

dire qu'on devra chercher la cause et s'efforcer de la supprimer par des moyens appropriés.

Cependant il est trois circonstances, où la cause étant laissée de côté, le traitement s'adressera directement à l'hémorragie :

1° Quand l'écoulement de sang est assez abondant pour constituer un péril immédiat ;

2° Quand la cause est incurable ;

3° Quand la cause ne peut être déterminée.

1° En cas d'hémorragie grave, nécessitant une prompte répression (je n'ai ici en vue que les hémorragies en dehors de la puerpéralité, sans quoi il nous faudrait étudier la thérapeutique de l'avortement, des hémorragies de la délivrance, du postpartum); s'il s'agit d'un traumatisme vulvo-vaginal, on cherchera à découvrir la source du sang et à l'arrêter à l'aide de sutures, ligatures, pinces à forcipressure.

Si la source est utérine, le meilleur et plus sûr moyen est le tamponnement utérin ou vaginal. Le tamponnement utérin se pratiquera quand la cavité utérine sera facilement accessible, sinon on se contentera du tamponnement vaginal.

La technique du tamponnement est la suivante : on se sert d'une bande de gaze iodoformée spécialement préparée à cet usage, ou d'une bande de gaze simple préalablement désinfectée dans l'eau bouillante ou trempée dans une solution antiseptique.

La femme est placée en travers du lit en position vulvaire, un spéculum bivalve appliqué.

Si le tamponnement doit être *intra-utérin*, le col est saisi à l'aide d'une pince de Museux, abaissé dans la direction de la vulve et maintenu par un aide.

L'extrémité de la bande est saisie avec une longue pince à pansement, ou placée sur une tige mousse et portée jusqu'au fond de la cavité utérine; l'instrument retiré, on poussera une nouvelle partie de la gaze jusqu'à ce que la cavité utérine soit comblée.

Il sera bon de compléter le tamponnement utérin par un tamponnement vaginal.

Le tamponnement vaginal s'exécute de la même manière : la femme étant dans la position vulvaire et le spéculum appliqué, on introduit avec le doigt la bande de gaze progressivement déroulée; on comble la cavité vaginale, en ayant soin de la distendre aussi complètement que possible. Le spéculum est retiré petit à petit, à mesure que la cavité vaginale est remplie par la gaze.

Le tamponnement utérin ou vaginal sera laissé douze heures en place, vingt-quatre heures au maximum; pendant ce temps, la miction devra être surveillée, et la malade sondée en cas de besoin.

Si la gaze faisait défaut, on emploierait pour le tamponnement des bandes de toile fine taillées dans de vieux draps, dans des serviettes ou des mouchoirs, ainsi qu'on peut s'en procurer dans toute maison; avant de les introduire, on les trempera dans une solution antiseptique;

2° La cause est incurable; il s'agit par exemple d'un cancer utérin ou d'un fibrome inopérable. Les hémostatiques, auxquels on peut avoir recours sont :

L'ergot et ses dérivés;

La digitale;

L'hamamelis virginica en teinture à  $\frac{1}{10}$ , 20 à 30 gouttes;

L'hydrastis canadensis en teinture à  $\frac{1}{10}$ , 20 à 30 gouttes;

L'eau de Léchelle, composée d'une série nombreuse de plantes, a joui autrefois d'une certaine vogue. Dose *ad libitum* par cuillerées à soupe.

Dans plusieurs cas rebelles, *Demitriew* et *Strizorow* (d'Odessa) ont réussi à arrêter l'hémorragie par une injection sous-cutanée d'atropine, à la dose de 1 milligramme de sulfate d'atropine par injection, injection répétée deux fois par jour.

Si l'hémorragie par sa gravité nécessite un traitement actif, se comporter comme dans le cas précédent.

3° La cause de l'hémorragie ne peut être déterminée — hémorragie essentielle; — on emploiera la série des moyens hémostatiques dont il vient d'être question.

Dans les cas rebelles à tout traitement où l'hémorragie par son abondance et sa continuité expose la vie de la femme, ou rend la vie insupportable, on peut être autorisé, ainsi que *Martin* l'a fait, à tenter, suivant les circonstances, soit la castration, soit l'hystérectomie vaginale totale.

#### IV

#### DYSMÉNORRÉE

(δυσ; difficilement, μην mois, ραν couler.)

La menstruation comme toute fonction normale de l'économie, sauf l'accouchement, doit évoluer sans douleur; quand elle est pénible, on dit qu'il y a dysménorrhée.

Ce trouble menstruel est loin d'être rare, ainsi que l'a dit *Gallard*, presque le quart des femmes est dysménorrhéique à des degrés divers.

A chaque période menstruelle l'utérus est le siège de deux phénomènes principaux :

Contraction;

Écoulement sanguin.

Nous avons précédemment étudié les variations de l'écoulement sanguin dont l'absence constitue l'aménorrhée, et l'exagération, la métrorrhagie.

Quant à la contraction utérine, elle est comme celle de tous les muscles, normalement indolore.

Toute contraction douloureuse s'appelle *crampe* quand il s'agit d'un muscle strié, et *colique* quand elle s'adresse à un muscle lisse.

Le muscle utérin, comme tous les muscles de l'organisme, se contracte de temps en temps pendant toute l'existence.

L'absence de ses contractions aboutirait à sa dégénérescence et à sa disparition.

La contraction, faible avant la puberté et après la ménopause, s'accroît pendant la vie génitale; plus énergique pendant les règles que pendant la période intermenstruelle; elle se montre dans tout le cours de la grossesse, constitue le phénomène capital de l'accouchement, et va en décroissant pendant le postpartum.

Or, si la contraction utérine est indolore quand elle est modérée, elle devient douloureuse alors qu'elle revêt une certaine intensité.

Cette douleur se traduit au maximum pendant la parturition, et elle est habituelle chez les multipares pendant les suites de couches; dans ce dernier cas, on la désigne sous le nom de *tranchées*.

Durant la menstruation, qui fait l'objet de notre étude actuelle, la contraction utérine est d'ordinaire et normalement indolore; quand l'énergie de la contraction devient suffisante pour produire la douleur, la *dysménorrhée* est constituée.

*La dysménorrhée n'est donc autre chose que la colique utérine de la menstruation.*

La dysménorrhée est à la menstruation ce que la colique intestinale est à la digestion, ce que la colique néphrétique est à l'excrétion urinaire, ce que la palpitation est au fonctionnement cardiaque.

Tout muscle de la vie organique travaillant dans le calme à l'état normal, peut dans des conditions spéciales fonctionner douloureusement.

La dysménorrhée, qui par sa fréquence constitue un chapitre important de la gynécologie, a été l'objet de classifications nombreuses et compliquées. En parcourant les auteurs, on trouve la description de dysménorrhées : *essentielle, idiopathique, nerveuse, congestive, inflammatoire, mécanique, spasmodique, ovarienne, utérine, pseudo-membraneuse.*

Toutes ces divisions sont inutiles, elles sont même nuisibles à l'idée qu'on doit se faire de la dysménorrhée.

La dysménorrhée en effet est *une*, elle relève de *causes diverses* et se manifeste par des *symptômes variables*, qui, par leur importance, ont pu faire croire à la nécessité de ces divisions soit étiologiques, soit symptomatiques; mais, pour bien la comprendre, il faut l'envisager en bloc.

Que dirait-on de l'auteur qui décrirait un accouchement lombaire, un accouchement hypogastrique, un accouchement fémoral, un accouchement indolore, un accouchement hémorragique, uniquement parce que les douleurs de l'accouchement sont tantôt à prédominance lombaire, hypogastrique, fémorale, ou parce que les douleurs sont nulles, ou parce qu'enfin il y a complication d'hémorragie? Il tomberait dans le même défaut que les gynécologues qui ont voulu décrire plusieurs variétés de dysménorrhée.

Il est en particulier une variété de dysménorrhée, la *pseudo-membraneuse*, à laquelle on s'est efforcé de créer une individualité nettement distincte, parce que les douleurs de la menstruation s'accompagnent de l'expulsion de fausses membranes. Mais ces fausses membranes ne sont qu'un des symptômes de la dysménorrhée. Parce que des palpitations peuvent se compliquer d'embolie ou d'hémorragie, décrira-t-on à part des palpitations emboliques ou hémorragiques? Avec raison, aucun auteur n'a jamais songé à le faire.

La preuve que les fausses membranes ne sont pas en pareil cas la cause essentielle de la dysménorrhée, c'est qu'on peut en rencontrer de semblables chez des femmes dont les règles ne sont nullement douloureuses; *Bernutz, de Sinety, Beigel* et d'autres auteurs ont cité des cas semblables. Chez une malade observée par *John Williams*<sup>1</sup>, les fausses membranes existaient depuis dix à onze ans dans l'écoulement menstruel quand survint la dysménorrhée. Pour ces cas où il y a fausse membrane sans douleurs menstruelles, on en est arrivé à cette dénomination bizarre, de « *Dysménorrhée pseudo-membraneuse sans dysménorrhée* », dénomination qui montre bien l'inanité de la classification en question.

Conservons donc à la dysménorrhée son unité et considérons les diverses variétés créées par les auteurs comme de simples détails étiologiques ou symptomatiques.

L'étude de la dysménorrhée comprend celle :

- De la douleur;
- De l'écoulement génital;
- Du retentissement général;
- De sa marche.

*Douleur.* — Les douleurs de la dysménorrhée rappellent assez bien celles d'un accouchement en miniature; ce qui s'explique facilement, car, dans l'un et l'autre cas, elles sont produites par des coliques utérines.

Pendant les quelques heures qui précèdent l'apparition du sang et pendant la durée de son écoulement, la femme éprouve des accès intermittents de douleurs à la région lombaire et à l'hypogastre, avec sensation de plénitude et de tension dans le bas-ventre.

Ces douleurs sont parfois suffisantes pour nécessiter un repos absolu au lit ou dans un fauteuil, le moindre mouvement les exaspérant; le sommeil peut être empêché par elles.

Le ventre se tend, se météorise, la palpation est parfois très pénible, à tel point que chez certaines femmes elle produit un état syncopal.

Suivant les sujets, les douleurs sont plus vives soit avant l'apparition du sang, soit pendant son écoulement; elles se calment d'habitude vers la fin des règles.

Les douleurs ne sont pas toujours localisées à l'abdomen et dans le domaine

<sup>1</sup> *Obstetrical Trans.*, vol. XIX, p. 146, cas 4.

des nerfs lombo-abdominaux, elles peuvent se propager vers la cuisse le long du sciatique ou du crural; la névralgie intercostale n'est pas rare.

On observe aussi la névralgie faciale et la migraine.

*Écoulement génital.* — Le sang des règles est tantôt pâle, faiblement coloré et mélangé à une quantité variable de mucosités, tantôt noirâtre, mêlé

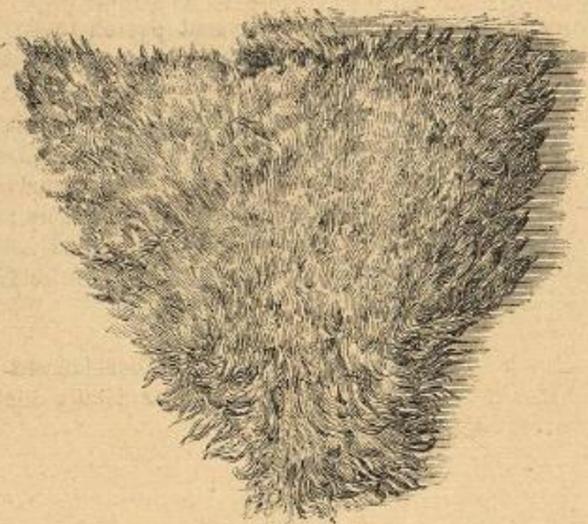


Fig. 594. — Membrane dysménorrhéique vue sous l'eau (Simpson).

de caillots nombreux et abondants, tantôt enfin présentant la coloration habituelle du sang menstruel de quantité normale, exagérée ou diminuée.

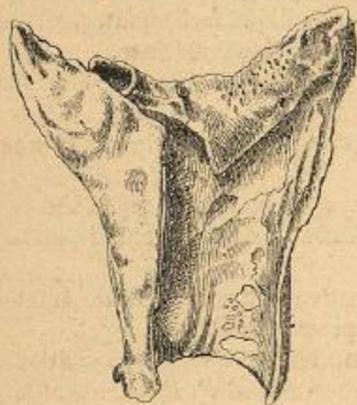


Fig. 595. — Membrane dysménorrhéique (Barnes).



Fig. 596. — Portion de muqueuse utérine expulsée dans la dysménorrhée (Oldham).

L'écoulement de sang peut être insignifiant, et parfois nul, de telle sorte

qu'il y a à la fois aménorrhée et dysménorrhée. La dysménorrhée est donc

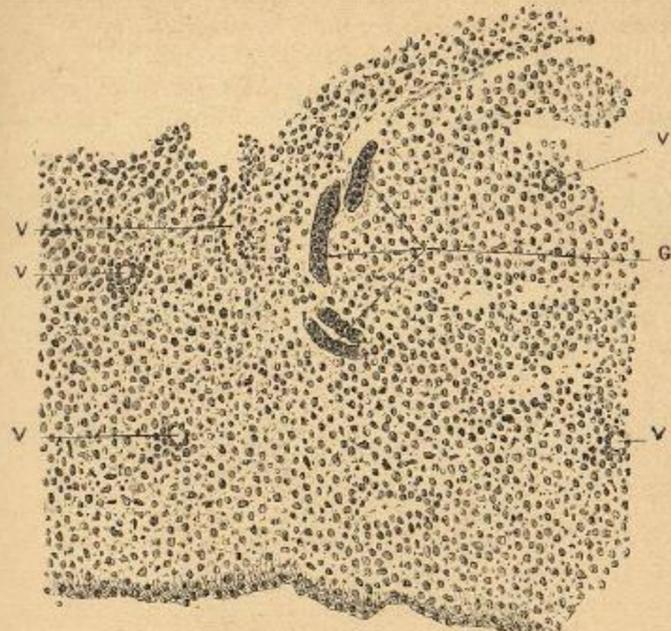


Fig. 597. — Muqueuse utérine exfoliée, coupe histologique (Gallard).  
V. V. V., vaisseaux sanguins. — G, débris d'épithélium cylindrique glandulaire.

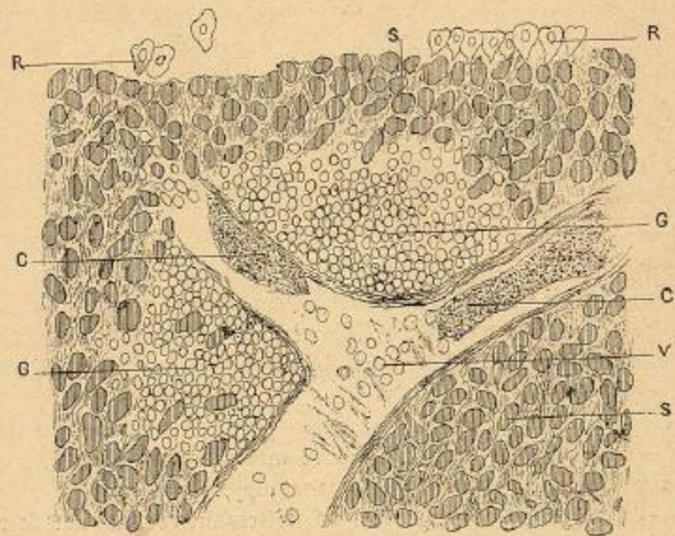


Fig. 598. — Muqueuse utérine exfoliée, coupe histologique (Gallard).  
R, revêtement épithélial cubique très incomplet. — S.S., stroma. — V, vaisseau sanguin obstrué par de petits caillots fibrineux. — C.C. G.G., hémorragies interstitielles.

susceptible de se montrer accompagnée soit de métrorragie, soit d'aménorrhée.

Dans l'examen du sang recueilli on rencontre quelquefois des membranes (dysménorrhée membraneuse) constituées, tantôt par un simple caillot fibrineux, représentant plus ou moins la forme de la cavité utérine sur laquelle ils se sont moulés, tantôt par du mucus coagulé, tantôt par toute la muqueuse de l'utérus détachée en bloc, et constituant une véritable caduque non puerérale (fig. 594 et 595), tantôt enfin par des débris de cette muqueuse (fig. 596). Comme cause d'erreur, je signalerai les fragments de paroi vaginale qui peuvent être éliminés à la suite d'applications caustiques ou astringentes, et des fragments analogues de paroi vésicale à la suite de cystite.

À l'examen microscopique, on a l'aspect représenté par les figures 597 et 598.

Résumant les divers produits qui peuvent accompagner l'écoulement sanguin des règles, qu'ils proviennent ou non de l'utérus, nous avons donc<sup>1</sup> :

- 1° Le caillot fibrineux ou sanguin ;
- 2° Le mucus coagulé ;
- 3° Des fragments de paroi vaginale ;
- 4° Des fragments de paroi vésicale ;
- 5° L'exfoliation de la muqueuse utérine sous l'influence de causes spéciales telles que l'empoisonnement phosphoré et le choléra ;
- 6° Des corps étrangers, tels que fragments de coton, de poudres médicamenteuses, introduites dans le vagin ;
- 7° Les produits de la conception ;
- 8° Enfin les fausses membranes mêmes de la dysménorrhée.

1° Les caillots fibrineux ou sanguins sont très communs. Au moment de la menstruation, on les distinguera des fausses membranes de la dysménorrhée à leur manque de consistance, à l'absence d'orifice glandulaire à leur surface, enfin, si cela est nécessaire, par l'examen microscopique ;

2° Caractère différentiel analogue pour le mucus coagulé ;

3° Les fragments du vagin, quand ils sont assez volumineux ne rappellent pas la forme de la cavité utérine, ainsi que le font les fausses membranes de la dysménorrhée alors que leurs dimensions sont importantes ; enfin le microscope révélera dans les fragments du vagin l'absence des glandes et l'épithélium aplati stratifié bien différent de l'épithélium utérin ;

4° Le fragment de muqueuse vésicale, dont l'élimination accompagne la cystite, manquent également de glandes et présentent les caractères typiques de l'épithélium vésical ;

5° La notion étiologique (choléra et empoisonnement phosphoré) permet de ne pas confondre avec les fausses membranes de la dysménorrhée, celles qui peuvent être expulsées sous l'influence de ces causes ;

6° Un examen attentif permettra de nettement reconnaître la nature de corps étrangers de provenance vaginale ;

7° Sous l'influence de la conception on peut avoir :

<sup>1</sup> Champneys. *On painful menstruation*, Londres, 1891.

- a. Tantôt la caduque éliminée grâce au voisinage de la grossesse extra-utérine ;
- b. Tantôt la caduque provenant d'un utérus bifide, alors qu'un des deux utérus est en état de gestation ;
- c. Tantôt enfin le produit de l'avortement lui-même.

Dans les deux premiers cas, la caduque n'a été expulsée qu'après la suppression des règles depuis un certain temps, et alors qu'il y a lieu de soupçonner la grossesse ; d'autre part, les fragments de caduque sont beaucoup plus volumineux que ceux appartenant à la non-gravidité, que l'utérus soit simple (grossesse extra-utérine) ou double (l'utérus double a été développé par la présence même de la grossesse dans une de ses moitiés).

Enfin les caractères, qui permettront de distinguer les membranes déci-

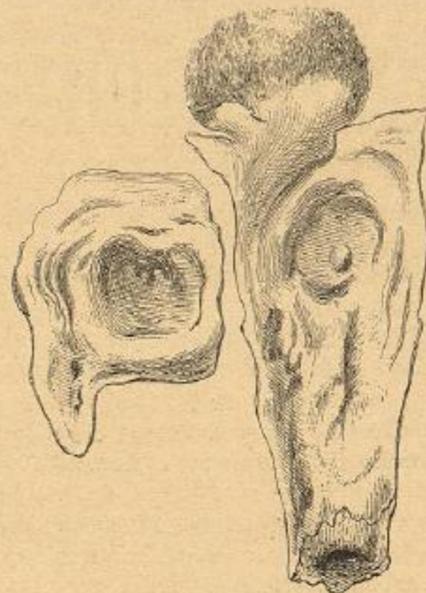


Fig. 599. — Membranes déciduales expulsées à la suite d'un avortement (Skene).

duales fournies par un avortement (fig. 599) précoce des fausses membranes de la dysménorrhée, sont les suivants :

AVORTEMENT	DYSMÉNORRÉE SIMPLE
Épaisseur notable quelquefois plus de 5 mill.	Épaisseur moindre de 2 à 3 mill.
Grande richesse vasculaire.	Faible richesse vasculaire.
Villosités choriales nettement visibles en plongeant le lambeau dans de l'eau.	Pas de villosités ; cependant sous l'eau on aperçoit des inégalités (fig. 594), mais beaucoup plus courtes et beaucoup moins luxuriantes que des villosités.
Longueur pouvant dépasser 5 cent.	Longueur toujours inférieure à 5 cent.

Présence de l'œuf, quand il peut être retrouvé.	Pas trace d'œuf.
Epithélium pavimenteux.	Epithélium prismatique.
L'hémorragie génitale cesse ou diminue après l'expulsion du produit.	L'hémorragie souvent ne cesse pas de suite après l'expulsion de la fausse membrane, mais continue un certain temps.

La distinction qu'il est possible d'établir entre les débris de l'avortement et ceux de la dysménorrhée indique qu'il ne s'agit pas dans le cas de dysménorrhée d'avortement à répétition, ainsi que l'ont prétendu quelques auteurs.

D'ailleurs, la régularité d'apparition des règles dans la dysménorrhée membraneuse, et son existence possible chez des vierges, qui a été niée à tort, ou des femmes vouées au célibat, rend insoutenable cette opinion.

L'opinion de *Léopold* d'après laquelle ces membranes ne sont autre chose que la conséquence de l'inflammation utérine me paraît l'expression exacte de la vérité; la preuve, c'est qu'elles cèdent, momentanément au moins, sous l'influence du traitement de l'endométrite, c'est-à-dire du curage, et elles ne reparissent que lorsque les phénomènes inflammatoires récidivent.

*Retentissement général.* — Les douleurs de la dysménorrhée rendent la femme triste, lui font rechercher le calme et la solitude.

Le moindre motif est un sujet de colère; la dysménorrhée est la cause de bien des discussions conjugales.

Quand les douleurs sont suffisantes, l'appétit est diminué ou supprimé, la langue saburrale, l'haleine fétide; souvent il y a des nausées, voire même des vomissements.

On rencontre quelquefois du ténésme anal et vésical; certaines dysménorrhées ont de la diarrhée à chaque époque menstruelle, remplaçant la constipation habituelle.

Quelquefois le ventre devient assez douloureux pour faire croire à un début de péritonite ou de pelvi-péritonite.

Mais le pouls reste calme et la température normale.

Ces deux éléments sont d'un secours puissant pour le diagnostic dans les cas douteux et embarrassants.

*Marche.* — La dysménorrhée commence quelquefois avec la puberté; le mariage par la maternité la modifie ordinairement en bien. Certaines femmes sont malheureusement, pendant toute leur vie génitale, vouées aux règles douloureuses, quelque traitement qu'on fasse, à moins qu'on ne mutile le système génital.

Pour ces endolories de la menstruation, la vie génitale n'est qu'un martyr intermittent.

Le mariage ou la maternité sont souvent le point de départ de la dysménorrhée par l'intermédiaire des génitopathies dont ils sont la source.

Le trouble menstruel est alors de durée variable, suivant la maladie génitale dans son évolution et ses vicissitudes.

L'étiologie nous montre la dysménorrhée sous deux aspects :  
Tantôt liée à un état pathologique des organes génitaux;  
Tantôt avec un système génital intact semblant dépendre de l'impressionnabilité du système nerveux.

Malgré le reproche qu'on pourra me faire de retomber dans l'ancienne classification, j'appellerai la première *génitale*, la seconde *nerveuse*.

#### a. — CAUSE GÉNITALE

##### *Utérus. — Trompe. — Ovaire. — Périmétrium.*

Les affections utérines semblent agir de deux façons : les unes en altérant le tissu même de l'organe, muscle ou muqueuse; les autres en rétrécissant le canal génital et en empêchant la sortie du sang.

Dans le premier cas, si la contraction utérine est douloureuse, c'est que l'organe même est malade.

Dans le second, l'utérus par l'énergie de sa contraction est obligé de lutter contre l'obstacle qui s'oppose à la sortie du sang, ou des pseudo-membranes, sorte d'accouchement sanguin ou pseudo-membraneux.

L'endométrite, la métrite, les corps fibreux, sont les sources habituelles de la première variété; l'étroitesse et le rétrécissement des orifices utérins, les déviations utérines, les polypes fibreux ou muqueux, la cause la plus fréquente de la seconde.

On s'est demandé si la dysménorrhée pseudo-membraneuse n'était pas due à une cause spéciale, amenant le détachement partiel ou total de la muqueuse utérine, mais jusqu'à présent les recherches conduites en ce sens n'ont abouti à aucun résultat.

Le détachement menstruel de la muqueuse utérine peut d'ailleurs avoir lieu sans dysménorrhée, nous avons vu que *John Williams*, d'après ses recherches, le considérait comme normal dans la menstruation ordinaire; de telle sorte que ce symptôme auquel certains auteurs ont voulu attribuer une importance capitale dans l'histoire de la dysménorrhée est en quelque sorte un symptôme banal de la menstruation, quoique vraisemblablement plus fréquent dans la dysménorrhée; seulement s'il est beaucoup plus remarqué avec la menstruation douloureuse, c'est que l'attention des femmes et des médecins étant appelée vers la fonction menstruelle pathologique, aucun des détails pathologiques de cette menstruation ne passe inaperçu.

De même que les affections utérines, les maladies de la trompe, tout en constituant un élément étiologique bien moins important, sont susceptibles de produire la dysménorrhée.

La salpingite catarrhale ou parenchymateuse joue dans la production des douleurs menstruelles un certain rôle, soit par l'excitation qu'elle produit par action réflexe du côté de l'utérus, soit par les contractions douloureuses dont elle peut être le siège (coliques salpingiennes).

De même que pour l'aménorrhée, l'ovaire joue un rôle actif dans la pro-

duction de la dysménorrhée, aussi certains auteurs ont-ils proposé de faire une classe spéciale des dysménorrhées d'origine ovarienne.

Toute lésion de l'ovaire, inflammation, tumeur, déplacement, toute cause de compression ou de gêne circulatoire, le varicocele tubo-ovarien, agissent par action réflexe sur l'utérus en causant la menstruation douloureuse.

Dans toute dysménorrhée il faut donc explorer avec le plus grand soin les ovaires, car la cause des accidents remonte souvent à eux.

Toute maladie du paramétrium (phlegmon, tumeur, foyer hémorragique ou purulent, etc.), qui comprime et déplace les organes génitaux, peut être cause de dysménorrhée.

b. — CAUSE NERVEUSE

Certaines femmes ou jeunes filles avec un système génital irréprochable sont néanmoins atteintes de dysménorrhée.

Le système génital n'est pas d'ailleurs le seul à être ainsi douloureusement atteint malgré l'intégrité anatomique.

Ne voit-on pas des palpitations avec un cœur normal, des gastralgies avec un estomac intègre, des névralgies diverses sans trace de lésion ?

L'état douloureux a été en pareil cas attribué à l'impressionnabilité nerveuse, ou en d'autres termes à l'hystérie, dans laquelle on a rangé toutes ces détresses nerveuses.

Supposons deux femmes, une robuste paysanne habituée aux durs labeurs des champs, menant une vie presque animale, et une citadine dont l'unique occupation est le plaisir; chez cette dernière la sensibilité arrive à être telle qu'elle devient malade.

La même cause, un léger traumatisme par exemple, laissera presque indifférente la première, alors qu'elle impressionnera très désagréablement la seconde.

Que l'utérus se contracte énergiquement pendant les règles, la paysanne s'en apercevra à peine, alors que la citadine en souffrira vivement.

A ne consulter que le fonctionnement et l'état anatomique des organes, ces deux femmes paraissent de même santé, et néanmoins la seconde souffre alors que la première ne se plaint en aucune façon.

Le fonctionnement normal de l'organisme est soumis, d'une part, à l'intégrité des organes, et d'autre part à l'état physiologique du système nerveux, qui est le régulateur et le conducteur de toute notre physiologie splanchnique; la douleur qui est, en quelque sorte, la sonnette d'alarme de nos organes quand leur fonctionnement est compromis, peut dépendre de l'organe même ou du système nerveux.

C'est cette seconde cause que nous avons ici en vue et qui est la source de la dysménorrhée, alors que le système génital est intact.

Le TRAITEMENT variera essentiellement avec la cause, d'où, on le conçoit facilement, la nécessité d'un diagnostic étiologique aussi exact que possible.

1° *La cause est-elle génitale?* On soignera par des moyens appropriés la génitopathie constatée : métrite, déviation, fibromes.

Le rétrécissement du canal génital, et en particulier des orifices externe et interne, regardé par quelques auteurs comme une cause très fréquente de dysménorrhée, devra être au contraire considéré comme rarement coupable des accidents; la preuve, c'est qu'on voit nombre de femmes n'être pas soulagées par la dilatation de ces orifices ou par l'accouchement lui-même, qui donne une dilatation aussi complète et radicale que possible. Cependant on ne peut rejeter complètement cette cause du cadre étiologique de la dysménorrhée, pas plus, ainsi que nous le verrons au chapitre suivant, que de celui de la stérilité. Il est donc des cas où il sera bon de pratiquer la dilatation des orifices utérins.

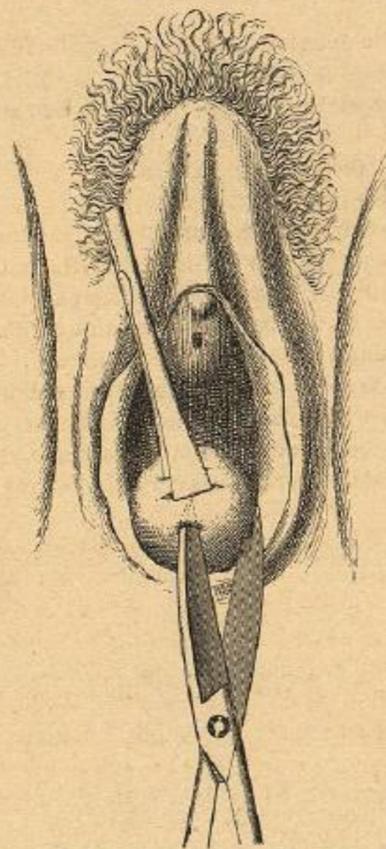


Fig. 600. — Section du col dans la sténose de l'orifice externe.

Celle de l'orifice externe sera pratiquée de préférence par la méthode sanglante, avec des ciseaux, sans anesthésie préalable, à moins d'une grande impressionnabilité du sujet; on sectionnera l'orifice à droite et à gauche avec des ciseaux ordinaires, en ayant soin de maintenir le col avec des pinces

de Museux pour qu'il ne fuie pas sous l'action de l'instrument coupant (fig. 600). La petite plaie sera de chaque côté pansée avec de la gaze iodoformée. Si elle saignait trop abondamment, on en toucherait la surface au thermocautère.

S'il s'agit de l'orifice interne, la méthode non sanglante est préférable ; on pratiquera la dilatation soit à l'aide d'une tige de laminaire laissée douze à vingt-quatre heures en place, soit à l'aide des bougies métalliques de Hegar passées en une ou plusieurs séances.

2° Quand la dysménorrhée n'est pas de cause génitale, mais dépend du système nerveux, on emploiera comme *palliatifs* au moment même des crises douloureuses :

Les opiacés (morphine, opium) ;

Le chloral ;

Le viburnum prunifolium (teinture à  $\frac{1}{2}$ ), de 20 à 100 gouttes par vingt-quatre heures. L'action de ce médicament est très efficace sur certains organismes, et n'a pas, comme les opiacés, l'inconvénient de l'accoutumance et de la constipation.

Le traitement *curatif* sera général et local.

Général : Hydrothérapie ;

Bromure de potassium ;

Régime tonique et reconstituant.

Local. . : *Electricité faradique*, de préférence en appliquant un pôle sur les lombes, et l'autre à l'hypogastre ;

*Massage* de l'utérus et des annexes.

Enfin, quand tout traitement échoue et que les douleurs sont assez intenses pour rendre la vie insupportable et donnent parfois des idées de suicide, le gynécologue sera autorisé à conseiller et à pratiquer la *castration*<sup>1</sup> ; mais cette thérapeutique radicale devra être réservée à des cas très exceptionnels.

## V

### SYNTHÈSE DES TROUBLES MENSTRUELS

Dans l'étude des troubles menstruels que nous venons de faire, et qui se résument à trois principaux : aménorrhée, métrorragie, dysménorrhée, nous avons vu, après la définition et les symptômes de chacun d'eux, les causes nombreuses qui peuvent les amener.

Pour l'aménorrhée et la métrorragie, il existe cinq ordres de causes :

1° Causes génitales ;

2° Causes organiques non génitales ;

<sup>1</sup> Le Manuel opératoire a été exposé à propos des tumeurs génitales.

3° Causes nerveuses ou psychiques ;

4° Causes extérieures ;

5° Causes introuvables.

Pour la dysménorrhée, au lieu de cinq ordres de causes, il n'en existe que deux, les premier et troisième du groupe précédent, à savoir :

1° Les causes génitales ;

2° Les causes nerveuses.

Le diagnostic de ces différents troubles est facile en lui-même, mais souvent difficile quant à la cause ; ce dernier diagnostic doit cependant être établi avec le plus grand soin, car il sert de base au traitement.

Le traitement sera donc essentiellement étiologique ; dans les cas seulement, où la cause sera incurable ou introuvable, on remédiera au trouble menstruel lui-même par des moyens appropriés, par un traitement destiné à fortifier l'organisme et le système nerveux, et enfin dans des cas exceptionnels, notamment pour la métrorragie et la dysménorrhée, on pourra être amené à une intervention chirurgicale qui, en enlevant soit l'ovaire, soit l'utérus, tarira la source du mal.