

il faut prescrire un régime tonique, faire boire une certaine dose de vin et faire faire chaque jour de l'exercice au grand air. On fera prendre en même temps des eaux chalybées ou une préparation quelconque de fer. — Locock recommande un mélange de vin chalybé et d'éther sulfurique, dont il fait prendre trois fois par jour.

Quand une nouvelle époque arrive, il faut injecter dans le vagin de l'eau chaude, et chaque soir, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'apparition des règles, la malade devra prendre un bain de pieds ou un bain de siège.

[[Dans l'intervalle des crises dysménorrhéiques, Raciborski conseille des bains de son et d'amidon. Aux approches de l'époque on doit recommencer de bonne heure le bromure de potassium, quelquefois même on pourra ne pas en discontinuer l'usage.]]

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

ARTICLE II

DYSMÉNORRHÉE INFLAMMATOIRE.

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

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

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

1° *Dysménorrhée congestive.*

Cette forme serait due, d'après Raciborski (1), à un afflux considérable du sang vers l'utérus à la suite de l'orgasme menstruel qui produirait

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

l'état spasmodique dans l'appareil musculaire de cet organe et occasionnerait la dysménorrhée. Les fibres musculaires surexcitées réagissent alors avec énergie contre les efforts expansifs du sang et donnent lieu à de vives souffrances.]]

Cette forme diffère complètement de la dysménorrhée nerveuse, tant comme symptômes que comme nature de la maladie. Elle existe chez les femmes d'un tempérament riche et sanguin; elle se déclare généralement beaucoup plus tôt. Les femmes filles y sont très-sujettes, sans que les femmes mariées, même après avoir eu des enfants, cessent d'y être exposées. Elle commence subitement, sous l'influence du froid ou de quelque perturbation violente de l'organisme. On la voit, à un faible degré, se manifester chez les jeunes filles de complexion florissante et de constitution pléthorique, parfois dès leur première époque menstruelle, quelquefois à chaque époque. Les crises sont annoncées par très-peu de prodromes : un malaise, un sentiment d'inquiétude, des frissons, des rougeurs passagères, très-souvent des maux de tête, précèdent les douleurs. Quelque temps avant ou après que les règles apparaissent, les douleurs deviennent très-vives : la malade accuse des souffrances au niveau du sacrum, des élancements dans les reins, de la courbature; la face est rouge, la peau chaude, le pouls plein, rapide, bondissant, donnant souvent au delà de 100 pulsations; la malade ne peut supporter ni la lumière ni le bruit; assez souvent la fièvre devient assez forte pour se compliquer d'un accès de délire passager. D'autre part, on voit souvent des cas de ce genre dans lesquels les symptômes généraux sont beaucoup moins accusés, bien que la douleur du sacrum et du bas-ventre, la sensation de pesanteur et les coliques soient tout aussi marquées. Le plus ordinairement, les symptômes diminuent dès que la menstruation est pleinement établie, peu à peu les troubles généraux cèdent. L'intervalle entre l'apparition des douleurs et l'écoulement des règles varie beaucoup. Autant que j'ai pu le voir, cet intervalle est plus court que dans la première forme de dysménorrhée. La quantité de sang qui s'écoule est également variable; j'ai vu des règles très-peu abondantes, mais c'est l'exception.

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

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

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

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

§ I. — Pathologie.

Si l'on examine avec soin les symptômes généraux et locaux, et que l'on y joigne l'examen direct des parties internes, on trouvera sans aucun doute l'utérus dans un état de congestion marquée; mais, d'autre part, la rapide disparition de ces symptômes, dès que les règles viennent librement, prouve qu'il n'y a pas une véritable inflammation, mais seulement une sécrétion énergique avec congestion.

§ II. — Traitement.

Il n'y a pas à hésiter au point de vue du traitement, si l'on est appelé auprès d'une malade pendant une crise de douleurs avant que la menstruation soit arrivée; s'il y a en même temps tout le cortège de symptômes fébriles que nous avons énumérés, il sera à propos de faire immédiatement une saignée du bras, de 350 à 400 grammes, ou d'appliquer des ventouses scarifiées sur les reins pour tirer cette même quantité de sang. Les scarifications du col de l'utérus (à l'aide d'un appareil représenté figure 59), les applications de sangsues sur ce point seront souvent très-utiles, et, dans un grand nombre de cas, remplaceront avantageusement la saignée générale (1).

[Scanzoni recommande, pour la scarification, un instrument long de manche, convexe sur le tranchant, qui se prolonge jusqu'à son extrémité arrondie (fig. 60).]

Trousseau (2) recommande l'application de quelques sangsues à la face interne des genoux. Whitehead a imaginé un instrument spécial pour tirer du sang de l'utérus. C'est une espèce de scarificateur modifié dans sa forme pour le lieu où il doit être appliqué, et il propose d'en faire usage deux ou trois jours avant l'époque menstruelle (3). Je dois avouer que j'ai trouvé bien peu de cas dans lesquels il m'ait paru nécessaire de faire une saignée générale ou d'appliquer les sangsues. J'aurais d'ailleurs une grande répugnance à faire appliquer des sangsues et à scarifier le col sans

(1) Fermer, *Medical Gazette*, 29 novembre 1839.

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

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

avoir essayé préalablement les bains de siège, les layements chauds, les purgatifs légers, etc. Les bains de siège chauds et les pédiluves ne calmeront pas seulement les douleurs de la malade, mais diminueront encore la congestion utérine en provoquant un écoulement de règles abondant. Les intestins doivent être maintenus dans un état de liberté au moyen de purgatifs salins et de calomel : les médicaments fébrifuges peuvent être administrés avec des boissons rafraichissantes. Cette médication, promptement administrée, soulagera toujours la malade. Le danger serait de diminuer l'abondance des règles et l'on doit s'y prendre de manière que les évacuations soulagent la malade elle-même. Après l'administration des purgatifs, s'il reste des douleurs, on donnerait de l'opium ou de la teinture d'*Indian hemp* (chanvre indien). L'administration de l'émétique paraît avoir eu d'heureux effets, mais je ne m'en suis jamais bien trouvé.

Dans l'intervalle des règles, il faut faire suivre à la malade un régime sévère : elle devra chaque jour faire de l'exercice, sortir beaucoup au grand air; la marche ou l'équitation est préférable à la sortie en voiture. De temps en temps la malade prendra des bains de siège tièdes et quel-

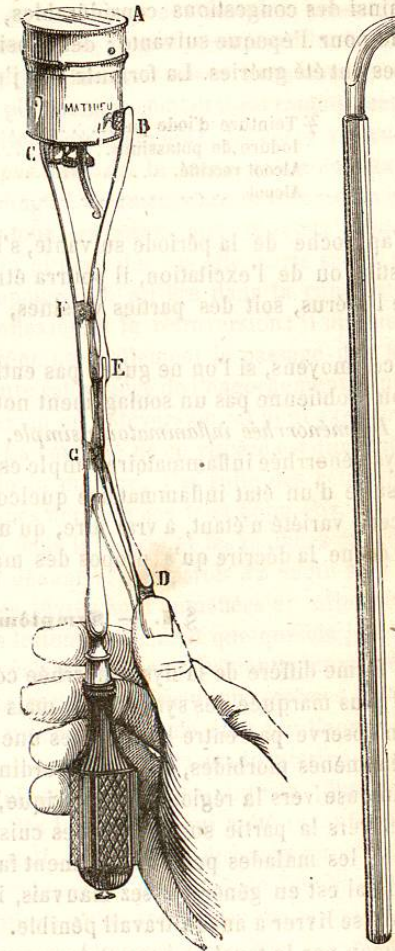


FIG. 59. — Scarificateur pour le col de l'utérus, de M. Mathieu (*).

FIG. 60. — Scarificateur pour le col de l'utérus.

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

ques purgatifs. S'il y a encore de la congestion ou de l'hypertrophie du col, on fera, une fois par semaine, sur cette région, des applications de teinture d'iode. Ce moyen est celui qui m'a le mieux réussi. J'ai vu diminuer ainsi des congestions considérables, et j'ai obtenu un soulagement notable pour l'époque suivante; des érosions et des ulcérations peu prononcées ont été guéries. La formule que j'emploie est la suivante :

℥ Teinture d'iode pure.....	60 grammes.
Iodure de potassium.....	15 —
Alcool rectifié.....	300 —
Alcool.....	120 —

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

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

[[2° *Dysménorrhée inflammatoire simple.*

La dysménorrhée inflammatoire simple est cette variété de dysménorrhée qui résulte d'un état inflammatoire quelconque de l'appareil utéro-ovarien; cette variété n'étant, à vrai dire, qu'un symptôme, il serait plus rationnel de ne la décrire qu'à propos des maladies qui la produisent.

§ I. — *Symptômes.*

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

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

Si l'on applique le spéculum, on voit que le col est rouge, engorgé, et parfois on trouve sur le col une érosion ou une ulcération superficielle, laquelle suivant Edwards (1) et Whitehead (2), peut avoir été en partie produite par la dysménorrhée; nous admettons, au contraire, que c'est

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

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

l'érosion qui est la cause de la dysménorrhée. Ce dernier auteur a bien indiqué les changements que l'on constate alors et qui se rapportent à un état inflammatoire évident de l'utérus. « Soit l'utérus entier, soit une portion considérable de cet organe se tuméfie et devient plus pesant, l'organe descend dans le vagin au-dessous de sa position naturelle, le col est volumineux, parfois excorié, et présente une surface granuleuse; dans certains cas il est dur et résistant, plus communément il est ramolli, comme érysipélateux, variqueux, œdémateux ou spongieux. Le corps au toucher paraît hypertrophié, et il n'est pas rare de le trouver douloureux à la moindre pression exercée avec le doigt. L'augmentation de volume est quelquefois également prononcée sur tous les points, mais souvent aussi elle n'est que partielle, et alors dans la plupart des cas elle porte sur la paroi postérieure; l'utérus est alors repoussé en arrière dans la concavité du sacrum, ce qui constitue la rétroflexion et la rétroversion; il appuie pesamment sur le rectum, ce qui gêne naturellement le passage des fèces. Parfois cependant la paroi antérieure est le siège de l'engorgement; l'utérus prend alors la position en antéflexion ou antéversion, et peut exercer une pression anormale sur la vessie. La capacité de ce viscère est diminuée en proportion du développement de la matrice. Par suite des relations intimes qui existent entre les systèmes nerveux des deux appareils, des troubles sympathiques se produisent dans la vessie et les malades éprouvent des envies d'uriner extrêmement gênantes. Les parois du vagin sont ordinairement relâchées, les grandes lèvres sont tuméfiées et sillonnées de veines variqueuses. Ces diverses lésions s'étendent quelquefois jusqu'à la partie supérieure des cuisses. Les vaisseaux hémorrhoidaux comprimés par les matières accumulées dans le rectum subissent eux-mêmes des modifications: ils donnent issue à un écoulement de sang par l'anus. L'orifice interne est dilaté et laisse facilement passer la sonde utérine. »

[[Les caractères précédents doivent s'appliquer pour la plupart à la métrite chronique; nous voyons dès lors que ce qui a été regardé comme le résultat de la dysménorrhée, doit au contraire être mis sur le compte d'une inflammation chronique de l'utérus qui produit cette dysménorrhée.]]

Quant aux effets sur les fonctions utéro-ovariennes, celles de la conception par exemple, elle semble complètement empêchée, cela du reste, est en rapport avec l'inflammation de la muqueuse utérine que nous avons admise.]]

§ II. — *Pathologie.*

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

Voici d'après M. Raciborski (1) comment nous devons nous rendre

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

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

§ III. — Traitement.

[[Le traitement diffère de celui de la dysménorrhée congestive, en ce que l'on devra surtout s'attacher à faire disparaître la maladie utérine; dès que celle-ci aura disparu, on sera sûr d'obtenir aussi la cessation des troubles dysménorrhéiques.

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

3° *Dysménorrhée inflammatoire membraneuse.*

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

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

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

M. Raciborski (5) compare cette membrane à la caduque de la grossesse : « du reste, dit-il, cette ressemblance ne doit pas étonner, on sait qu'à chaque époque menstruelle la muqueuse utérine subit déjà cer-

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

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

(3) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*. Paris, 1873, p. 308.

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

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

taines modifications qui ont fait dire qu'elle ressemblait alors en miniature à ce qu'elle devient les premiers jours après la fécondation. En vérité il n'y a de différence que dans le degré de développement des diverses parties constituantes. Aussi que l'orgasme menstruel s'élève accidentellement en vitalité, soit par suite d'une impulsion énergique partie des ovaires, soit à la suite d'une phlegmasie chronique de l'utérus, et il pourra arriver pendant les époques menstruelles, ce qui n'arrive à l'état physiologique qu'après la conception. »]]

§ III. — Symptômes.

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

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

Chaque caillot se compose :

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

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

Les autres symptômes diffèrent peu de ceux de la dysménorrhée inflammatoire simple. Ordinairement entre les époques, il existe une certaine douleur vers la région hypogastrique, une augmentation de volume de l'utérus et un écoulement leucorrhéique, qui sont le résultat de la métrite chronique sous l'influence de laquelle se produit l'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine. A l'époque des règles, il existe des douleurs vives vers l'utérus, dues à la congestion intense de l'organe, de

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

véritables contractions douloureuses, intermittentes, qui rappellent celles de l'accouchement; il se fait ordinairement en même temps un certain écoulement de sang, puis après douze, dix-huit, vingt-quatre heures et plus, la membrane est expulsée au milieu de douleurs très-vives. Après cette expulsion de la muqueuse, le sang s'écoule plus abondamment, et la douleur ainsi que l'écoulement sanguin disparaissent en général au bout de deux ou trois jours, mais il subsiste le plus souvent pendant huit à quinze jours un écoulement leucorrhéique, à cause de la plaie utérine qui subsiste après que la muqueuse s'est détachée.]]

§ IV. 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.]]

§ V. — 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 4 ou 6 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, j'ai désigné 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 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'Édimbourg, dit en avoir souvent rencontré des exemples. Dans une observation qui m'est commune avec O'Reilly, de cette ville, 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, j'ai rencontré plusieurs cas dans lesquels l'orifice et le canal étaient beaucoup plus étroits que d'habitude. Simpson, Protheroe Smith, Whitehead, Oldham (3), regardent eux-mêmes ces rétrécissements comme une cause fréquente de dysménorrhée.

[[D'après M. Marion Sims (4) 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.»

Ailleurs, il dit: «La dysménorrhée n'est qu'un symptôme, un signe de

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

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

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

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

maladie, liée à quelques conditions organiques normales. Elle peut être l'effet ou la cause de l'inflammation, comme aussi elle peut exister sans elle, mais inflammatoire ou non son action est mécanique, et je pose en principe qu'il ne saurait y avoir de dysménorrhée proprement dite, si le canal cervical est droit et assez large, ou en d'autres termes s'il n'existe aucun obstacle à la sortie du fluide sanguin sur un des points compris entre l'orifice interne et l'orifice externe, c'est-à-dire d'un bout du canal à l'autre.»

Cette assertion de M. Sims paraît exagérée. Il existe en effet des cas bien certains où, avec des phénomènes dysménorrhéiques très-marqués, non-seulement le canal cervico-utérin n'est nullement rétréci, mais encore manifestement dilaté.

De plus selon M. Sims la dysménorrhée ne se produirait qu'après que l'écoulement sanguin s'est déjà fait dans l'utérus, tandis que nous voyons évidemment dans certains cas les phénomènes dysménorrhéiques exister avant que le sang soit versé dans l'utérus et cesser au contraire dès que la muqueuse utérine permet cet écoulement.]]

Je ne puis donc être de l'avis de ceux qui regardent cette cause comme la plus fréquente, et je ne pense pas que, dans le cas où il y a un rétrécissement, la dysménorrhée doive être toujours et uniquement rapportée à cette lésion. J'ai 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 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 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.

(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.

§ I. — Symptômes.

Ils ne diffèrent pas matériellement de ceux qui existent dans les autres formes de dysménorrhée : Rigley (1) 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 Poupert, 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.]]

§ II. — Traitement (2).

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 le 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

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

(2) Simpson, *Dilatation and Incision of the cervix uteri in cases 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.

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. Je suis de son avis. Simpson a fait usage de bougies métalliques de calibres gradués.

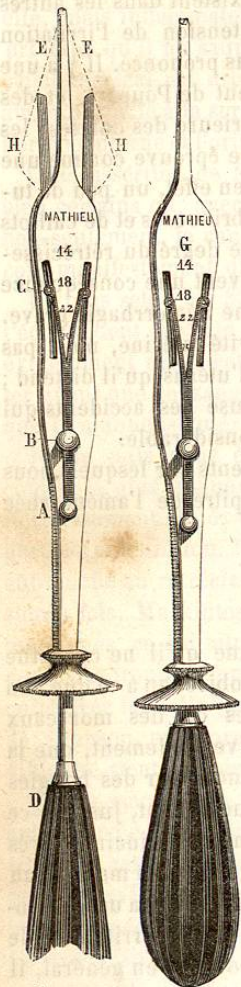


Fig 1 Fig 2
Fig. 61, 62. — Hystérotome de Simpson, modifié par M. Mathieu (*).

tonite qui d'ailleurs ne fut pas suivie de mort. — Cet auteur préfère

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

(*) 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.

Non contents de la dilatation graduelle, Simpson et d'autres médecins ont proposé de faire une section avec un instrument (fig. 61, 62) 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. On m'a dit qu'une hémorrhagie grave avait quelquefois suivi cette opération.

[[M. 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 métrorhagie.]

l'incision à la dilatation qui suivant lui a produit plusieurs fois des métrorhagies, qui est moins douloureuse que l'usage des bougies lequel doit être prolongé pendant plusieurs jours, qui de plus est exempt de hémorrhagie et donne des résultats plus certains, plus permanents.]

Simpson et P. Smith disent que ces procédés leur ont réussi. Oldham (1) a rapporté un succès complet et un succès partiel. Beatty (2) a raconté quatre cas dans lesquels la malade avait été soulagée après l'opération.

Malgré tous ces succès, je suis pour des moyens plus lents, mais aussi plus sûrs, et je suis heureux de voir que West et Oldham sont du même avis que moi.

Oldham (3) rapporte deux cas de mort par suite de l'emploi malheureux de moyens mécaniques.

Coghlan, de Wexford (4), a proposé un instrument plus simple pour inciser le col, et vante beaucoup les résultats de cette incision. On introduit l'extrémité de cet instrument dans le col de l'utérus et l'on presse sur le

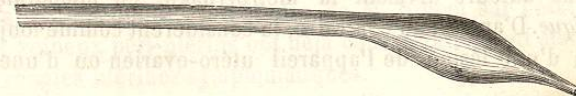


Fig. 63. — Sonde de Coghlan.

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.

[[On donne le nom de *métrorhagie* à tous les écoulements sanguins qui se font par l'utérus, soit que l'hémorrhagie ait lieu à l'époque menstruelle, soit qu'elle se produise entre les époques, ou qu'elle soit liée à la grossesse et à la parturition.]]

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.

[[Dans l'article qui va suivre nous aurons surtout en vue la métrorhagie]]

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

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

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

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