

parfaitement, sont faciles à placer, et n'ont jamais déterminé aucun accident.

On a encore conseillé contre les hystéralgies le traitement hydrothérapique, que je crois en effet excellent, mais un peu long dans son action; cependant il faut y avoir recours lorsque les préparations de quinquina et les applications opiacées locales auront manqué leur effet.

On a quelquefois recours à quelques eaux minérales, et spécialement aux eaux d'Ems, de Saint-Sauveur; j'ai eu occasion d'observer chez plusieurs malades l'heureuse influence de la première de ces eaux dans la névralgie utérine.

CHAPITRE IV.

DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME.

On peut définir la stérilité chez la femme comme chez l'homme, l'inaptitude à concevoir, due soit à une cause passagère, soit à un obstacle permanent.

La stérilité a été l'objet de travaux très nombreux, mais qui en général n'ont abouti à aucune conclusion. M. le docteur Roubaud publia en 1855 un ouvrage sur la stérilité, qui renferme des détails intéressants et que les médecins qui s'occupent de ce sujet pourront consulter avec fruit (1). Nous allons essayer de faire une étude pathologique de cet état morbide, et d'examiner les moyens que la science possède pour le combattre dans un certain nombre de cas.

Je ferai toutefois observer qu'une partie de la question ayant déjà été traitée à propos des vices de conformation, je serai très bref dans toute cette partie, et je ne ferai que résumer ce qui

(1) Roubaud, *Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier*, 1855, 2 vol. in-8.

a déjà été dit dans le chapitre consacré à leur étude (voy. t. 1^{er}, p. 132).

La stérilité peut être rattachée à trois grandes causes qui sont : 1^o un vice de conformation des organes génitaux; 2^o une modification locale et acquise de ces mêmes organes; 3^o un état général de la constitution. C'est cette division que je vais adopter, en insistant très peu, ainsi que je viens de le dire, sur la première.

ARTICLE I. — Vices de conformation des organes génitaux.

Les vices de conformation peuvent siéger dans le vagin, l'utérus, les trompes et les ovaires.

VAGIN. — Parmi les vices de conformation qui doivent nécessairement rendre une femme stérile, nous trouvons les suivants :

1^o *Absence complète du vagin.* — État parfaitement compatible avec une bonne santé, et dont j'ai eu moi-même occasion de constater plusieurs cas. Cette absence coïncide à peu près constamment avec celle de l'utérus et des ovaires.

2^o *Imperforation du vagin.* — Cette imperforation est complète ou incomplète, c'est-à-dire qu'elle n'existe que dans une partie de l'étendue de ce conduit : lorsqu'elle occupe la partie postérieure, elle peut coïncider avec l'absence d'utérus; lorsqu'elle est antérieure, il n'en est pas généralement ainsi; il est donc important de bien constater le siège de cette lésion. Ces oblitérations consistent tantôt dans une adhérence complète du conduit, et dans sa transformation en une espèce de cordon plus ou moins dur; tantôt dans une simple adhésion qu'il est parfois possible de détruire; tantôt enfin dans des adhérences et des brides partielles : car le médecin doit étudier avec soin la nature de la lésion dans ces deux derniers cas, surtout si les ovaires et l'utérus existent et traduisent leur présence par des phénomènes congestifs ou par des accidents dus à la rétention des règles, et il doit chercher à détruire l'obstacle et à rétablir le conduit vaginal. On fera ainsi disparaître la stérilité dont sont atteintes les femmes chez lesquelles existent ces lésions.

Dans le cas d'oblitération complète et surtout d'absence de l'utérus et des ovaires, toute tentative de ce genre serait non-seulement inutile, mais pourrait être fort dangereuse; on ne peut juger la question avec quelque certitude que lorsque la menstruation s'est développée. Les phénomènes menstruels et la manifestation des symptômes de la rétention de ce sang engagent en général le médecin à s'en occuper. Quant à l'existence de simples brides ou d'adhérences, elles n'empêchent pas la menstruation de s'établir, mais on ne pourra les constater qu'à l'époque du mariage et lorsqu'elles auront fait obstacle à la pratique du coït.

3° *Certaines anomalies du vagin.* — Parmi ces anomalies, nous citerons l'ouverture du vagin dans le rectum. Ce vice de conformation a soulevé une question importante relative à la possibilité et au droit d'opérer en pareil cas la fécondation, et a été l'objet d'une thèse soutenue devant l'illustre chirurgien Louis, qui se prononça pour la négative. Il nous est impossible de nous prononcer dans un sens ou dans l'autre; la rareté du fait est telle qu'on ne sera probablement jamais consulté; s'il en était ainsi, cependant, je crois qu'il faut laisser la solution de la question aux parties intéressées.

Les ouvertures du vagin dans l'urèthre, la vessie, sont rares et sont en général des causes de stérilité auxquelles l'art peut quelquefois chercher à remédier avec succès. L'existence de deux vagins ne constitue pas une cause de stérilité; quelquefois ils aboutissent à un utérus double ou bien à un col utérin ayant deux ouvertures. La fécondation a lieu dans ces deux cas. Lorsque des deux vagins, un seul aboutit à l'orifice du col utérin, et l'autre se termine en cul-de-sac, un examen attentif, à l'aide du toucher vaginal et du spéculum, permet de décider facilement la question.

UTÉRUS. — Il ne sera question ici que des vices de conformation de l'utérus, le vagin existant à l'état normal.

1° *Absence complète de l'utérus.* — Son état rudimentaire ou son atrophie sont évidemment la cause d'une stérilité

incurable. Il est quelques cas où l'atrophie est bornée au col utérin; alors la fécondation peut avoir lieu, et il est inutile de tenter aucun traitement.

2° *Certaines anomalies de l'utérus.* — Ce sont spécialement la bifidité, l'imperforation et l'oblitération de la cavité du corps de l'utérus; l'imperforation, l'oblitération complète ou incomplète de la cavité du col utérin; enfin le simple rétrécissement congénital de ses orifices.

Certaines de ces altérations ne peuvent être reconnues que lorsque la menstruation s'établit, et lorsqu'on vient à observer les accidents dus à la rétention du sang menstruel.

La bifidité ou le cloisonnement de l'utérus n'est pas un obstacle à la fécondation dans le plus grand nombre des cas; il en formerait un qu'il n'y aurait rien à faire.

L'oblitération de la cavité du corps de l'utérus est un obstacle incurable à la fécondation, il n'y a aucune opération à tenter. Dans le cas où l'oblitération n'occupe que la cavité du col, les symptômes dus à la rétention du sang menstruel ne manqueront jamais de se montrer lorsque les règles commenceront à s'établir; aussi faudra-t-il agir à cet instant. La perforation de la cavité du col est une petite opération qu'il sera alors nécessaire de pratiquer pour donner issue au sang menstruel retenu dans la cavité utérine, et qui remédiera à l'infécondité. Hâtons-nous de dire, du reste, que de tels cas sont rares, et qu'il faudra prendre des mesures pour empêcher l'ouverture accidentelle de se refermer. L'introduction de mèches ou de sondes faites avec soin permettra d'obtenir ce résultat.

Le rétrécissement congénital de la cavité du col de l'utérus est une cause extrêmement fréquente d'infécondité; il ne s'oppose pas à la sortie des règles, qui toutefois est presque toujours douloureuse; aussi est-il souvent méconnu, à moins que les femmes ne consentent à se laisser examiner pour connaître la cause de leur stérilité. Pour remédier à ce rétrécissement congénital, on dilatera le col de l'utérus au moyen de sondes ou de dilateurs spéciaux. Je vais entrer dans quelques détails à cet égard.

Lorsqu'on commença à pratiquer ces dilatations, et l'époque n'en est pas éloignée, on faisait rester la malade au lit, dans le décubitus dorsal; on introduisait à l'aide du doigt ou au moyen du spéculum, une sonde de caoutchouc d'un calibre assez petit pour entrer dans la cavité du col; quelquefois on munissait cette sonde d'un petit mandrin solide pour la faire pénétrer. Une fois la sonde à l'extrémité de la cavité cervicale, on la laissait en place cinq à six heures, au bout desquelles on la retirait; le lendemain, on plaçait une sonde plus grosse, et ainsi de suite. En général, au bout de dix à quinze jours on obtenait une dilatation suffisante.

Plus tard, on substitua aux sondes de caoutchouc des sondes susceptibles de se dilater dans une telle proportion, qu'elles acquéraient le double de leur volume, en s'imbibant des liquides que leur présence ne manquait pas de faire sécréter par la membrane muqueuse de la cavité cervicale. Ainsi, on eut spécialement recours à des sondes de corde à boyau, ou mieux encore d'ivoire flexible (ivoire privé de sa partie calcaire par l'emploi des acides).

L'opération de la dilatation est devenue bien plus simple; pour la pratiquer, je fais usage de petits dilateurs imaginés par M. Charrière, et composés de cylindres d'ivoire ramolli et de diamètres très différents. On commence par les plus petits et l'on arrive ensuite aux plus gros; ces dilateurs ont en général 3 et 4 centimètres au plus de long; ils sont arrondis à leur extrémité supérieure. L'extrémité inférieure est soudée sur une petite saillie circulaire en os, qui se termine par un anneau très petit de la même substance, et à laquelle doit être attaché un fil de soie. On les introduit à l'aide du spéculum; on les porte jusqu'au fond de la cavité cervicale de l'utérus, à l'aide d'une longue pince d'acier; puis on place au-devant un tampon d'ouate également garui d'un fil et destiné à empêcher le dilateur de sortir de la cavité utérine.

Au bout de vingt-quatre heures, on retire le tampon d'ouate, et l'on place un plus gros dilateur. Huit à quinze jours d'ap-

plication suffisent pour dilater l'orifice rétréci d'une manière suffisante. Pendant ces applications les femmes n'éprouvent aucune incommodité et peuvent tout à fait vivre de leur vie ordinaire; mais il est préférable de les engager à ne pas beaucoup se fatiguer. Jamais je n'ai observé le moindre accident. Examinons maintenant les résultats de ce mode de traitement.

Une première question se présente: Obtient-on, à l'aide de ce moyen, la dilatation du col? Oui, certainement; et, une fois la dilatation opérée, quinze jours ou trois semaines après, on la retrouve aussi nette, aussi franche qu'à l'instant de la cessation du traitement. Mais cette dilatation se maintient-elle, la retrouvera-t-on au bout d'un certain temps? C'est encore une question fort incertaine, et je suis porté à croire que, sans présenter une coarctation aussi grande, s'il n'arrive pas de grossesse, l'orifice du col utérin se rétrécit de nouveau. Une seule fois j'ai eu occasion d'examiner, dix-huit mois après, une dame que j'avais soumise à la dilatation et qui n'était pas devenue enceinte. L'orifice du col était loin de s'être maintenu ce qu'il était à l'instant de la cessation du traitement; mais quoique rétréci de nouveau, il l'était moins qu'avant le traitement, et, à mon avis, la fécondation eût pu avoir lieu s'il n'y avait pas eu d'autre cause pour l'empêcher.

Quelle a été l'influence de ce traitement sur les fécondations ultérieures. Voici le résultat de mes observations. J'ai pratiqué onze fois la dilatation du col; les femmes qui y ont été soumises avaient au moins sept années de mariage, une d'elles quinze années. Sept fois il y a eu insuccès complet, ou du moins je n'ai pas entendu dire que la fécondation eût été produite. Quatre fois les femmes sont devenues enceintes dans l'année qui a suivi l'opération.

Ce résultat, tout incomplet qu'il est, doit engager les femmes stériles à faire examiner avec soin si elles ne sont pas atteintes d'un rétrécissement congénital des orifices du col utérin.

Du reste, ce rétrécissement est toujours une circonstance fâcheuse pour la fécondation, et la dilatation est souvent inutile,

parce qu'il se complique fréquemment d'un rétrécissement analogue des trompes.

TROMPES UTÉRINES. — Les trompes peuvent manquer complètement. Cette absence coïncide au moins avec l'atrophie ou l'absence des ovaires. Il est incontestable que ce vice de conformation a pour conséquence une stérilité absolue. Il en est autrement si l'absence ou l'atrophie ne porte que sur une seule trompe, la fécondation peut parfaitement avoir lieu. L'oblitération congénitale d'une ou de deux trompes, si toutefois elle existe, exercerait la même influence que l'atrophie ou l'absence de ce conduit. Ces altérations ne peuvent être constatées sur le vivant.

OVAIRES. — Dans le cas d'absence ou d'atrophie des deux ovaires, caractérisée par le défaut de menstruation, et, d'après M. Négrier, par des changements importants dans l'organisation de la femme, la stérilité est absolue et tout à fait incurable.

L'absence de menstruation est-elle un indice que les deux ovaires manquent ou sont atrophiés? Cette opinion est généralement reçue, et peu de médecins ont essayé de la contredire. Cependant Bischoff admet, d'après les observations qui lui sont propres, que des femmes qui ne sont pas réglées et qui ne l'ont jamais été, peuvent parfaitement être fécondées et devenir enceintes; l'ovulation spontanée a lieu chez ces femmes, sans qu'il y ait d'écoulement sanguin menstruel, question qu'il faut regarder comme loin d'être résolue et qui demanderait de nouveaux travaux.

On a essayé de faire jouer un certain rôle aux hernies congénitales des ovaires dans la production de la stérilité, ce qui a peu d'importance. D'abord ces hernies sont fort rares; puis, dans la plupart des cas, elles ne comprennent pas les deux organes à la fois. Il serait donc oiseux de discuter cette question, envisagée sous le point de vue de la stérilité.

CLITORIS. — M. Roubaud, dans son ouvrage sur la stérilité, fait jouer un rôle important au clitoris dans l'acte de la fécondation chez les femmes. L'absence ou l'atrophie de cet organe

serait capable de déterminer chez la femme qui le présenterait un état général tout spécial, auquel il donne le nom de *frigidité*, et dont l'existence serait un obstacle sinon complet, du moins fort grand pour la fécondation. M. Fleury, dans un article intéressant publié dans le *Progrès* du 8 octobre 1858, professe une opinion analogue lorsqu'il dit : « Il résulte de ce qui précède que, pour nous, le *tempérament génital* chez la femme est un *tempérament clitoridien*, et qu'il ne serait en même temps un *tempérament ovarien* qu'autant que le développement des ovaires serait toujours en raison directe de celui du clitoris. » C'est, du reste, une question qui est tout entière à élucider; tout en admettant l'influence clitoridienne, M. Fleury ne pense pas que l'absence du tempérament auquel il donne ce nom soit une cause de stérilité.

ARTICLE II. — Modifications locales et acquises des organes génitaux.

Ces lésions locales sont de deux espèces et consistent en effet dans des altérations matérielles aiguës ou chroniques, ou bien dans des déviations de l'utérus : tel est l'ordre que nous allons suivre dans leur énumération.

OVAIRES. — Les divers états pathologiques des ovaires peuvent entraîner la stérilité, mais à la condition que les deux organes soient malades simultanément ou successivement. Quelque graves que soient les maladies dont un ovaire puisse être atteint, si l'autre est resté intact, la fécondation peut toujours avoir lieu.

Tel est le cas dans lequel on trouve l'ovarite aiguë ou chronique, les abcès des ovaires, l'hémorrhagie des ovaires, les tumeurs de diverses natures qui se développent dans leur parenchyme. Si elles n'occupent qu'un seul ovaire, il n'y a pas lieu de s'en occuper sous le point de vue de la fécondité. Si les deux ovaires sont malades, s'il y a, par exemple, une ovarite double, il y a lieu de craindre, même dans le cas de guérison, une stérilité incurable. Il est donc extrêmement important, dans ces ova-

rites doubles qui, bien que rares, n'en existent pas moins, d'employer un traitement vigoureux et énergique pour les faire avorter le plus tôt possible et les empêcher d'arriver à la supuration. Dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire encore peu avancée, l'ovaire resté sain ne subit aucune influence, et la fécondation peut encore avoir lieu. Mais dès que la maladie fait des progrès, l'ovaire du côté sain subit toujours des modifications telles qu'il en résulte une stérilité contre laquelle l'art est impuissant.

Les hernies ovariennes doubles semblent encore une cause d'infécondité, mais tout est à faire sur ce sujet, et la science est loin d'être fixée à cet égard.

D'après M. Rouband, il pourrait y avoir une lésion vitale des fonctions ovariennes, sans modification matérielle de la structure de ces organes, et qui empêcherait les ovaires de produire l'ovulation mensuelle. Cette opinion est possible; mais, jusqu'à présent, elle n'est qu'une simple hypothèse: il est en effet probable, d'après les recherches de Bischoff, que l'ovulation pouvait avoir lieu sans écoulement sanguin mensuel, et par conséquent qu'une femme non réglée pouvait devenir enceinte. L'absence de menstruation est donc tout à fait insuffisante pour démontrer la réalité de cette lésion vitale des ovaires.

TROMPES. — Il existe un grand nombre de cas de stérilité qui sont dus à l'oblitération des trompes. Toutes les fois que la membrane muqueuse de ces conduits est le siège d'une lésion phlegmasique, on a beaucoup à redouter une stérilité consécutive. On doit à M. le docteur Mercier d'avoir appelé l'attention des médecins sur cette cause bien fréquente d'infécondité. L'inflammation des trompes peut se montrer dans des circonstances différentes. Ainsi toute métrite aiguë ou chronique du corps de l'utérus peut conduire à l'inflammation des trompes; toute péritonite, surtout lorsqu'elle siège à la partie inférieure de l'abdomen, peut encore, et plus certainement, amener cet état phlegmasique. L'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin a souvent produit ce résultat. La conséquence la plus fréquente

de cette inflammation des trompes est une oblitération complète ou au moins un rétrécissement considérable du canal de ces organes, occasionné soit par des dépôts pseudo-membraneux, soit par des adhérences.

L'oblitération des trompes peut encore se montrer dans d'autres circonstances que l'état phlegmasique. Ainsi, toutes les fois qu'il se développe des lésions organiques graves de l'utérus, ou des ovaires, telles que des tumeurs fibreuses, des cancers, des hydropisies enkystées, les trompes sont entraînées, confondues dans les altérations organiques, et leur oblitération, sinon leur destruction, en est la conséquence nécessaire; dans tous ces cas divers, on conçoit que la stérilité en soit la conséquence nécessaire, et qu'il soit bien difficile, sinon impossible, d'y remédier. Si les trompes sont détruites, il n'y a pas lieu de songer à un traitement; dans un cas de simple altération, un médecin anglais, Tyler Smith, a proposé de pratiquer la dilatation des trompes à l'aide d'instruments qu'il a inventés. Je ne pense pas qu'une telle opération soit possible et qu'on puisse lui accorder la moindre confiance.

UTÉRUS. — On doit rechercher les causes de stérilité dans les maladies du corps et du col de l'utérus. Nous adopterons cette division.

Maladies du corps de l'utérus. — On peut établir que toute affection susceptible d'oblitérer l'ouverture des trompes dans la cavité utérine est susceptible de produire la stérilité. Celle-ci peut donc reconnaître pour origine les états suivants:

- 1° *L'inflammation* du tissu du corps de l'utérus dans le voisinage des trompes;
- 2° *L'inflammation catarrhale* de la membrane interne du corps de l'utérus.

Le mode d'action de ces deux causes n'est pas le même: dans le premier, c'est le tissu qui, par sa tuméfaction, obstrue l'ouverture des trompes; dans le deuxième, c'est la sécrétion mucosopurulente qui, remplissant la cavité utérine, s'oppose à l'action fécondante du fluide spermatique et à l'imprégnation de l'ovule.

Dans ces deux cas, la stérilité est passagère et accidentelle, et il ne sera nullement besoin de s'en occuper d'une manière spéciale; on combattra l'état phlegmasique du tissu utérin et de la membrane muqueuse, et après sa disparition la stérilité temporaire cessera également.

3° *Hydrométrie par amas de mucosités.* — En supposant qu'elle puisse exister chez une femme menstruée, elle déterminera encore une stérilité temporaire, qui disparaîtra avec la cause qui y a donné naissance.

4° *Tumeurs fibreuses de l'utérus.* — Ainsi que nous l'avons démontré plus haut, elles ne sont pas un obstacle à la fécondation. On possède des cas assez nombreux de grossesse et de parturition, malgré l'existence de tumeurs fibreuses assez volumineuses.

5° *Cancer de l'utérus.* — Il paraît se trouver dans les mêmes conditions; des femmes atteintes de cette malheureuse affection ont pu être fécondées et même accoucher naturellement.

6° *Hydropisie enkystée des ovaires.* — Indépendamment de son action sur les ovaires et les trompes, elle peut encore agir d'une manière spéciale sur l'utérus, qu'elle aplatit et atrophie complètement, de manière à rendre toute fécondation impossible dans sa cavité.

Maladies du col de l'utérus. — 1° *Inflammation catarrhale aiguë ou chronique de la membrane muqueuse de la cavité cervicale.* — Elle est la cause bien fréquente d'une stérilité momentanée qui, en pareil cas, est due à la présence de mucosités purulentes obstruant la cavité cervicale et s'opposant à la fécondation. On conçoit que cette stérilité momentanée, qui, du reste, n'est pas constante dans ces affections, doit nécessairement guérir, lorsqu'on a combattu et qu'on a fait disparaître l'état morbide qui y a donné naissance.

2° *Inflammation catarrhale accompagnée de celle du tissu utérin.* — Elle produit cette stérilité momentanée d'une manière plus certaine que lorsqu'elle n'occupe que la membrane muqueuse, et elle disparaît également avec la maladie.

3° *Oblitérations partielles de la cavité cervicale.* — A la suite des inflammations chroniques du col de l'utérus qui ont duré très longtemps, et dont le traitement a été négligé, il n'est pas rare d'observer des oblitérations partielles de la cavité cervicale, des brides, des adhérences plus ou moins intimes, des rétrécissements parfois assez considérables. Or, ces suites des inflammations chroniques peuvent produire une stérilité permanente, et les femmes qui en sont atteintes ne peuvent plus être fécondées.

Le diagnostic de ces brides, de ces adhérences, de ces rétrécissements et de ces oblitérations n'est pas très difficile; c'est au moyen de la sonde utérine que l'on peut en apprécier le degré, le caractère et la nature.

Quant à leur traitement, il est assez simple; il consiste exactement dans l'emploi des mêmes moyens que nous avons décrits en nous occupant des rétrécissements congénitaux: il faut dilater les orifices et la cavité du col au moyen de dilateurs qu'on y introduit. Je ne reviendrai pas ici sur les conditions du traitement, sa durée, les précautions à prendre, ce serait une inutile répétition, car il faut opérer exactement de la même manière (voy. p. 435).

4° *Cancer du col utérin.* — Il ne s'oppose pas à la fécondation dans sa première période.

5° *Sensibilité et contractilité du col utérin.* — D'après M. Roubaud, le col utérin serait doué d'une sensibilité et d'une contractilité spéciales, dont l'augmentation, la diminution ou la perversion pourraient devenir une cause de stérilité en s'opposant à l'introduction du fluide spermatique dans la cavité utérine. Cela est possible, mais où en sont les preuves et pourront-elles être jamais données?

VAGIN. — Il est généralement admis qu'un certain nombre de lésions accidentelles peuvent déterminer dans le vagin des obstacles à la fécondation, et devenir ainsi causes de stérilité.

Les inflammations aiguës et chroniques de la membrane muqueuse du vagin, surtout quand elles succèdent à des plaies,

des blessures ou des contusions, ou bien qu'elles durent depuis un temps très long, s'accompagnent souvent de pertes de substance ou d'ulcérations plus ou moins profondes; toutes les fois que ces deux conditions se rencontrent dans une vaginite aiguë ou chronique, il y a des chances pour que la guérison n'ait pas lieu sans brides, sans adhérences, sans rétrécissements ou même sans oblitérations partielles. Or, ces diverses espèces de lésions peuvent être un obstacle à l'introduction du pénis et à l'acte du coït; de là une cause de stérilité.

Pour combattre cette cause de stérilité, on doit essayer successivement : la dilatation avec des éponges préparées; les douches ascendantes de diverses espèces, moyens qu'il faudra continuer longtemps si l'on veut réussir. En cas d'insuccès, on aura recours à une opération sanglante, au débridement; mais on ne devra y songer que lorsqu'on aura employé longtemps et sans succès les autres moyens que je viens de mentionner. J'insiste sur cette circonstance, parce que toute opération avec le bistouri, faite sur le vagin, peut être suivie d'un rétrécissement plus considérable que celui que l'on veut combattre.

TUMEURS SIÉGEANT DANS LES PARTIES VOISINES. — On trouve quelquefois des causes d'infécondité dans les tumeurs voisines du vagin, de l'utérus, des trompes ou des ovaires. Lorsqu'il en est ainsi, c'est en vertu d'une action mécanique et de la compression qu'elles exercent sur ces parties, qu'on peut se rendre compte du développement de cette stérilité. On conçoit qu'il n'y ait pas de médication spéciale à employer contre de pareilles causes.

DÉVIATIONS UTÉRINES. — Il est un fait général qu'on ne saurait méconnaître, c'est que la condition anatomique nécessaire pour que la fécondation puisse s'opérer, est que le liquide spermatique puisse pénétrer dans l'orifice du col de l'utérus. Or, pour que ce résultat soit obtenu, il faut que dans l'acte du coït l'extrémité du canal de l'urèthre corresponde à peu près au niveau de l'orifice du museau de tanche et un peu au-devant de lui.

Un rapport absolu dans la direction des axes des deux conduits

n'est pas rigoureusement nécessaire; mais ils ne doivent pas être trop écartés l'un de l'autre.

Pour que cette condition anatomique soit remplie, une déviation un peu notable de l'utérus ne doit pas exister. Cette nécessité de rapports dans la direction des deux axes a été contestée, cependant le fait est parfaitement vrai, puisque toutes les fois qu'il y a une déviation un peu considérable, il y a infécondité, et que l'infécondité cesse quand on peut faire disparaître le déplacement. Les déviations doivent donc être considérées comme une cause assez fréquente de stérilité.

Avant de les étudier sous ce point de vue, je dois rappeler ici une observation que l'on doit à M. Roubaud, et dont la démonstration est loin d'avoir été donnée. D'après ce médecin, il existerait en dehors des déviations classiques, décrites par tous les auteurs, des déplacements momentanés, qui se produisent seulement pendant la durée du coït, quand les dimensions du membre viril sont hors de proportion avec celles du vagin, et qui disparaissent ensuite. Ces déplacements, qu'on ne peut retrouver ni par le toucher vaginal, ni au moyen du spéculum, constitueraient cependant une cause assez fréquente d'infécondité. Certainement ce fait est possible, mais n'est-ce pas encore une hypothèse?

Déplacement ou haute élévation de l'utérus. — L'élévation de l'utérus s'observe dans quelques cas, fait incontestable, rare, et qu'on a regardé hypothétiquement comme une cause de stérilité; il faudrait des observations bien rigoureuses pour admettre une semblable conclusion. Si le fait était vrai, ce dont je doute beaucoup, je ne sais quels moyens on pourrait employer pour combattre cette espèce de déplacement.

Abaissement de l'utérus. — Lorsque l'abaissement de l'utérus est tel que le museau de tanche est entre les lèvres de la vulve, ou même l'a franchie, il est bien évident que la fécondation est difficile (1); la seule manière d'y obvier est la réduction de

(1) Une femme atteinte d'un prolapsus complet a pu devenir enceinte par suite de l'intro-mission directe du pénis dans la cavité utérine.

l'utérus. Si l'abaissement est moins considérable, et si le museau de tanche est à quelques centimètres de la vulve, il y a bien souvent une cause d'infécondité, et voici comment : le membre viril introduit dans le vagin passe en arrière du museau de tanche et arrive dans le cul-de-sac vaginal rétro-utérin, où l'éjaculation a lieu, et où elle est complètement stérile, car le sperme est lancé contre la face postérieure du corps de l'utérus. Un moyen bien simple pour obvier à cette cause d'infécondité, lorsqu'on en a constaté l'existence, est de conseiller au mari de se retirer un peu au moment de l'éjaculation, de manière à faire correspondre l'orifice du canal de l'urèthre à l'ouverture du museau de tanche. En opérant ce mouvement de retrait, le gland doit se trouver placé entre les grandes lèvres, presque à la vulve. Ce moyen, très simple, a souvent réussi; mais n'est-il pas bien préférable de combattre ces légers abaissements par des injections ou des douches froides, comme nous l'avons indiqué (voy. p. 296).

Renversement de l'utérus. — Le renversement de l'utérus est une cause absolue d'infécondité, tant qu'on n'y aura pas remédié. La réduction de cette espèce de déplacement et le maintien de cette réduction sont les seuls moyens à employer.

Antéversion de l'utérus. — Dans l'antéversion portée à un haut degré, le col de l'utérus est situé en arrière, et dirigé vers l'excavation du sacrum; le museau de tanche correspond à la paroi antérieure du rectum. Il est évident qu'en pareil cas, la fécondation doit être fort difficile. Le membre viril, pendant l'acte du coït, est parallèle à la direction de l'utérus, et l'émission du sperme a lieu au-dessous du museau de tanche, et dans une ligne parallèle à la direction de l'orifice de la cavité cervicale, en arrière. On conçoit la difficulté que le fluide spermatique éprouve avec une telle émission, pour pénétrer dans la cavité utérine, d'autant plus que la paroi vaginale postérieure, en s'appliquant sur le col, joue vis-à-vis de lui le rôle d'une véritable soupape, qui s'oppose à ce que le liquide spermatique passe du vagin dans l'utérus.

Une antéversion aussi considérable coïncidant la plupart du temps avec un état phlegmasique du corps ou du col de l'utérus, le premier conseil à donner, est de combattre cet état phlegmasique. Une fois l'inflammation disparue, on insistera sur les douches et les injections froides, et il est probable que l'antéversion sera diminuée d'une manière assez notable pour que la fécondation puisse avoir lieu. Dans le cas contraire, si elle vient à persister, on peut avoir recours à deux moyens bien simples : le premier, qui est dû à M. Rayer, consiste à introduire une éponge dans l'excavation du sacrum en arrière du col utérin, manœuvre qu'il est facile d'exécuter; cette éponge refoule le col en avant, et donne à l'orifice de la cavité cervicale une direction convenable et de nature à permettre la fécondation d'avoir lieu; dans le second, on conseille le coït *more bestiarum*. On prétend que dans cette position l'extrémité du canal de l'urèthre est située en haut et en arrière, et par conséquent qu'il est dans une position convenable pour que le liquide spermatique pénètre dans la cavité utérine. C'est un moyen qu'on peut tenter, et qui, en somme, ne présente aucun inconvénient. Réussit-il? C'est autre chose, et je ne me chargerais pas de l'affirmer.

Rétroversion de l'utérus. — Dans la rétroversion considérable, le col de l'utérus est en avant et en haut, en arrière du pubis. Dans l'acte du coït, le pénis passe dessous le col de l'utérus, suit la direction de la face postérieure de l'utérus, qui est devenue inférieure, et lorsque l'éjaculation a lieu, le fluide spermatique est lancé dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Il est donc impossible que, dans ce cas, la fécondation ait lieu.

Pour y remédier, je donnerai d'abord le même conseil que pour l'antéversion, c'est-à-dire qu'il faut combattre l'état phlegmasique qui accompagne en général ces rétroversions considérables, et une fois l'inflammation disparue, avoir recours aux douches et aux injections froides. La rétroversion sera probablement assez diminuée pour que la fécondation puisse avoir lieu.

Dans le cas où elle persisterait, on pourrait employer l'éponge

de M. Rayer qu'on placerait dans le cul-de-sac vaginal antérieur, afin de repousser en arrière le corps de l'utérus. On redonnerait alors en partie au col sa direction normale; on pourrait même agir comme dans l'abaissement simple, et terminer l'acte du coït en plaçant l'orifice du canal de l'urèthre à l'entrée du vagin et immédiatement en arrière de la vulve.

Flexions de l'utérus. — Les flexions de l'utérus sont très souvent combinées avec des versions; il serait important de les étudier si l'on voulait chercher la cause d'une stérilité. On peut en pareil cas, du reste, déterminer avec soin la place du col de l'utérus et du museau de tanche, et donner un conseil en rapport avec cette position.

D'après Scanzoni, les flexions de l'utérus sont portées quelquefois à un tel degré que, par suite de la plicature qu'elles produisent, la cavité utérine et celle du col sont complètement séparées l'une de l'autre, et qu'il en résulte une impossibilité de fécondation. Il est possible que les choses se passent ainsi; mais une flexion portée au point de produire ce résultat est toujours accompagnée d'un état phlegmasique de l'organe fléchi. Toute l'indication consiste donc à combattre cet état phlegmasique, et une fois disparu, il est probable que l'oblitération momentanée des cavités utérines aura également cessé d'exister.

ARTICLE III. — État général de la constitution dans ses rapports avec la stérilité.

Constitution, tempérament. — La constitution et le tempérament ne semblent avoir aucune influence sur la stérilité. On voit tous les jours la fécondation s'opérer chez des femmes faibles, chétives, à tempérament lymphatique ou scrofuleux, tandis qu'elle ne peut se faire chez des femmes fortes, vigoureuses et d'un bon tempérament, qui restent constamment stériles.

Anémie, chlorose. — L'anémie et la chlorose, quelles que

soient les causes qui les aient déterminées, sont une des causes les plus communes et les plus certaines de stérilité. Il est rare qu'une femme anémique devienne enceinte; le diagnostic de cette cause de stérilité est très facile, et l'on peut bien souvent la combattre avec fruit. Je renvoie l'histoire du traitement de ces deux états morbides au chapitre qui leur est consacré et dans lequel je m'étendrai longuement sur les moyens qui leur conviennent.

Maladies antérieures. — Toute femme convalescente d'une maladie grave est nécessairement stérile pour un certain temps; elle recouvre en général cette faculté lorsqu'elle est complètement rétablie. Cependant il est certaines maladies, telles que la fièvre typhoïde, qui, lorsqu'elles sont graves et de longue durée, jettent une telle perturbation dans l'organisme et le modifient tellement pour l'avenir, que la stérilité succède chez elles à l'état contraire qu'elles présentaient avant. En pareil cas, il faut tout attendre du temps, des moyens hygiéniques, des eaux minérales ou des bains de mer convenablement employés.

Maladies chroniques. — Toutes les maladies chroniques ne sont pas une cause de stérilité, tant s'en faut. On voit journellement des femmes tuberculeuses, cancéreuses, devenir enceintes; mais cependant on peut établir d'une manière générale que toutes les fois qu'une maladie chronique a fortement débilité une femme, celle-ci devient stérile.

Voilà bien des causes de stérilité, et cependant il reste encore un certain nombre de femmes qui sont stériles, et chez lesquelles on ne peut découvrir aucune des causes nombreuses que nous avons passées en revue.

Bien des causes ont été invoquées pour expliquer cette stérilité, et surtout pour la faire disparaître; on est arrivé à un résultat presque nul. Posons cependant bien l'état de la question.

Tous les jours, on observe la stérilité chez des femmes fortes, bien constituées, robustes, d'un tempérament très bon, jeunes, bien réglées, sans aucune maladie. Quelle est la cause de la stérilité chez elles? Voici les explications qui ont été proposées :

1° *Stérilité relative.* — On doit comprendre sous ce nom cet état de certaines femmes qui sont infécondes avec un homme et fécondes avec un autre. On a prétendu expliquer ce fait en disant que la femme était sans doute malade et atteinte de quelque affection utérine avec le premier mari; mais c'est une explication mauvaise. Le fait, bien que rare, est réel et positif; il faut entre l'homme et la femme un certain *consensus* parfaitement inexplicable pour que la fécondation ait lieu. Je résume de la manière suivante la difficulté que présente ce fait: il y a des hommes et des femmes parfaitement aptes à la fécondation si on les sépare, et qui ensemble sont parfaitement stériles; pour cette cause, nous ne pouvons rien, et nous nous abstiendrons de donner un conseil.

2° *Défaut de tempérament génital.* — Quelle que soit la nature que l'on assigne au tempérament génital, qu'on le considère comme un tempérament ovarien, utérin ou clitoridien, peu importe; il semble évidemment sans influence sur la fécondation. Ne sait-on pas que les femmes les plus éloignées de ce tempérament peuvent être parfaitement fécondées?

3° *Absence de sensation voluptueuse chez la femme.* — Ceci est encore une grande erreur: les femmes les plus froides et qui ont même de la répulsion pour l'acte du coït, comme on en voit quelquefois, peuvent être parfaitement fécondées. Ne sait-on pas aussi que des femmes ont pu être fécondées sans avoir la conscience que l'acte du coït avait été pratiqué?

4° *Excès de sensation voluptueuse de la part de la femme.* — Cette cause doit encore être mise de côté, au moins comme influence générale; il est évident que des femmes ardentes peuvent aussi bien être fécondées que d'autres.

5° *Excès de coït.* — Il est évident que beaucoup de filles publiques ne deviennent jamais enceintes. On a invoqué l'absence de sensation voluptueuse chez elles; le fait est possible, et même la plupart sont restées stériles après avoir quitté leur métier.

6° *Embonpoint extrême.* — Il est bien souvent une cause de

stérilité; mais cependant il est loin d'en être une exclusion absolue.

7° *Maigreur extrême.* — Elle produit quelquefois le même résultat; mais le fait est moins commun que pour l'embonpoint.

8° *Durée de l'existence de l'ovule.* — Voici une cause d'infécondité apparente sur laquelle M. Négrier (1) a insisté.

Depuis que la théorie de l'ovulation est à peu près généralement admise, on reconnaît que la fécondation de la femme ne peut avoir lieu que pendant la durée de l'existence de l'ovule qui comprend le temps de la menstruation et les huit ou dix jours suivants. Si cette doctrine est vraie, toute femme serait inféconde hors le temps que nous venons d'établir. Il est probable que les faits se passent ainsi; cependant la science n'en possède pas une démonstration rigoureuse.

M. Négrier a été plus loin. La durée de l'existence des ovules est variable; elle peut ne dépasser le temps de la menstruation que de deux, trois, quatre ou cinq jours, ou n'être exactement que celle de la menstruation elle-même; alors les femmes peuvent sembler stériles tout en ne l'étant pas, et voici comment. Généralement il n'y a pas de rapports conjugaux pendant la période menstruelle de la femme; or, si une femme dont les ovules n'ont de durée d'existence que celle de la menstruation elle-même n'a de rapports conjugaux qu'en dehors de cette période, elle sera inféconde; aussi M. Négrier conseille-t-il, en pareil cas, le coït pendant les règles: il cite un certain nombre d'observations de femmes longtemps stériles, auxquelles il donna ce conseil et qui devinrent enceintes. D'après lui, toutes les fois qu'on est consulté pour une femme stérile, avant de prononcer l'infécondité absolue, on doit conseiller aux époux cette tentative. — Les faits de M. Négrier paraissent concluants, mais il en faudrait un plus grand nombre pour se prononcer d'une manière absolue.

Telles sont les causes invoquées pour expliquer la stérilité.

(1) Négrier, *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme*, 1858, 1 vol. in-8.

Chacune d'elles y contribue peut-être un peu pour sa part, ou bien plusieurs se réunissent probablement pour produire ce résultat. Il n'en reste pas moins positivement établi qu'il est un certain nombre de femmes qui, en l'absence de toutes ces causes et même des dernières que nous venons de passer en revue, sont bien définitivement stériles.

ARTICLE IV. — Traitement de la stérilité absolue et sans cause appréciable.

On a conseillé un certain nombre de moyens, tous empiriques, contre l'espèce de stérilité que nous venons d'étudier en dernier lieu; nous allons les passer rapidement en revue.

Bains de mer. — Ils réussissent souvent; mais a-t-on affaire à une stérilité simple ou à une stérilité causée par l'anémie? elles ont été bien souvent confondues, de sorte qu'il est difficile de se prononcer d'une manière absolue sur la valeur de cette médication.

Eaux minérales ferrugineuses. — Elles ont quelquefois donné de bons résultats. On emploie de préférence les eaux ferrugineuses de Forges, de Spa, de Schwalbach, de Pyrmont, etc.; mais on peut se poser la même question que pour les eaux de mer, et se demander si ce ne sont pas encore des stérilités par suite d'anémie qu'on a fait ainsi disparaître.

Les eaux sulfureuses en général, et quelques-unes de celles des Pyrénées en particulier, ont été et sont encore conseillées contre la stérilité. Elles ont réussi quelquefois; mais n'ont-elles pas agi plutôt en opérant la guérison d'affections utérines anciennes persistant et s'opposant à ce que la fécondation pût avoir lieu? Ces eaux ne pouvaient-elles agir encore en reconstituant l'organisme?

Les eaux d'Ems sont souvent recommandées et ont quelquefois réussi; la propriété fécondante appartiendrait à l'action directe d'une source qu'on dirige, à l'instant de sa sortie de terre, sur les parties génitales de la femme. On commence par l'administrer sur les parties externes, et plus tard on

dirige le jet de la douche mitigée sur le col de l'utérus, au moyen d'une canule de caoutchouc.

L'administration de cette douche, que j'ai pu étudier moi-même avec soin, me semble un des meilleurs moyens à employer contre la stérilité, et j'ai eu occasion de la voir réussir dans deux cas.

On a conseillé une foule de médicaments empiriques, et que l'on regarde peut-être encore comme spécifiques de la stérilité; aucun n'est sérieux, et il est inutile de les énumérer.

En terminant, constatons que malheureusement un certain nombre de stérilités absolues et sans cause appréciable sont complètement incurables.

CHAPITRE V.

DE L'INFLUENCE DES DIATHÈSES (1), ET DES MALADIES CONSTITUTIONNELLES SUR LE DÉVELOPPEMENT DES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS.

Le rôle des diathèses, méconnu ou négligé pendant longtemps, commence à être étudié de nouveau avec soin. Pour beaucoup d'affections, on veut aller au delà de l'état local et des lésions que l'œil ou le microscope permet de constater, et rattacher une série de maladies à des causes plus générales, à des diathèses;

(1) L'expression *diathèse* que j'emploie ici n'aura peut-être pas l'approbation de tous les médecins. Voici à cet égard l'opinion de deux hommes fort distingués:

M. N. Gueneau de Mussy (*) définit ainsi les diathèses: « On donne le nom de *diathèses* à ces conditions pathologiques, à ces états morbides constitutionnels qui se révèlent par des manifestations le plus souvent multiples, successives ou simultanées. » Et plus loin: « Une fois développées, elles s'emparent de l'organisme, deviennent une puissance dont il est pour ainsi dire vassal et avec laquelle il doit compter; tantôt s'y révélant par les manifestations qui leur appartiennent en

(*) Gueneau de Mussy, *Traité de l'organe glanduleuse*, 1857, 1 vol. in-8.