

toxique. Pour le prouver, Bichat a fait une expérience devenue célèbre. Il a placé un robinet dans la trachée, d'un animal et un autre dans une des carotides ; puis, fermant le premier de manière à empêcher l'air d'arriver dans les poumons, il voyait le sang qui s'échappait du vaisseau devenir noir, tandis que, lorsque le robinet de la trachée, étant ouvert, permettait l'accès de l'air dans la poitrine, le sang sortait presque aussitôt rouge, rutilant, tout à fait artérialisé. L'asphyxie, d'après Bichat, serait donc un phénomène général, se développant en même temps dans tous les organes. Ceux-ci mourraient simultanément, non pas par l'arrêt de la circulation, mais parce qu'ils cesseraient de recevoir du sang artériel. Cela est tellement vrai, que, lorsque les individus soumis à une cause asphyxiante tombent en syncope avant que la respiration ait été complètement suspendue, la vie peut se prolonger pendant plus longtemps, et ces malades peuvent être plus facilement ranimés, parce que, en raison de l'arrêt de la circulation qui est le phénomène primitif de la syncope, leurs organes n'ont pu être imprégnés de sang veineux. C'est aussi parce que le sang noir est incapable de fournir les matériaux nécessaires aux sécrétions, aux exhalations et à la nutrition, que sa quantité paraît beaucoup plus considérable chez les asphyxiés que chez les sujets emportés par toute autre maladie.

Telle est la belle théorie que Bichat a développée dans ses immortelles *Recherches sur la vie et la mort*. Après avoir été reçue partout et adoptée dans toutes les écoles, elle a été récemment l'objet de quelques attaques. Un physiologiste anglais, M. Ph. Kay, a essayé, en effet, de l'ébranler en revenant aux idées qui avaient cours sous le règne de Haller. Il a soutenu, contrairement à Bichat, que, pendant la suspension de la respiration, il y avait arrêt de la circulation pulmonaire, stagnation du sang dans les cavités droites, tandis que les gauches, restant vides et n'étant plus excitées, cessaient de se contracter. Disons pourtant, avec Bérard, que Kay n'a pas renversé la théorie de Bichat, mais qu'il a seulement relevé quelques inexactitudes, ou plutôt quelques exagérations qui étaient échappées à notre grand physiologiste. Ainsi, il faut admettre aujourd'hui que, pendant la suspension de la respiration, la circulation pulmonaire est moins active et qu'elle se fait péniblement ; que le sang veineux n'a pas une influence aussi délétère que le prétendait Bichat, puisqu'on peut, en l'injectant dans un membre, rétablir momentanément l'irritabilité galvanique dans les muscles, où elle avait été détruite par suite du défaut de circulation. Toutefois il est incontestable que c'est bien à l'action propre du sang veineux, et nullement à l'arrêt de la circulation, qu'il faut attribuer la suspension des fonctions cérébrales qu'on observe dès le début de l'asphyxie, et bien avant que les pulsations artérielles aient cessé d'agiter la masse encéphalique.

#### DES PRINCIPALES ESPÈCES D'ASPHYXIES PRODUITES PAR UN OBSTACLE MÉCANIQUE À L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES POUMONS

Nous allons parler en particulier des trois espèces principales d'asphyxies, qui sont produites par un obstacle mécanique à la libre entrée de l'air dans les poumons. Ce sont les asphyxies : 1° par compression du thorax, 2° par strangulation, 3° par submersion.

#### DE L'ASPHYXIE PAR COMPRESSION DU THORAX

L'asphyxie par compression du thorax arrive chez les individus surpris sous des éboulements de terre, sous les décombres des maisons, ou bien encore chez ceux qui sont pressés au milieu d'une foule nombreuse ; dans tous ces cas, la mort peut être presque instantanée. Si la pression extérieure est très-forte, les individus meurent alors plutôt par syncope que par asphyxie, ainsi que le prouve d'ailleurs l'ouverture de leurs cadavres. Si la compression est moins violente, ou si elle est moins continue, les patients peuvent faire encore de temps en temps quelques petites inspirations ; la mort survient alors au milieu de tous les symptômes de l'asphyxie, s'accompagnant d'une congestion considérable vers la tête : c'est ainsi que les vingt-trois individus qui, le 14 juin 1837, furent étouffés au milieu d'une foule au champ de Mars, présentaient tous une couleur violacée et des ecchymoses à la face, au cou, s'étendant même, chez plusieurs, sur la poitrine. La conjonctive oculaire était ecchymosée et soulevée comme dans le chémosis ; enfin une écume sanguinolente baignait les lèvres, et du sang suintait par les narines et les oreilles chez plusieurs. Chez tous ces sujets, la pression du thorax avait été tellement forte, qu'un tiers présentait des fractures de plusieurs côtes à la fois.

Ce sont ces lésions traumatiques et l'intensité de la congestion cérébrale qui rendent cette espèce d'asphyxie extrêmement grave ; on n'a encore aucune donnée certaine sur sa durée moyenne.

Les recherches nécroscopiques ayant prouvé que, dans les cas dont nous parlons, la mort survenait et par la suspension de la respiration, et souvent aussi par suite d'une violente congestion cérébrale, il s'ensuit que le traitement devra être dirigé simultanément contre ces deux états. On tâchera donc de ranimer la respiration par les moyens précédemment indiqués, et l'on combattra en outre la congestion cérébrale par la position presque verticale qu'on donne à la tête et par l'emploi de la saignée ; il sera peut-être préférable en pareil cas d'ouvrir la veine jugulaire.

#### DE L'ASPHYXIE PAR STRANGULATION ET PAR SUSPENSION, OU PENDAISON

On sait que la strangulation consiste seulement dans la simple constriction au cou, ordinairement exercée à l'aide d'un lien. Dans la pendaison, l'individu est en outre suspendu par le lien qui entoure et serre le cou. On conçoit que, dans ce dernier cas, le poids du corps doit beaucoup augmenter les effets de la constriction.

Les recherches cadavériques ont démontré que les pendus pouvaient périr de quatre manières différentes, savoir : 1° par congestion cérébrale ; 2° par asphyxie ; 3° par congestion et par asphyxie à la fois ; 4° par lésion de la moelle épinière. Ainsi une fracture, une diastase ou une luxation des premières vertèbres, peuvent déterminer une paralysie des muscles inspirateurs, ce qui est suivi d'une mort à peu près instantanée : cependant c'est là un fait fort rare. Dans la presque totalité des cas, les pendus, comme ceux qui ont été soumis à la simple strangulation, meurent à la fois et par asphyxie et par congestion cérébrale. Cette simple indication révèle quelles sont les lésions qu'on trouve sur les cadavres.

À l'autopsie, la face est tantôt pâle et presque naturelle ; d'autres fois elle est injectée, tuméfiée, bleuâtre ; la langue peut faire saillie entre les dents, elle

est alors violette et engorgée ; les yeux sont injectés, humides, et du sang peut suinter par les oreilles, par la bouche et par le nez. La peau du cou offre l'empreinte d'un ou de plusieurs sillons transverses ou obliques très-variables suivant la forme, le nombre et la direction des liens employés. A ce niveau, les téguments sont quelquefois brunâtres, desséchés, comme parcheminés, en raison de la pression qu'ils ont subie ; le tissu cellulaire subjacent au sillon est blanc, sec, ou bien il est humide et il a un aspect argentin ; on observe rarement des ecchymoses. Enfin les muscles, les vaisseaux, les cartilages du larynx et les vertèbres peuvent offrir différentes lésions que nous ne devons pas mentionner ici, mais qu'on trouve soigneusement décrites dans les livres de médecine légale ; car elles servent souvent à déterminer si la suspension a été volontaire ou non, et si elle a été faite du vivant de l'individu ou postérieurement à la mort. Inutile de dire que les poumons sont engoués comme dans la plupart des autres asphyxies. Dans les cas de strangulation, indépendamment des lésions graves qui peuvent exister du côté du larynx, si la pression a été directe et énergique, on ne trouve pas les poumons engoués comme ils le sont d'habitude dans l'asphyxie. M. Tardieu a démontré en effet (1) que, dans le cas de strangulation, ces organes sont généralement peu ou point engoués. Mais il y a communément déchirure des vésicules les plus superficielles, d'où résulte un emphysème plus ou moins étendu faisant saillir la plèvre dans des points plus ou moins nombreux : dans quelques cas le tissu pulmonaire présente dans son épaisseur des noyaux apoplectiques. Il y a de nombreuses ecchymoses sous-pleurales, ponctuées, disséminées à la surface du poumon, lorsque la mort a eu lieu par suffocation. M. Tardieu a fait en quelque sorte de cette lésion le caractère essentiel à ce genre de mort : c'est ainsi que chez vingt-trois nouveau-nés morts par occlusion des voies aériennes, il a trouvé les poumons pâles et exsangues plutôt que congestionnés, mais parsemés de taches ecchymotiques dont quelques-unes étaient complètement noires.

D'après le témoignage de quelques pendus qui ont été rappelés à la vie, et de quelques individus qui ont eu la dangereuse curiosité d'expérimenter sur eux-mêmes les effets de la pendaison, on sait que, peu après la constriction du lien, quelques-uns éprouvent un sentiment de plaisir, une érection de la verge avec éjaculation voluptueuse. Cependant bientôt la vue se trouble, des flammes bleuâtres semblent voltiger devant les yeux ; enfin la perte de connaissance ne tarde pas à arriver, et la mort réelle lui succède promptement. Les choses sont loin pourtant de se passer toujours ainsi. Il y a en effet des pendus qui paraissent souffrir beaucoup ; c'est du moins ce que leur physionomie exprime : leurs membres alors semblent avoir été agités de mouvements convulsifs, car quelquefois on trouve les bras contracturés et les doigts tellement fléchis, que les ongles sont profondément marqués dans l'épaisseur de la peau. Les érections qu'on remarque chez un grand nombre de pendus ne sont pas toujours suivies d'éjaculation. Les uns expliquent les érections par les tiraillements que la moelle subit pendant la suspension, tandis que d'autres en ont fait un simple phénomène d'hypostase, dépendant de la situation verticale du corps. Cette dernière explication du phénomène ne paraît pas être vraie ; nous venons de dire en effet que quelques pendus ont conscience de leur érection, et l'éjaculation leur fait éprouver un sentiment voluptueux : tout cela prouve que le phénomène est ici, comme toujours, sous l'influence du système nerveux.

Il est le plus souvent impossible de déterminer, en voyant un pendu, si la

(1) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 2<sup>e</sup> série, t. XI, année 1859.

vie n'est que suspendue ou bien si elle est éteinte, et si les accidents sont dus à une asphyxie plutôt qu'à une violente congestion cérébrale. Toutefois nous avons dit que ces deux causes de mort existaient presque toujours simultanément ; cette connaissance d'ailleurs importe peu au traitement, qui sera le même pour les deux cas.

Le pronostic est d'autant plus grave que la constriction a été plus forte et qu'elle a été plus prolongée. On ne peut dire au bout de combien de temps il n'existe plus d'espoir de rappeler les individus à la vie ; on cite, en effet, l'exemple de plusieurs personnes qui sont restées suspendues pendant une ou plusieurs heures, une nuit et un jour entier, sans que la mort en ait été le résultat. Mais ces cas exceptionnels dépendent de la direction et du degré de constriction du lien, et surtout de quelque circonstance anatomique qui a empêché la corde de comprimer et d'aplatir le larynx : telle est, par exemple, l'ossification du cartilage cricoïde.

Les règles de traitement sont les mêmes que pour l'asphyxie par compression du thorax.

#### DE L'ASPHYXIE PAR SUBMERSION

L'asphyxie par submersion est celle qui est produite lorsque la tête est plongée dans un liquide.

Dans la submersion ordinaire, l'individu, après avoir pénétré plus ou moins profondément dans l'eau, ne tarde pas à remonter à la surface, à l'aide des mouvements instinctifs qu'il exécute. Il fait alors une inspiration pendant laquelle de l'air et de l'eau pénètrent à la fois dans les poumons, ce qui excite des efforts de toux qui amènent la prompte expulsion de l'air et rendent plus impérieux le besoin de respirer. Enfin, après être remonté ainsi une ou plusieurs fois à la surface, le noyé n'a bientôt plus la force de surnager : il reste alors entre deux eaux, la bouche béante, ce qui permet à une certaine quantité de liquide (une pinte à une pinte et demie) de pénétrer dans l'estomac. Enfin bientôt il gagne le fond : il a alors cessé de vivre.

On a longtemps discuté pour savoir comment périssaient les individus qui avaient été submergés. Les uns invoquaient l'affaissement des poumons, l'altération de l'air qu'ils renferment, l'abaissement de la glotte, l'eau qui pénètre dans les bronches et même dans l'estomac, bien qu'on ne l'y trouve jamais en quantité considérable. Mais aujourd'hui tout le monde admet que les noyés meurent par la même manière que les individus asphyxiés par toutes les autres causes qui empêchent l'air d'arriver dans les poumons ; c'est d'ailleurs ce que prouvent les autopsies. Cependant il faut savoir qu'assez souvent il se produit, dans la submersion, diverses lésions accidentelles qui peuvent à elles seules occasionner la mort ou tout au moins l'accélérer, en se joignant aux effets de l'asphyxie. C'est ainsi que, si un individu, en tombant dans l'eau, heurte fortement avec sa tête un pieu ou un rocher, il pourra en résulter une commotion cérébrale presque instantanément mortelle. Ailleurs, c'est l'impression subite du froid qui, en refoulant les liquides, produit une apoplexie foudroyante. Enfin quelques individus, surpris par l'eau ou frappés de terreur au moment de l'accident, tombent aussitôt en syncope, et meurent sans présenter de signes d'asphyxie. Il résulte, de ce qui précède, que les noyés peuvent périr de cinq manières différentes : 1<sup>o</sup> par asphyxie, c'est le cas le plus ordinaire ; 2<sup>o</sup> par syncope ; 3<sup>o</sup> par commotion cérébrale ; 4<sup>o</sup> par apoplexie ; 5<sup>o</sup> par plusieurs de ces causes réunies.

La mort est plus ou moins rapide, suivant une foule de circonstances encore mal appréciées, et qui tiennent souvent à des dispositions individuelles. On a dit généralement, depuis Spallanzani, que la mort était plus rapide dans l'eau chaude que dans l'eau froide, parce que, dit-on, la première contient moins d'air; cependant M. Faure a reconnu le contraire dans ses expériences sur les animaux. Quoi qu'il en soit, le plus souvent on ne peut dire pourquoi il suffit, chez les uns, de deux ou trois minutes d'immersion pour anéantir la vie, tandis que d'autres reviennent après un long séjour dans l'eau. En général, on peut rappeler à la vie ceux dont la submersion n'a pas duré plus de quatre à cinq minutes; mais si le séjour dans l'eau a été de quatorze ou quinze minutes, les secours sont rarement utiles. Au delà de ce terme le cas est à peu près désespéré, quoiqu'on cite pourtant des individus qui ont pu être ranimés au bout d'une demi-heure et même de trois quarts d'heure; mais il faut admettre qu'il y a eu alors plutôt syncope qu'asphyxie. Quant aux histoires d'individus qui auraient séjourné plusieurs heures et même plusieurs jours dans l'eau sans mourir, nous avons dit précédemment qu'on ne pouvait pas ajouter à ces faits une grande confiance.

Lorsque le submergé est retiré après un séjour dans l'eau de cinq à quinze minutes, on trouve que sa face est pâle, quelquefois violacée: ses pieds et ses mains participent souvent à cette coloration; la langue est parfois tuméfiée, bleuâtre et serrée entre les dents; le corps est plus ou moins froid, les membres sont en résolution; l'habitude extérieure enfin peut présenter encore diverses particularités qui, n'ayant d'applications qu'en médecine légale, ne doivent pas nous occuper. A l'ouverture du cadavre, on trouve les caractères généraux des asphyxiés; mais, contrairement à ce qu'on dit généralement, le sang contenu dans le cœur n'est pas fluide, mais coagulé, et pris parfois en une seule masse dans les cavités cardiaques, dans les veines caves et dans les vaisseaux coronaires de l'estomac: c'est ce qui résulte des recherches de M. Faure.

**Traitement.** — Le noyé, à la sortie de l'eau, sera promptement déshabillé et essuyé avec du linge chaud. Sa tête sera élevée et un peu inclinée sur un des côtés pour faciliter la sortie des liquides contenus dans la bouche et dans les voies aériennes. On emploiera ensuite les moyens précédemment indiqués dans l'asphyxie en général. C'est surtout chez les noyés que l'on conseille les frictions sèches et aromatiques, les insufflations d'air et l'électropuncture; la saignée n'est indiquée que lorsque la congestion vers la tête est considérable, elle est le plus souvent nécessaire après que l'individu est revenu à lui, et pendant la réaction qui s'établit alors. Il n'est pas rare, en effet, de voir les noyés, quelques heures après avoir été ranimés, être pris de fièvre et de délire: ce qui nécessite l'emploi des antiphlogistiques et des révulsifs.

## MALADIES SPÉCIALES AUX ORGANES GÉNITAUX

### DE LA MENSTRUATION ET DES TROUBLES QUE CETTE FONCTION PRÉSENTE

Chacun sait que la femme éprouve périodiquement chaque mois, et pendant plusieurs jours de suite, un écoulement sanguin par les parties sexuelles. Cet écoulement, qui s'établit communément chez les femmes de ce climat entre quatorze et quinze ans, se suspend presque toujours pendant la grossesse et

l'allaitement, et cesse définitivement entre quarante et cinquante ans. Cette hémorrhagie constitutionnelle présente d'ailleurs de nombreuses variétés sous le rapport de l'époque de la vie où elle commence, et de celle où elle se termine, de la quantité de sang perdue, du nombre de jours pendant lequel l'écoulement s'opère, du mode de succession de ces hémorrhagies entre elles, et de l'intervalle plus ou moins long qui les sépare, etc. Nous n'avons point à nous occuper ici de toutes ces variétés. La menstruation constitue, en effet, une fonction, un acte physiologique que mes lecteurs doivent parfaitement connaître; je les renvoie d'ailleurs au livre de M. Brierre de Boismont. Je ne dois m'occuper ici que des troubles qu'elle présente. Ces troubles sont les suivants: les règles tardent quelquefois à s'établir; une fois existantes, elles peuvent diminuer ou se supprimer (*aménorrhée*); ailleurs leur écoulement peut se faire difficilement (*dysménorrhée*); il peut être augmenté (*métrorrhagie*); ou bien il peut être remplacé par une autre hémorrhagie (*règles déviées*). Tous ces accidents doivent être connus, car chacun d'eux peut devenir la source d'indications spéciales. Enfin la cessation définitive des règles par les progrès de l'âge s'accompagne souvent de divers troubles, dont beaucoup de personnes exagèrent l'importance, et qu'il faut savoir reconnaître et combattre.

Mais, avant d'aborder l'histoire pathologique de la menstruation, il importe que nous nous arrêtions un instant sur les modifications que le flux menstruel peut apporter dans le traitement des maladies.

Il est beaucoup de médecins qui, d'accord sur ce point avec les préjugés du vulgaire, n'osent employer aucune médication active pendant l'écoulement des règles, de crainte de supprimer cette hémorrhagie, qu'ils regardent toujours comme un effet salutaire, et qui leur paraît devoir être la crise naturelle de l'affection qu'ils n'osent combattre. C'est là une croyance erronée, souvent dangereuse, contre laquelle de grands médecins ont déjà protesté. L'étude de faits nombreux nous a aussi démontré que l'écoulement menstruel, dans le cours d'une maladie aiguë, ne peut jamais contre-indiquer d'une manière absolue l'emploi d'aucun moyen de traitement, spécialement celui de la saignée, des évacuants gastriques et intestinaux, des fébrifuges, etc.; ces médications, bien loin d'arrêter les règles, comme on le suppose, ont au contraire pour effet beaucoup plus ordinaire de les rendre plus abondantes ou d'en prolonger l'écoulement. D'ailleurs la maladie aiguë grave qu'il s'agit de combattre contrarie la menstruation d'une manière beaucoup plus efficace que tous les agents thérapeutiques qu'on pourrait employer. Enfin, ceux-ci eussent-ils pour résultat constant de diminuer ou de suspendre les règles, ce ne serait pas encore un motif suffisant pour s'abstenir des remèdes actifs dont l'expérience a démontré les bons effets, car cette privation aurait des inconvénients bien autrement graves que ceux qui peuvent résulter du trouble momentané apporté dans l'écoulement sanguin.

### DE LA DYSMÉNORRHÉE

SYNONYME. — Menstruation ou règles difficiles, strangurie menstruelle. — *Dysménorrhée* vient de δύσ, difficilement; μήν, mois; ῥέω, je coule.

Lorsque l'éruption menstruelle s'accompagne de douleurs vives du côté de l'utérus et de quelques phénomènes insolites et plus ou moins graves, tels que des vomissements, des syncopes ou des convulsions, etc., on désigne cet état sous le nom de *dysménorrhée* ou de *règles difficiles*.

**Symptômes.** — D'après la définition qui précède, on voit que dans la dysménorrhée les symptômes prédominants ont lieu tantôt du côté de l'utérus, et tantôt du côté d'un organe plus ou moins éloigné. Dans le premier cas (*hysteralgia a menostasia* de Sauvages), les femmes se plaignent de tranchées, de douleurs vives à l'épigastre, s'irradiant vers le sacrum, les lombes, les aines et le tiers supérieur des cuisses; ces souffrances diminuent et même se calment souvent par la pression ou par l'application de la chaleur. Les malades éprouvent un malaise général; elles sont courbaturées, leurs traits portent l'empreinte de l'abattement et de la souffrance; elles sont plus sensibles au froid extérieur, elles éprouvent souvent des frissonnements passagers; chez la plupart, enfin, l'appétit est diminué ou perdu.

Divers accidents peuvent se joindre aux symptômes qui précèdent : c'est ainsi que quelques femmes accusent une céphalalgie extrêmement vive; d'autres sont tourmentées par des vomissements glaireux, amers, très-pénibles. Chez quelques-unes, il y a des lipothymies ou même des syncopes; enfin, plus rarement, on observe des mouvements convulsifs.

Ces accidents ont rarement lieu pendant toute la durée de l'époque menstruelle; le plus souvent ils la précèdent de quelques heures ou d'un jour : ils en sont les prodromes et ne continuent guère que pendant les deux premiers jours de l'écoulement. Celui-ci se fait en général d'une manière inégale; quelquefois il n'a lieu que goutte à goutte et avec les souffrances les plus vives, ce qui justifie la dénomination de *strangurie menstruelle*, par laquelle quelques auteurs ont désigné la dysménorrhée. Chez beaucoup de femmes, les règles, après avoir péniblement et lentement coulé les deux ou trois premiers jours, finissent bientôt par devenir plus abondantes que de coutume, ce qui, ordinairement, est suivi d'un soulagement notable.

Le sang n'offre communément rien de spécial à noter, il coule généralement seul; mais parfois les malades rendent en même temps, et après des coliques et des épreintes très-douloureuses, des fausses membranes de grandeur variable : on dit alors que la dysménorrhée est *membraneuse*. Cette forme remarquable de la maladie, manifestement signalée par Plater, parfaitement décrite dans une observation que Morgagni a consignée dans sa 48<sup>e</sup> lettre, n'a été convenablement étudiée que depuis peu d'années, en Angleterre, par les docteurs Simpson (1), Oldham (2) et plusieurs autres; en France, par M. Semelaigne (3).

Dans la dysménorrhée membraneuse, les malades rendent tantôt de petits fragments irréguliers, ayant seulement quelques millimètres; ailleurs, au contraire, c'est une espèce de pseudo-membrane qui, par son étendue et par sa forme, représente tout à fait la cavité utérine.

La dysménorrhée membraneuse s'accompagne d'un écoulement de sang assez considérable. Elle peut être accidentelle ou se reproduire pendant un plus ou moins grand nombre d'époques menstruelles. Dans ce cas, Oldham a remarqué que l'utérus avait une grande tendance à augmenter de volume, surtout dans sa paroi postérieure; il en résulte alors un prolapsus avec rétroversion de l'organe.

On diffère d'opinion sur la nature des membranes qui sont ainsi expulsées. La majorité des médecins anglais, parmi lesquels je citerai Montgomery, Churchill, Copland, Aswel, pense que ce sont des pseudo-membranes, une simple

(1) *The monthly Journal of medical Sciences*, année 1846.

(2) *London medical Gazette*, année 1846.

(3) Thèse de Paris, année 1851, n<sup>o</sup> 232

production de lymphe plastique, comme il s'en produit à la surface des muqueuses dans certaines phlegmasies. Pour Simpson, au contraire, la membrane dysménorrhéale ne serait rien autre qu'une exfoliation de la muqueuse utérine, et c'est à cette opinion que se sont rangés MM. Semelaigne, Follin, Lebert. Ces deux derniers, ayant examiné au microscope la production dont il s'agit, l'ont trouvée différente des pseudo-membranes ordinaires, et ils ont reconnu à peu près la structure de la muqueuse utérine elle-même; elle ressemble donc très-exactement à la caduque.

La dysménorrhée membraneuse pourrait faire croire à un avortement. Si l'on ne parvient pas à reconnaître un embryon au milieu de ces membranes, il est impossible de différencier les deux poches l'une de l'autre. Les seuls caractères distinctifs, c'est que dans la dysménorrhée il y a toujours coïncidence de l'attaque avec la période menstruelle, et, le plus souvent, répétition des attaques pendant plusieurs mois, tandis qu'il n'en est pas toujours de même pour l'avortement.

**Causes.** — La dysménorrhée est produite par des causes qui agissent, les unes pendant l'écoulement des règles, les autres dans l'intervalle des mois. Ainsi on voit quelquefois les accidents de la dysménorrhée survenir chez les femmes qui, pendant l'écoulement menstruel, s'exposent à l'impression du froid, ou qui se livrent au coït, à un exercice forcé, ou bien qui éprouvent une émotion morale vive. Quant aux causes qui agissent dans l'intervalle des règles, elles nous sont le plus souvent inconnues. On cite surtout la vie sédentaire, la continence, les passions vives, la pléthore, une constitution trop forte ou trop débile; mais on ne sait rien de positif à cet égard. Il est d'ailleurs des femmes qui, après avoir éprouvé de la dysménorrhée pendant plusieurs années, voient ensuite leurs règles apparaître facilement, sans pourtant qu'un pareil changement puisse s'expliquer par aucune modification survenue dans la constitution des malades ou dans leur manière de vivre. En règle générale, la dysménorrhée se rencontre plus fréquemment chez les jeunes filles; elle disparaît souvent après une première grossesse : le contraire a plus rarement lieu. Enfin les mêmes accidents se reproduisent souvent dans les années qui précèdent l'âge critique.

Dans un bon travail publié en 1846 dans *London medical Gazette*, M. le docteur Oldham a appelé l'attention sur une forme de dysménorrhée qui dépendrait d'une rétraction congénitale ou acquise des organes sexuels, et notamment du col utérin dont l'orifice serait extrêmement rétréci; aussi l'écoulement de sang est-il généralement alors peu abondant. Les femmes qui offrent cette disposition sont communément stériles. C'est un point de l'histoire de la dysménorrhée qui mérite de fixer l'attention des praticiens.

**Traitement.** — Le traitement de la dysménorrhée varie suivant les cas. Lorsqu'il existe des signes de pléthore, lorsque les règles ont de la peine à paraître, ou que leur écoulement se fait péniblement et goutte à goutte, il sera utile de recourir à la saignée générale, ou, mieux encore, on appliquera un plus ou moins grand nombre de sangsues à la vulve, à l'anus ou aux aines. Lisfranc conseillait de faire une petite saignée de 100 à 150 grammes, peu de jours avant l'époque menstruelle, et de la réitérer chaque fois jusqu'à guérison complète. Les douleurs vives du côté de l'utérus, et les autres troubles du système nerveux, réclament l'emploi des antispasmodiques et surtout des sédatifs. On conseille dans ce but l'usage de l'éther, du camphre, du musc, du castoréum et de l'asa foetida; mais ces médicaments sont souvent mal supportés et répugnent à beaucoup de malades. L'acétate d'ammoniaque, auquel on