une jeune fille, antérieurement bien réglée et d'ailleurs bien portante, la suppression des règles devra tout d'abord faire songer au *début d'une grossesse*, dont on recherchera les autres signes de probabilité.

La menstruation était-elle irrégulière et la femme, en puissance d'une affection chronique, le diagnostic peut être beaucoup plus difficile et l'on est parfois obligé d'attendre, pour accepter ou rejeter l'idée de la grossesse. Il ne faut pas oublier les faits de *grossesse nerveuse*, par désir excessif ou par crainte de la conception.

Si l'aménorrhée est réellement *pathologique*, il importe d'en déterminer la *cause*. La solution du problème est généralement facile. Le plus souvent, on se trouve en présence d'une jeune fille pâle, gracile, lymphatique ou nerveuse, présentant des stigmates de scrofule, mal nourrie ou mal logée, surmenée de travail physique ou intellectuel dans un atelier ou une pension. Le trouble menstruel tient alors, soit à un développement incomplet de l'appareil génital, ce qu'on peut vérifier par l'examen direct sous le chloroforme, soit au mauvais état général, soit à ces deux causes réunies.

Quand l'aménorrhée s'accompagne de symptômes pelviens, elle est associée à une lésion utérine ou péri-utérine, que les antécédents et l'exploration locale feront reconnaître.

Quant aux *déviations des règles*, pour être caractéristiques, elles doivent être périodiques et coïncider avec le *molimen menstruel* et l'absence d'écoulement sanguin par les voies génitales.

TRAITEMENT. — Il doit répondre, avant tout, aux indications *causales*. L'aménorrhée est-elle symptomatique d'une affection utérine ou péri-utérine? C'est à cette affection qu'il faut s'attaquer tout d'abord.

S'agit-il d'une jeune fille chlorotique, placée dans des conditions défectueuses d'hygiène, et présentant un défaut de développement ou d'activité de l'appareil utéro-ovarien? On conseillera une bonne nourriture, les promenades au grand air, la gymnastique, l'hydrothérapie, le massage, les frictions alcooliques, les toniques (fer et arsenic), les inhalations d'oxygène, l'électricité statique (Bigelow).

Les emménagogues : rue, sabine, safran, apiol, acides oxalique et salicylique, oxalate de cérium, permanganate de potasse, etc., ne doivent être employés qu'avec ménagement.

Chez les femmes mariées, l'application intra-utérine de cou-

rants faradiques, ou mieux, continus, peut rendre des services.

Chez les pléthoriques ou les obèses : régime approprié, emménagogues, électricité, révulsifs sur la colonne vertébrale et sur les cuisses au moment présumé des règles, bains de pieds et bains de siège chauds, scarifications du col.

On pourra encore essayer du cathétérisme répété, de la dilatation, du curettage, des applications intra-utérines de teinture d'iode, des badigeonnages iodés du bas-ventre et du col.

Dans les cas d'affections consomptives, le traitement de l'aménorrhée se confond avec celui de la maladie principale.

Les emménagogues, les drastiques, les révulsifs sur les membres inférieurs, réussissent assez souvent contre l'aménorrhée *a frigore* ou d'origine émotive, qui peut cesser spontanément sous l'influence d'une émotion nouvelle.

Les excitations sexuelles suffisent parfois à hâter le développement de l'appareil génital et à régulariser son fonctionnement. Enfin, il est des cas parfaitement justiciables de la suggestion.

Il faut toujours tâcher de ramener par les moyens sus-indiqués, dans ses voies normales, le flux menstruel dévié vers une autre muqueuse ou vers la peau.

III. — Ménorrhagie.

La ménorrhagie est l'excès, en durée ou en quantité, de l'écoulement menstruel et diffère de la métrorrhagie en ce que celle-ci se produit à intervalles irréguliers.

Si l'on s'en rapporte au tableau de P. Dubois, on voit que la menstruation régulière peut durer de un à douze jours. En présence d'une telle variabilité, à l'état normal, il faut donc, pour apprécier le trouble menstruel, se baser sur une moyenne clinique spéciale à chaque malade, plutôt que sur une définition rigoureuse et générale.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — Il n'y pas, à proprement parler, de ménorrhagie essentielle : on ne peut donner ce nom aux règles dont la durée dépasse la moyenne chez certaines femmes très bien portantes d'ailleurs.

La ménorrhagie tient à des causes générales ou locales :

a. Causes générales. — Ce sont toutes les maladies dyscrasiques : scorbut, purpura, maladie de Werloff, ictère grave, intoxications, mal de Bright, etc. ; celles qui entraînent des troubles circulatoires : maladies du cœur, du foie, des reins, tumeurs.

La scrofule prédispose les muqueuses en général, et la muqueuse

utérine en particulier, à l'hyperplasie et aux transsudations sanguines.

L'invasion de certaines pyrexies, des pyrexies exanthématiques surtout, coïncidant avec le voisinage des règles, augmente la durée et l'abondance de celles-ci (métrostaxis, épistaxis utérine de Gubler dans la fièvre typhoïde).

La pléthore, la polysarcie, la chlorose, l'anémie, la tuberculose, etc., produisent, suivant les cas, ou alternativement, l'aménorrhée et les ménorrhagies.

Enfin, on a encore vu celles-ci provoquées par l'allaitement (Londe), la fatigue, les émotions et, en dehors de toute affection locale, par la venue de la puberté ou les premières excitations sexuelles.

b. Causes locales. — Les affections utérines et péri-utérines, prises dans leur ensemble ont, comme symptôme à peu près constant, la ménorrhagie et la métrorrhagie, qu'il s'agisse d'action réflexe, de stase veineuse, ou d'une modification pathologique de la muqueuse utérine. On peut dire que les deux tiers des cas sont de cette dernière catégorie.

SYMPTÔMES. — Le sang, plus copieusement excrété, a plus de tendance à se coaguler et l'expulsion des caillots provoque des coliques. La durée et l'abondance de l'écoulement sont, du reste, éminemment variables chez les différentes femmes et, chez la même, aux diverses époques. Il peut arriver à constituer en lui-même une véritable maladie périodique et produire l'anémie, avec toutes ses conséquences, d'autant plus qu'il s'associe souvent à des métrorrhagies. Parfois, au contraire, il joue le rôle d'une saignée favorable : ainsi en est-il chez les pléthoriques et les cardiaques.

Il n'y a pas d'anatomie pathologique propre à la ménorrhagie. On se reportera donc, pour chaque cas particulier, aux lésions de l'affection en cause. Le plus souvent, il y a coexistence d'endométrite.

PROGNOSTIC. — Il est évidemment subordonné à la protopathie. Cependant, les ménorrhagies aggravent quelques-unes des maladies qui leur donnent naissance, comme la chlorose et l'anémie. De plus, elles diminuent l'aptitude à la fécondation et prédisposent à l'avortement.

DIAGNOSTIC. — Il n'y a vraiment ménorrhagie que si l'écoulement sanguin exerce, par son abondance, une influence fâcheuse sur la santé et s'il se reproduit périodiquement.

Lorsque la ménorrhagie est associée aux métrorrhagies, les

malades elles-mêmes ne sont pas toujours en état de reconnaître l'époque réelle de leurs règles.

Le diagnostic doit être avant tout *étiologique*. C'est vers l'utérus que se dirigeront d'abord les investigations et, dans l'immense majorité des cas, on trouvera, dans cet organe ou ses annexes, la cause de la ménorrhagie. Si l'examen local reste négatif, on recherchera l'affection générale à incriminer.

TRAITEMENT. — a. *Le traitement actuel* a pour but de parer aux dangers immédiats ou prochains d'une perte excessive. Dans ce but, on conseille : le repos absolu, dans le décubitus dorsal, la tête basse et le siège élevé ; les irrigations vaginales froides, à condition qu'elles soient continues, ou mieux, chaudes (40 à 48°), prolongées et répétées, additionnées, au besoin, de perchlorure de fer ; l'application d'une vessie de glace sur l'abdomen ; l'ergot, par la bouche, ou ses dérivés, en injection hypodermique ; l'infusion de feuilles de digitale (10 centigr. pour 1 litre d'eau en vingt-quatre heures (Gallard) ; l'extrait fluide d'*Hydrastis canadensis*, l'antipyrine, le perchlorure de fer, etc. (voir : *Traitement des fibromes*).

Si ces moyens sont insuffisants, on peut recourir au tamponnement vaginal antiseptique et méthodique, à la dilatation utérine qui donne parfois, dès la première laminaire, un résultat inespéré et pourra servir de premier temps à un tamponnement intra-utérin ou à l'application de topiques hémostatiques dans la cavité utérine. On peut pratiquer, dans les cas graves, la ligature médiate et temporaire des artères utérines, à travers les culs-de-sac du vagin.

Ce n'est que très exceptionnellement, après échec des moyens précédents et des opérations intra-utérines, et pour des ménorrhagies symptomatiques de lésions sérieuses, que peut être autorisée l'intervention radicale de l'hystérectomie vaginale ou de la castration.

b. *Le traitement préventif* se confond avec celui de l'affection principale.

IV. — DYSMÉNORRHÉE.

Le terme *dysménorrhée* signifie : *menstruation difficile* et s'applique, d'une manière générale, aux cas où les malaises ordinaires de la menstruation prennent une intensité morbide.

ÉTILOGIE ET PATHOGÉNIE. — Nos connaissances sur la physiologie de la menstruation normale ne nous permettent encore que des hypothèses sur le mécanisme intime de certaines dysménorrhées. Ainsi en est-il pour celles qui ont leur origine en dehors de

l'utérus, soit dans les lésions annexielles, soit dans les maladies générales. D'autres, au contraire, s'expliquent facilement par une lésion de l'utérus. On peut donc, pour simplifier les anciennes divisions, un peu confuses, et, sans préjuger du mécanisme pathogénique, admettre trois variétés cliniques de dysménorrhée : la dysménorrhée d'*origine annexielle*, d'*origine utérine* et de *cause générale*. Ces trois variétés sont, du reste, souvent associées.

a. *Dysménorrhée annexielle (ovarienne)*. — Le retard dans le développement des ovaires, ou le défaut de parallélisme dans l'évolution de l'utérus et des annexes ; toutes les affections des ovaires et des trompes ; l'inflammation, récente ou ancienne, du péritoine pelvien, par l'influence secondaire qu'elle exerce sur ces organes (péριοovarite et pèrisalpingite) ; le varicocèle pelvien ; toutes les tumeurs et tuméfactions avoisinant l'utérus ; toutes ces causes, par le trouble qu'elles apportent, directement ou secondairement, à l'ovulation régulière, produisent une exagération ou une perturbation dans l'éréthisme de l'ovaire ou de l'utérus et, par suite, déterminent la dysménorrhée.

b. *Dysménorrhée utérine (mécanique, obstructive)*. — Elle dépend d'un obstacle, permanent, passager ou intermittent, apporté à l'écoulement du sang. Le spasme de l'orifice interne (M. Duncan) (*d. spasmodique*) ; la sténose congénitale ou acquise du col (cautérisations, tumeurs cervicales) ; les déviations, surtout les flexions et, en particulier, l'antéflexion, souvent associée au développement incomplet de l'organe, à la sténose du col et à l'hypéresthésie de la muqueuse ; les diverses variétés de *métrites*, en raison de l'hypertrophie de la muqueuse et de la surabondance de l'exsudation sanguine, ou bien, par la perte d'élasticité du tissu utérin et par les compressions nerveuses qui en résultent (*forme scléreuse, atrophie de l'utérus*) ; les tumeurs diverses (fibrome, cancer, polype intra-utérin), surtout celles qui siègent au voisinage de l'orifice interne et l'obstruent : ces diverses causes agissent, soit en diminuant le calibre du conduit cervico-utérin, soit en produisant un afflux de sang subit et disproportionné avec la voie d'écoulement, d'ailleurs normale. Les deux mécanismes vont, d'ailleurs, souvent de pair, de même que les lésions dont ils dépendent.

c. *Dysménorrhée de cause générale*. — Toutes les maladies générales capables de produire l'aménorrhée peuvent donner lieu, par des mécanismes divers, à la dysménorrhée.

Quant à la *dysménorrhée membraneuse*, c'est en réalité une forme de pseudométrite que nous étudierons ailleurs.

Les douleurs intermenstruelles, accompagnées, parfois, d'un

léger écoulement sanguin, et décrites sous le nom de *dysménorrhée intermenstruelle*, en France, de *Mittelschmerz* en Allemagne, ne sont qu'un symptôme de métrite.

SYMPTÔMES. — *Douleur et irrégularité de l'écoulement menstruel*: tels sont les deux symptômes caractéristiques de la dysménorrhée transitoire ou définitive: ils s'établissent, dès la première menstruation, ou à une époque quelconque de la vie.

La *douleur*, dans les formes liées à une lésion annexielle, apparaît, d'ordinaire, plusieurs jours avant l'écoulement, pour cesser ou s'amoindrir en même temps qu'il s'établit. Elle siège dans tout le bas-ventre, mais principalement au niveau des ovaires, et présente des irradiations multiples. Ses caractères se confondent avec ceux des lésions péri-utérines que nous décrirons ailleurs.

Lorsqu'elle est d'origine mécanique, elle se présente avec les caractères de coliques utérines intermittentes ou, plus souvent, continues avec exacerbations, et tellement intenses, parfois, que les malades se tordent et gémissent. Ces coliques débutent souvent aussi avant l'apparition du sang, et cessent alors, ou se continuent pendant un, deux jours, quelquefois même pendant toute la durée des règles. Elles peuvent augmenter progressivement d'intensité, à mesure que se fait plus abondante la transsudation ou la rétention du sang.

L'apyrexie est complète, à moins de réveil de lésions péri-utérines.

L'écoulement se fait péniblement, goutte à goutte ou s'accompagne de caillots, qui sont expulsés après une colique; il peut y avoir un arrêt de plusieurs heures, d'une journée. La durée totale des règles est prolongée ou considérablement abrégée.

On conçoit, étant données la diversité et la complexité des causes de la dysménorrhée, que son tableau clinique varie, pour ainsi dire, avec chaque malade. Elle s'accompagne parfois de ménorrhagie; dans d'autres cas, l'aménorrhée lui succède ou alterne avec elle.

Il n'est pas rare qu'elle s'accompagne, comme l'aménorrhée, de troubles nerveux réflexes ou psychiques, plus ou moins graves, soit transitoires (crises convulsives, hystériques ou épileptiques, nausées, vomissements, etc.); soit durables (troubles sensoriels, parésies diverses, hypochondrie, aliénation chez des prédisposées). L'hystérie, cause fréquente de dysménorrhée, peut aussi se développer sous son influence. Comme dans l'aménorrhée, on peut observer des exhalations sanguines ectopiques.

Enfin, la stérilité est fréquente (dans la moitié des cas, Sims) et un grand nombre des lésions organiques en cause produisent l'avortement.

Le mariage fait souvent disparaître la dysménorrhée lorsqu'elle tient à un retard de développement, tandis qu'il l'aggrave si elle dépend de lésions utérines ou péri-utérines.

DIAGNOSTIC. — La *névralgie lombo-abdominale* avec point utérin, exaspérée par la congestion menstruelle, est la seule affection qui puisse être prise pour la dysménorrhée véritable. Le diagnostic se fera, en dehors des périodes, par la constatation des points douloureux d'élection, notamment celui qui siège à l'union du corps et du col.

Il est souvent possible de reconnaître si le trouble est d'origine annexielle ou utérine. Dans la première hypothèse, il est rare qu'on n'observe pas, dans l'intervalle des règles, des douleurs pelviennes et les signes physiques d'une pelvipéritonite ancienne, d'une ovaro-salpingite, etc.; de plus, les douleurs dysménorrhéiques sont plus précoces par rapport à la période, et ont une localisation et une forme particulières.

Dans le second cas, la *colique utérine* est assez caractéristique; de plus, les douleurs n'apparaissent, avec quelque intensité, qu'à l'occasion des règles et peuvent manquer absolument dans leur intervalle. L'examen direct permet, du reste, de reconnaître, dans majorité des cas, la nature de l'obstacle qui contrarie l'écoulement.

S'il y a intégrité complète de tout l'appareil génital, on cherchera, dans l'état général actuel ou dans les antécédents, l'explication du trouble menstruel.

TRAITEMENT. — Il est *symptomatique* ou *curatif*.

a. *Traitement symptomatique.* — Au moment des époques, on combattra les manifestations douloureuses par des cataplasmes ou lavements laudanisés, le bromure, la teinture de Cannabis indica, le Viburnum, le piscidia, etc.; par des lavements de chloral, de valériane, de musc, d'asa fœtida; par des suppositoires à la morphine, à l'extrait de belladone ou de jusquiame, etc.; au besoin, par des injections hypodermiques de morphine, des inhalations d'éther ou de chloroforme, des injections chaudes, des scarifications du col, etc. L'antipyrine ne sera administrée que dans le cas où la dysménorrhée se complique de ménorrhagie. La suggestion peut être tentée et a donné des succès (Kobylinsky).

Les emménagogues, énumérés à propos de l'aménorrhée, peuvent également trouver ici leur indication et seront administrés quelques jours avant les règles: le permanganate de potasse, en pilules, à la dose de 15 à 60 centigrammes, jouit d'une grande vogue en Angleterre où on le considère comme un régulateur précieux de la menstruation.

Le traitement diététique et hygiénique, au cours et dans l'intervalle des règles, répondra aux indications particulières de chaque cas; il peut être curatif à lui seul, s'il s'agit d'un mauvais état général ou d'un retard dans le développement génital. Enfin, le mariage ou la fécondation sont parfois le signal de la guérison.

b. *Traitement curatif.* — Le *traitement curatif* est ordinairement chirurgical et varie avec l'indication causale.

1° *Traitement des lésions utérines et péritutérines.* — La dilatation progressive, la galvano-caustique négative, l'incision bilatérale du col, la stomatoplastie, le curettage, les applications intra-utérines de teinture d'iode, le redressement orthopédique ou chirurgical des déviations, l'excision de polypes, l'énucléation d'un petit fibrome, constitueront, suivant les cas, le traitement de choix de la dysménorrhée utérine. (Voir : *Métrite, déviations, sténose du col, etc.*)

Les lésions péri-utérines (périmétrite, ovaro-salpingite, tumeurs, etc.), s'accompagnent, en dehors de la dysménorrhée, de symptômes propres qui requièrent souvent, par eux-mêmes, un traitement spécial. La dysménorrhée existe-t-elle seule, c'est en grande partie sur son intensité et sa ténacité qu'on se guidera pour choisir entre le traitement palliatif et le traitement radical.

2° *Castration ovarienne (Battey) et utérine (Péan).* — La gravité des symptômes nerveux et psychiques qui compliquent quelquefois la dysménorrhée (épilepsie menstruelle, hystérie, manie), a fait agiter la question de produire la ménopause artificielle, en dehors de toute lésion génitale apparente. Battey et Hégar, simultanément, puis L. Tait et, à sa suite, bon nombre de chirurgiens ont résolu la question par l'affirmative, avec des résultats très différents, et, trop souvent, d'une manière abusive (1).

L'opération de Battey (*oophorectomie, ovariectomie normale, castration*) fait disparaître la dysménorrhée, mais non toujours les autres accidents, généraux ou locaux, auxquels elles s'adresse; l'heureux effet obtenu peut n'être du reste que temporaire et on a pu obtenir aussi bien par le simple simulacre de l'opération. Enfin, malgré les garanties actuelles de la chirurgie, cette opération comporte toujours un certain aléa et stérilise irrémédiablement la malade.

Cependant, elle compte à son actif des succès brillants et certains, et les accidents dysménorrhéiques sont tels, parfois, qu'aucun autre moyen ne saurait en avoir raison. Hégar voudrait que la castration fût restreinte aux cas de lésions ovariennes dûment constatées; mais cette constatation n'est pas toujours possible et il est

(1) Pichevin, *Les abus de la castration*, Thèse Paris, 1889.

plus difficile encore d'apprécier si la fonction est annihilée. D'autre part, une grossesse, chez cette dégénérée, aura-t-elle une heureuse issue? Est-elle désirable? (W. Goodell). Ne doit-on pas se tenir pour satisfait que l'ablation des annexes ne supprime pas l'appétit sexuel?

En présence de ces arguments contradictoires, et de la dissemblance des cas, il est difficile de formuler une règle générale de conduite.

Dans tous les cas, ce ne sera qu'après avoir épuisé la série des traitements conservateurs qu'on devra se poser la question de la castration. La solution dépendra alors de l'examen consciencieux et sans parti pris de chaque cas particulier et de l'analyse pondérée des symptômes rationnels plutôt que des signes physiques (Pozzi).

Péan estime supérieure à la castration ovarienne, la *castration utérine vaginale*, comme supprimant plus sûrement le point de départ des réflexes à combattre, et Pozzi, s'appuyant sur deux succès, admet, comme Brennecke, que l'hystérectomie entraîne une atrophie rapide des ovaires. Cependant Grammatikali a vérifié expérimentalement, sur des lapines et sur la femme, ce fait, soupçonné déjà par Hofmeier, que les ovaires restent en plein fonctionnement après la suppression de l'utérus. Après la castration ovarienne, le centre lombaire ne fonctionne plus qu'automatiquement et s'éteint bientôt; après l'hystérectomie, au contraire, si on laisse les ovaires en place, on observe non seulement le *molimen menstruel*, ainsi que le fait a lieu souvent (50 p. 100 des cas, Glaevecke), après la castration, mais encore des troubles graves et de longue durée. Comme conséquence pratique, Grammatikali conseille, dans l'hystérectomie, de supprimer les ovaires chez les femmes jeunes. Après la ménopause, ce complément d'opération est indifférent.

V. — Troubles de la ménopause.

La menstruation cesse, comme nous l'avons dit, entre quarante-cinq et cinquante ans; l'écoulement devient de moins en moins abondant, manque quelquefois, puis se supprime définitivement sans autre trouble, d'ailleurs. Cette suppression peut reconnaître comme cause occasionnelle un refroidissement, une impression morale vive.

Une fois la ménopause effectuée, les muqueuses génitales pâlis-

(1) Grammatikali, *Wratch*, 1872, n° 1.

sent, la vulve se flétrit, les poils blanchissent et tombent, les mamelles s'affaissent. Un processus d'atrophie par sclérose envahit l'appareil génital tout entier.

Cette période de transition n'est pas sans déterminer quelques troubles parallèles à ceux qui ont signalé l'établissement de la puberté (*âge critique*). Chez les femmes bien portantes par ailleurs, ils sont légers et éphémères, et disparaissent après les dernières menstruations; mais lorsque existe une tare pathologique, on peut les voir prendre une importance sérieuse.

a. *Troubles utérins*. — On observe assez souvent, dans les derniers mois, des ménorrhagies, succédant ou non à une période d'aménorrhée, et de véritables métrorrhagies. Celles-ci sont liées à un simple trouble circulatoire, à de l'endométrite, à un polype passé inaperçu, ou sont symptomatiques d'un début de dégénérescence maligne. Il en est de même des hémorrhagies, qu'on a vues survenir quelquefois, même avec un semblant de périodicité, plusieurs années après la ménopause.

On ne manquera pas de faire, dans ces cas, un examen local : l'importance du diagnostic l'impose.

Si elles sont d'origine congestive, ou liées à la métrite, ces hémorrhagies sont peu inquiétantes et cesseront bientôt spontanément. Symptomatiques du cancer, elles ont naturellement un pronostic tout autre; toutefois, la précocité du diagnostic sera le meilleur élément de succès du traitement.

b. *Troubles circulatoires*. — Du côté de l'appareil circulatoire, on observe des congestions viscérales (pulmonaire, hépatique), l'hémorrhagie cérébrale, les hémorrhoides, l'hématurie, un retour de règles déviées, etc., des sueurs ou de la galactorrhée périodiques.

c. *Troubles de nutrition*. — La ménopause peut être le signal de la pléthore et de l'obésité, du rappel de la scrofule (Trousseau) et de la chlorose (Barié), des premières manifestations de la goutte et du rhumatisme chronique (Charcot).

d. *Troubles nerveux*. — Du côté du système nerveux : vertiges, étouffements, palpitations, bouffées de chaleur, névralgies diverses et de l'ovaire en particulier (L. Tait). Comme à l'autre extrémité de la vie génitale, on observe parfois des *grossesses nerveuses* qui s'expliquent par un réveil du sens génésique, et coïncident avec un commencement d'embonpoint (Charpentier). Des troubles plus graves peuvent encore se montrer : paraplégie, recrudescence ou apparition de manifestations hystériques, épileptiques (Barié) et de psychoses diverses, chez les dégénérées ou les héréditaires.

Enfin les exanthèmes menstruels prennent souvent une nouvelle vigueur et peuvent, dès lors, devenir chroniques.

Il est de règle physiologique que la ménopause marque le terme de la vie génitale, sinon sexuelle, de la femme. Quelques faits exceptionnels prouvent cependant que la stérilité n'est pas toujours définitive : on a vu des grossesses survenir deux ans (Deshayes) trois ans (Lemoine), six ans (Puech), et même douze ans (Renaudin), après la cessation des règles.

Il n'y a pas de traitement général des accidents de la ménopause : chacun d'eux présente ses indications propres. Toutefois, on diminuera leurs chances d'apparition par une hygiène convenable : alimentation légère, laxatifs, exercice au grand air, abstention de travaux excessifs, de trop grande tension cérébrale, grande modération dans les relations conjugales, etc.

CHAPITRE II

TROUBLES DE LA COPULATION.

Chez la femme, comme chez l'homme, s'observent des anomalies fonctionnelles ou anatomiques qui entravent, d'une façon absolue ou relative, l'accomplissement de l'acte sexuel ou son but : la fécondation.

Les unes sont relatives à l'appétit sexuel, qui est nul (*anaphrodisie*), ou excessif (*nymphomanie*); les autres, à l'acte lui-même qui, du fait de la femme, peut être impossible ou difficile (*dyspareunie*).

L'*anaphrodisie* et la *nymphomanie* sont, le plus souvent, des troubles d'origine centrale et nous renvoyons, pour leur étude complète, aux traités de médecine mentale. Leur point de départ peut cependant être génital et comme, d'autre part, le gynécologue est parfois consulté à leur sujet, nous en donnerons un rapide aperçu.

I. — Anaphrodisie.

L'*anaphrodisie* diffère de l'*impuissance* en ce qu'elle n'est pas un obstacle à la copulation; la *stérilité* n'en est nullement la conséquence nécessaire.

Elle est caractérisée par le défaut de désirs vénériens ou l'absence des sensations spéciales que procure l'acte. Elle est complète ou relative et analogue à la *frigidity* chez l'homme.

Étiologie. — a. *Causes générales*. — Toutes les maladies aiguës