

Sous le nom de dysménorrhée d'origine utérine est compris tout ce qui offre un obstacle mécanique à l'expulsion du sang ; soit une constriction organique ou fonctionnelle, soit une flexion antérieure ou postérieure, soit l'occlusion du canal par un polype, un fibro-myome, ou simplement par la muqueuse utérine épaissie par l'inflammation (endométrite). Un auteur qui a écrit récemment sur ce sujet, et dont j'oublie le nom, dit que sur mille cas de dysménorrhée qu'il a soignés, plus de neuf cents de ces malades présentaient une endométrite. Mon expérience personnelle—quoique beaucoup plus restreinte, me porte à croire entièrement à l'exactitude de ce rapport. Chez presque toutes mes clientes chez lesquelles il fut nécessaire de faire l'examen de l'utérus, j'ai trouvé cet organe sensible au toucher ; les malades se plaignaient de douleurs lombaires ; il existait souvent des troubles du côté de la vessie et du rectum ; de plus, une leucorrhée utérine qu'on a constatée au moyen d'un tampon d'ouate imbibée d'une solution de sublimé et qu'on laissait en contact avec l'os pendant vingt-quatre heures. Chez un grand nombre il y avait des troubles réflexes dans des organes aussi éloignés que l'estomac, le cœur et les yeux. Après avoir passé la sonde utérine, j'ai toujours constaté que, aussitôt que son extrémité atteignait l'os interne, il éveillait une douleur intense que ces malades décrivaient comme étant tout à fait analogue aux douleurs qu'elles ressentaient pendant chaque époque menstruelle. Pourtant j'ai observé tant de cas de flexions aiguës, accompagnées d'endométrite et de dysménorrhée, que je suis devenu graduellement convaincu que c'est seulement quand les causes mentionnées ci-dessus sont associées à l'endométrite qu'il survient de la dysménorrhée. Encore, mon expérience en ce qui concerne le traitement est que, chez la plupart des malades, les résultats les plus satisfaisants ont suivi le même traitement qui a réussi dans l'endométrite, c'est-à-dire : la guérison de la constipation habituelle, la disparition des obstacles à la circulation pelvienne, l'amélioration de la circulation générale et de la circulation pelvienne au moyen de douches très-chaudes, de tampons imbibés de glycérine et d'acide borique, le curettage de l'utérus, la dilatation rapide, avec ou sans tampon intra-utérin, et avec ou sans pessaire intra-utérin, l'emploi du courant galvanique à l'extérieur, l'emploi du même courant avec un pôle dans le vagin, près de l'utérus, et l'autre sur l'abdomen ou sur la région sacrée, agissant comme tonique sur le plexus vaso-moteur du bassin, et, en dernier lieu, moyen le plus important, l'emploi du courant galvanique faible à l'intérieur de l'utérus par l'introduction d'une sonde intra-utérine dont la tige est isolée jusque à peu près six centimètres de son extrémité, et à laquelle on a fixé le fil négatif de la pile galvanique.

J'ai essayé avec grand soin, successivement, toutes ces méthodes, et cela avec beaucoup de cas de guérison et quelques-