

sent, la vulve se flétrit, les poils blanchissent et tombent, les mamelles s'affaissent. Un processus d'atrophie par sclérose envahit l'appareil génital tout entier.

Cette période de transition n'est pas sans déterminer quelques troubles parallèles à ceux qui ont signalé l'établissement de la puberté (*âge critique*). Chez les femmes bien portantes par ailleurs, ils sont légers et éphémères, et disparaissent après les dernières menstruations; mais lorsque existe une tare pathologique, on peut les voir prendre une importance sérieuse.

a. *Troubles utérins*. — On observe assez souvent, dans les derniers mois, des ménorrhagies, succédant ou non à une période d'aménorrhée, et de véritables métrorrhagies. Celles-ci sont liées à un simple trouble circulatoire, à de l'endométrite, à un polype passé inaperçu, ou sont symptomatiques d'un début de dégénérescence maligne. Il en est de même des hémorrhagies, qu'on a vues survenir quelquefois, même avec un semblant de périodicité, plusieurs années après la ménopause.

On ne manquera pas de faire, dans ces cas, un examen local : l'importance du diagnostic l'impose.

Si elles sont d'origine congestive, ou liées à la métrite, ces hémorrhagies sont peu inquiétantes et cesseront bientôt spontanément. Symptomatiques du cancer, elles ont naturellement un pronostic tout autre; toutefois, la précocité du diagnostic sera le meilleur élément de succès du traitement.

b. *Troubles circulatoires*. — Du côté de l'appareil circulatoire, on observe des congestions viscérales (pulmonaire, hépatique), l'hémorrhagie cérébrale, les hémorrhoides, l'hématurie, un retour de règles déviées, etc., des sueurs ou de la galactorrhée périodiques.

c. *Troubles de nutrition*. — La ménopause peut être le signal de la pléthore et de l'obésité, du rappel de la scrofule (Trousseau) et de la chlorose (Barié), des premières manifestations de la goutte et du rhumatisme chronique (Charcot).

d. *Troubles nerveux*. — Du côté du système nerveux : vertiges, étouffements, palpitations, bouffées de chaleur, névralgies diverses et de l'ovaire en particulier (L. Tait). Comme à l'autre extrémité de la vie génitale, on observe parfois des *grossesses nerveuses* qui s'expliquent par un réveil du sens génésique, et coïncident avec un commencement d'embonpoint (Charpentier). Des troubles plus graves peuvent encore se montrer : paraplégie, recrudescence ou apparition de manifestations hystériques, épileptiques (Barié) et de psychoses diverses, chez les dégénérées ou les héréditaires.

Enfin les exanthèmes menstruels prennent souvent une nouvelle vigueur et peuvent, dès lors, devenir chroniques.

Il est de règle physiologique que la ménopause marque le terme de la vie génitale, sinon sexuelle, de la femme. Quelques faits exceptionnels prouvent cependant que la stérilité n'est pas toujours définitive : on a vu des grossesses survenir deux ans (Deshayes) trois ans (Lemoine), six ans (Puech), et même douze ans (Renaudin), après la cessation des règles.

Il n'y a pas de traitement général des accidents de la ménopause : chacun d'eux présente ses indications propres. Toutefois, on diminuera leurs chances d'apparition par une hygiène convenable : alimentation légère, laxatifs, exercice au grand air, abstention de travaux excessifs, de trop grande tension cérébrale, grande modération dans les relations conjugales, etc.

CHAPITRE II

TROUBLES DE LA COPULATION.

Chez la femme, comme chez l'homme, s'observent des anomalies fonctionnelles ou anatomiques qui entravent, d'une façon absolue ou relative, l'accomplissement de l'acte sexuel ou son but : la fécondation.

Les unes sont relatives à l'appétit sexuel, qui est nul (*anaphrodisie*), ou excessif (*nymphomanie*); les autres, à l'acte lui-même qui, du fait de la femme, peut être impossible ou difficile (*dyspareunie*).

L'*anaphrodisie* et la *nymphomanie* sont, le plus souvent, des troubles d'origine centrale et nous renvoyons, pour leur étude complète, aux traités de médecine mentale. Leur point de départ peut cependant être génital et comme, d'autre part, le gynécologue est parfois consulté à leur sujet, nous en donnerons un rapide aperçu.

I. — Anaphrodisie.

L'*anaphrodisie* diffère de l'*impuissance* en ce qu'elle n'est pas un obstacle à la copulation; la *stérilité* n'en est nullement la conséquence nécessaire.

Elle est caractérisée par le défaut de désirs vénériens ou l'absence des sensations spéciales que procure l'acte. Elle est complète ou relative et analogue à la *frigidity* chez l'homme.

Étiologie. — a. *Causes générales*. — Toutes les maladies aiguës

ou chroniques aboutissant à une débilitation excessive de l'organisme : fièvres graves, hémorrhagies profuses, diabète, diarrhée chronique, surmenage, etc., peuvent diminuer ou abolir l'appétit sexuel. Cet effet secondaire est généralement passager. L'obésité, le lymphatisme, ont une certaine influence. Avant la puberté, l'appétit sexuel n'est pas encore éveillé et après la ménopause, il disparaît généralement : les exceptions d'âge abondent cependant.

b. *Causes d'origine nerveuse.* — Les névroses, l'hystérie en premier lieu (par ses troubles psychiques ou par l'anesthésie locale qu'elle engendre), l'épilepsie, l'hypochondrie; les psychoses dépressives, certaines myélites, la paraplégie, l'atrophie cérébrale, etc., sont les causes les plus fréquentes et les plus effectives de l'anaphrodisie complète. Les excès d'onanisme ou de coït, le saphisme, aboutissent au même résultat, par l'épuisement nerveux, la dépravation du sens ou la débilitation générale qu'ils entraînent. Les émotions morales dépressives agissent pour un temps. Enfin l'antipathie individuelle a une importance étiologique et sociale qui n'est pas à négliger.

c. *Causes génitales.* — Le point de départ du réflexe vénérien n'est ni unique, ni identique pour toutes les femmes. Le clitoris et les bulbes du vagin en sont le siège ordinaire, et le plus impressionnable; mais il se localise aussi sur toute la muqueuse vulvo-vaginale, sur l'utérus, les ovaires, les seins même. Des lésions locales diverses peuvent donc déterminer l'anaphrodisie. Cependant, dans la plupart des observations d'hystérectomie ou d'ablation des annexes, poursuivies dans ce sens, il ne semble pas que la suppression de l'utérus ou des ovaires ait entraîné l'abolition des désirs ni de l'érethisme vénériens.

Le développement rudimentaire ou exagéré du clitoris ne semble pas avoir une grande influence; son absence complète coïncide avec d'autres malformations qui impliquent la dyspareunie plutôt que la frigidity; sa paralysie, liée à des lésions du plexus sacré ou du honteux interne, est plus effective: à ce titre peuvent agir, par compression ou dégénérescences secondaires, les différentes affections pelviennes. La rupture du constricteur du vagin, les dimensions excessives du conduit vaginal, ou sa disproportion avec l'organe mâle, les traumatismes accidentels ou obstétricaux, la sclérose des bulbes et de la muqueuse du vagin, les anciens catarrhes, etc., sont autant de causes plus ou moins actives du trouble en question.

DIAGNOSTIC. — L'anaphrodisie peut être congénitale et complète. Elle tient alors soit à l'absence ou au développement incom-

plet des organes génitaux, ce que l'examen local, sous le chloroforme, permettra généralement de reconnaître; soit à une anomalie de développement (atrophie cérébrale), à un trouble fonctionnel (névroses, psychoses), ou inflammatoire, des centres nerveux (paraplégie, paralysies d'origine centrale). L'anaphrodisie n'a alors qu'une importance secondaire et il est facile de la rattacher aux autres symptômes de l'affection nerveuse. Dans l'hystérie, elle n'est pas toujours définitive et peut disparaître, sans motif apparent, ou au contact d'un autre homme. Il en est de même pour la frigidity d'origine antipathique, qui peut n'exister qu'à l'égard du mari.

A la suite des maladies générales graves, il ne s'agit ordinairement que d'une diminution, ou d'une abolition passagère, du sens génital. L'étude des antécédents et les résultats d'un traitement approprié permettront de la rattacher à sa véritable cause; le retour des désirs vénériens est alors d'un pronostic favorable pour la maladie principale.

En l'absence de causes générales ou nerveuses, l'examen gynécologique permettra de rapporter l'anaphrodisie à une malformation, à un traumatisme, à une lésion inflammatoire ou néoplasique de l'appareil génital ou du bassin. L'anaphrodisie, dans ces cas, est plus ou moins associée à la dyspareunie.

Son pronostic est nécessairement dépendant de sa cause. L'anaphrodisie simple n'empêche ni le coït, qui est alors purement passif, ni la fécondation; elle est cependant une cause relative de stérilité.

TRAITEMENT. — Il varie avec chaque donnée étiologique et nous ne pouvons ici entrer dans le détail de ses indications. Les substances dites aphrodisiaques sont généralement inutiles et souvent nuisibles; la suggestion peut être employée avec succès dans certains cas; on conseillera le repos génital en cas d'abus antérieurs. Le traitement chirurgical de certaines lésions locales peut faire disparaître radicalement le trouble en question. Ainsi en est-il de la périnéorrhaphie et des colporrhaphies qui, en restaurant le constricteur et en rétrécissant le vagin, rendent plus intime le contact de la muqueuse avec l'organe mâle.

II. — Nymphomanie.

La nymphomanie consiste dans une exaltation morbide de l'appétit vénérien et un irrésistible besoin de le satisfaire. Elle diffère de l'érotomanie (Esquirol), qui est un trouble purement intellectuel ou

moral, en ce qu'elle est purement charnelle : les deux variétés peuvent du reste s'associer. C'est la *furor utérine*, *Physteria libidinosa* des anciens, et l'analogue du *satyriasis*, chez l'homme. L'onanisme et le saphisme en sont une expression et peuvent l'engendrer.

ÉTILOGIE. — Ce trouble est le plus souvent d'origine cérébrale ; mais il peut avoir aussi son point de départ dans le système génital : d'où deux ordres de causes, souvent combinées :

a. *Causes cérébrales*. — On observe la nymphomanie : au début de la paralysie générale, dans les périodes d'excitation de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et d'autres vésanies, dont elle constitue un symptôme plus ou moins important. Elle peut dépendre aussi, chez des personnes à imagination trop vive, des causes diverses d'excitation cérébrale : lectures ou conversations érotiques, fréquentation des bals, du théâtre, isolement et désœuvrement, attachement romanesque, etc. (Foville fils). Elle est parfois contagieuse dans les agglomérations féminines.

b. *Causes génitales*. — Les unes sont *fonctionnelles*, comme les excès de masturbation ou de coït normal (cause et effet), la continence, succédant à l'habitude des plaisirs vénériens (veuvage), l'éréthisme produit par le molimen menstruel ou les premiers rapprochements. D'autres sont *pathologiques*, et *mécaniques*, en quelque sorte : dermatoses ou affections prurigineuses de la vulve, développement exagéré du clitoris et des petites lèvres, parasites (oxyures, pediculi, ascarides), abus des lavements et des drastiques.

Les diverses affections de l'appareil génital peuvent aussi produire l'exaltation du sens génésique (Foville fils).

Parmi les aphrodisiaques, la cantharide semble plus particulièrement capable d'agir dans le même sens.

Bien que plus spéciale à la période d'activité génitale, la nymphomanie peut s'observer exceptionnellement dans l'enfance et la vieillesse. Les climats chauds, les tempéraments sanguins, le désœuvrement, etc., sont autant de causes prédisposantes, mais d'une influence très relative.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC. — Lorsque la nymphomanie reconnaît pour cause un prurit local, elle peut tout d'abord être dominée ou dissimulée sous l'empire de la volonté ; mais la perturbation nerveuse survit souvent à la cause accidentelle et se comporte comme si elle était d'origine cérébrale. « La satisfaction du besoin vénérien devient l'unique objectif des pensées de la malade ; toutes ses sensations retentissent voluptueusement sur les organes sexuels ; l'éréthisme persiste jusque dans le sommeil, et se manifeste par des

rêves lascifs » (Foville fils). Toute pudeur disparaît, et si les malheureuses ne peuvent se livrer à l'acte naturel, elles se rejettent sur les ressources variées du saphisme et de la masturbation qu'elles arrivent parfois à préférer, même dans le mariage.

Primitive ou secondaire, la nymphomanie exerce ordinairement une influence profonde sur l'état mental. L'état général est très variable ; la malade peut garder longtemps les apparences d'une santé florissante ou, tout au contraire, la déchéance physique suit de près la déchéance morale.

Localement, on a signalé un développement exagéré, congénital ou acquis, du bassin (Alibert), du clitoris et des petites lèvres. Les muqueuses génitales sont le siège de rougeurs, d'excoriations et d'un suintement plus ou moins profus. Les malades éprouvent des sensations de plénitude, de pesanteur, de brûlure qui influent sur la marche.

PROGNOSTIC. — Si elle est d'origine locale et accidentelle, la nymphomanie, pourvu qu'elle ne soit pas trop invétérée, peut disparaître par le traitement de la cause. D'une manière générale, son pronostic varie avec sa nature et avec le degré du désordre cérébral. Le mariage peut y mettre un terme, et il en est de même d'un traitement moral bien dirigé, lorsque le trouble est modéré, et que l'équilibre organique n'est pas compromis par ailleurs. Les cas invétérés impliquent un pronostic plus sérieux : débilitation générale pouvant conduire à une mort prématurée ou, tout au moins, stérilité, impossibilité de la vie conjugale, avortement, et, pendant la période menstruelle, hémorragies de l'ovaire, hématoécèle, poussées de périmétrite.

TRAITEMENT. — Le traitement le plus efficace est celui de la cause et relève, dans la plupart des cas, de la thérapeutique mentale. En dehors des cas excessifs, justiciables du régime des maisons de santé, on peut conseiller, avec plus ou moins de chances de succès, les distractions, les voyages, une occupation régulière, l'hydrothérapie, les bains de siège, les ablutions froides, un régime léger, la suggestion, etc. En dehors du bromure de potassium, souvent utile, les anti-aphrodisiaques peuvent être rangés, à côté des aphrodisiaques, parmi les moyens empiriques et surannés.

Il y a une trentaine d'années, Baker Brown a essayé de remettre en honneur l'opération orientale de la *clitoridectomie*, comme traitement de certaines névroses, et de la nymphomanie en particulier. On connaît l'accueil que fit à cette ouverture la Société obstétricale de Londres. Il ne semble pas en effet que la

suppression chirurgicale du clitoris, non plus que celle des ovaires, entraîne la perte de l'instinct génésique.

La clitoridectomie, de même que la nymphotomie, peut être indiquée toutefois dans certains cas d'exagération de développement de ces organes, lorsque cette hypertrophie est un obstacle à la copulation, ou s'il est bien prouvé qu'elle soit le point de départ de la nymphomanie.

La névrotomie du honteux interne, faite jadis par Mance et par Simpson, dans le vaginisme, serait plus rationnelle et sans doute tout aussi efficace.

III. — Dyspareunie.

Le mot *dyspareunie*, introduit, croyons-nous, par Barnes, dans la terminologie gynécologique, signifie, dans son acception la plus large : *difficulté dans l'accomplissement du coït*. Les auteurs anglais l'emploient dans le sens plus restreint de : *douleur provoquée par le coït* et, plus particulièrement, lorsque cette douleur est symptomatique d'une affection des organes génitaux internes.

Par analogie avec la dysménorrhée, nous accepterons la première de ces définitions qui nous paraît la plus juste.

Étiologie. — La dyspareunie est donc *anatomique* ou *symptomatique*.

a. *Dyspareunie anatomique*. — La première est caractérisée par l'impossibilité physique de l'intromission et reconnaît pour causes : la disproportion, l'absence, l'imperforation des organes, par malformation congénitale ou acquise (sténoses vulvo-vaginales, cicatrices, prolapsus, tumeurs obstruant le vagin, etc.). (Voir *Malformations*.)

b. *Dyspareunie symptomatique*. — La seconde peut s'observer dans un grand nombre d'affections génitales : décollement marginal (Munde) ou déchirure anormale de l'hymen, traumatismes ou inflammation de la vulve et du vagin, métrites, lésions du col, prolapsus des ovaires, inflammations des annexes et du péritoine pelvien, tumeurs du bassin.

Dans cette variété, les organes, bien conformés d'ailleurs, ne s'opposent pas à l'intromission ; mais la douleur, les mouvements de défense ou les contractures qu'elle provoque, rendent le coït difficile ou impossible. Nous étudierons plus loin le *vaginisme*, qui reconnaît en partie la même étiologie, et qui est lui-même un facteur par excellence de la dyspareunie.

SYMPTOMES. — Dans les formes anatomiques, le coït est impos-

sible, *difficile* ou *dévié*. Il est impossible dans le prolapsus complet, dans l'imperforation, l'absence ou l'obstruction du vagin, etc., en cas de tumeurs de la vulve. Parfois cependant, l'intromission peut se faire, mais *incomplètement* (cloisonnement, tumeurs, cicatrices), ou *difficilement*, et par certains artifices (vulve trop en avant ou trop en arrière). Enfin les efforts réitérés de la copulation creusent parfois des *fausses routes* (urèthre, fistule, tissu cellulaire circumvaginal). La douleur n'est, dans ces cas, qu'un phénomène accessoire, en rapport avec le traumatisme et, par conséquent, variable de caractères et d'intensité. L'obstacle mécanique est tout.

Dans la dyspareunie *symptomatique*, au contraire, c'est par la *douleur* qu'il provoque, que l'acte sexuel est rendu difficile ou impossible. Le siège de cette douleur et ses caractères sont subordonnés au siège et à la nature de la lésion causale. La défloration, l'inflammation des caroncules, des glandes vulvo-vaginales, certains exanthèmes, toutes les inflammations et les traumatismes de la vulve et du vagin, produisent une hyperesthésie qui, sans toujours se compliquer de vaginisme, est telle, que le contact d'un corps étranger est insupportable.

La dyspareunie d'origine utérine revêt souvent le caractère de coliques et peut s'accompagner d'hémorragies.

Trélat, Hildebrandt, Revillout, Budin ont décrit un *vaginisme supérieur*, caractérisé par la contracture des faisceaux internes du releveur de l'anus, sous l'influence d'affections utéro-ovariennes, de certaines ulcérations douloureuses du col, en particulier (Trélat). Avec Pozzi, nous pensons qu'il s'agit simplement ici de phénomènes douloureux, avec mouvements réflexes de défense, constituant une variété de dyspareunie différente du vaginisme proprement dit.

Dans les affections des annexes et du péritoine pelvien, la douleur au coït est presque constante, plus ou moins intense, localisée, ou s'irradiant aux lombes et aux cuisses, et survivant, de plusieurs heures à plusieurs jours, à la consommation de l'acte. Il en est particulièrement ainsi pour le prolapsus de l'ovaire (1), surtout s'il est malade : la douleur est bien localisée et identique à celle que provoque le toucher ; elle apparaît subitement, à l'occasion du coït ; elle est vive, aiguë, nauséuse, intolérable, peut produire une défaillance et s'irradier le long du nerf génito-crural. Elle peut faire défaut dans certaines attitudes et se produire seulement à l'occasion de la défécation.

(1) Vallin, *Thèse Paris*, 1887.

DIAGNOSTIC. — L'étude des antécédents, les caractères, le siège de la douleur et l'examen local permettront, dans ces diverses éventualités, de rattacher la dyspareunie à sa véritable cause.

PRONOSTIC. — La dyspareunie est un symptôme et n'a de valeur que par sa cause; mais elle peut entraîner, par elle-même, des conséquences graves. Elle peut conduire à l'hypochondrie, à la folie, au suicide, et il n'est pas nécessaire d'insister sur ses résultats au double point de vue de la stérilité et de l'union conjugale.

Ces divers troubles : *anaphrodisie, nymphomanie, dyspareunie*, prêtent, en outre, à des considérations médico-légales dans lesquelles nous ne pouvons entrer.

TRAITEMENT. — Il ne peut être question de traitement unique. En traitant convenablement les diverses affections génitales en cause on combattra indirectement la dyspareunie.

Cependant l'examen minutieux de tel cas particulier pourra permettre de donner à la femme ou au mari des conseils propres à atténuer la douleur du coït ou à éluder sa difficulté.

CHAPITRE III

STÉRILITÉ.

La stérilité est l'aptitude, congénitale ou acquise, passagère ou définitive, absolue ou relative, à la fécondation.

Il n'est pas de question aussi compréhensive que celle-ci, puisqu'elle embrasse toute la pathologie génitale et bon nombre d'affections générales des deux sexes.

Nous n'envisagerons ici la stérilité que chez la femme. La complexité de ses organes et son rôle dans la conception impliquent, *a priori*, l'existence d'un plus grand nombre de causes d'infécondité chez elle que chez l'homme, et beaucoup d'auteurs lui en imputaient les neuf dixièmes des cas. Des statistiques récentes lui sont plus favorables et ont établi que le mari est coupable 33 fois (Kehrer), 40 fois (Lier et Ascher), et même 57 fois, sur 100 (Næggerath). Quelle que soit la proportion relative aux deux sexes, la fréquence absolue de la stérilité est grande : elle atteindrait un dixième des ménages.

Les conditions physiologiques que doit réaliser l'organisme féminin, pour assurer la fécondation, peuvent être ainsi résumées : d'une part, ovulation normale, migration facile de l'ovule jusque dans la cavité utérine, aptitude de l'endomètre à assurer son implantation et son

développement; d'autre part, absence d'obstacle à la migration du spermatozoïde, d'une vitalité d'ailleurs normale, jusqu'à sa fusion, en un point variable, avec l'ovule.

Le défaut d'une ou plusieurs de ces conditions nécessaires entrainera la stérilité. Il faut encore que l'état général soit compatible avec la fonction; mais l'intromission du pénis, non plus que la sensation voluptueuse chez la femme, n'est pas indispensable.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — On peut diviser les causes de la stérilité en causes générales et causes locales — celles-ci sont de beaucoup les plus nombreuses (quatre cinquièmes des cas au moins) et les plus importantes.

a. Causes générales. — La stérilité est la règle, sauf exceptions, après la ménopause. Les mariages précoces (avant vingt ans) (Duncan), ou tardifs, y prédisposent. Kiwish a signalé une stérilité relative après trente-cinq ans; elle serait due à la sclérose prématurée des ovaires. Certaines époques de l'année, variables pour chaque femme, seraient plus favorables que d'autres à la procréation (Cohnstein).

Les causes pathologiques comprennent : les causes débilitantes : fièvres graves, excès sexuels de toute nature, consanguinité, mais seulement s'il existe une tare pathologique chez les ascendants, hérédité, excès ou insuffisance d'alimentation; des dyscrasies ou dystrophies diverses : obésité, anémie, chlorose, syphilis, tuberculose, cancer, diabète, albuminurie; les intoxications : alcool, sulfure de carbone, tabac, opium, abus du thé, du tannin, des sulfureux, du bromure et de l'iodure de potassium, etc. Certains tempéraments sont moins aptes que d'autres à la fécondation; la frigidité, la nymphomanie, l'antipathie entre époux, lui sont défavorables. Il en est de même des pratiques mises en œuvre au début du mariage pour se soustraire à l'assujettissement d'une maternité trop prompte, ou pour sacrifier aux doctrines de Maltus.

La stérilité qui résulte de ces diverses causes est ordinairement temporaire et relative, et associée à des troubles menstruels, indices d'une nutrition viciée et d'une ovulation imparfaite.

b. Causes locales. — Ce sont celles qui dépendent vraiment du domaine gynécologique. Il est difficile de les classer régulièrement : plusieurs d'entre elles sont souvent associées sans qu'il soit possible d'apprécier leur influence respective. Nous les diviserons, avec Charpentier, d'après l'obstacle qu'elles apportent : 1° à l'ovulation; 2° à la migration de l'ovule; 3° à la nidation du spermatozoïde; 4° à sa migration.

1° Troubles de l'ovulation. — L'absence des ovaires, anomalie

exceptionnelle, et associée à d'autres malformations tératologiques, leur arrêt de développement, la castration bilatérale, sont des causes de stérilité absolue. La sclérose des deux organes, l'épaississement qui en résulte du côté des parois folliculaires et de la couche albuginée; les adhérences de la péri-ovaire, les dégénérescences diverses, agissent en troublant plus ou moins l'ovulation, et cela, dans des limites très variables et impossibles à prévoir: on voit la menstruation se faire très régulièrement et des grossesses survenir, avec des ovaires kystiques ou semblant totalement dégénérés.

2° *Obstacles à la migration de l'ovule.* — Deux conditions sont nécessaires à la migration normale de l'ovule: l'adaptation du pavillon de la trompe à la surface de l'ovaire, au moment de la ponte, et l'intégrité du conduit tubaire.

Les déplacements de l'ovaire et de la trompe, toutes les affections qui modifient l'épithélium de celle-ci, qui dévient ou obturent sa lumière, sont autant d'obstacles à la progression de l'ovule. Mais le plus fréquent de beaucoup réside dans les exsudats pelviens périophoro-salpingitiques. Cette cause peut être invoquée dans les quatre cinquièmes des cas de stérilité acquise.

Nous étudierons ailleurs la part de la blennorrhagie dans la pathologie génitale de la femme: c'est une cause puissante d'inaptitude à la fécondation (Nøggerath) en raison des lésions utérines, et surtout *péri-utérines*, qu'elle produit.

Il est bien entendu que, pour déterminer la stérilité absolue, les affections que nous venons de passer en revue doivent être bilatérales, qu'elles sont susceptibles de modifications heureuses, suffisantes pour permettre la grossesse, sans que la symptomatologie ait sensiblement varié.

3° *Obstacles à l'ingravescence.* — Les diverses variétés de *métrite*, l'excès ou l'insuffisance de l'involution post-puerpérale, les *tumeurs utérines* et les *dégénérescences malignes* de la muqueuse, peuvent s'opposer à l'implantation ou au développement de l'ovule fécondé et arrivé dans la cavité utérine.

4° *Obstacles à la migration des spermatozoïdes.* — Les uns sont mécaniques; les autres sont d'ordre chimique, c'est-à-dire que, par sa nature, le milieu dans lequel sont déversés les zoospermes, est contraire à leur vitalité.

Obstacles mécaniques. — Ils siègent à la vulve, dans le vagin ou dans l'utérus.

A la *vulve* et dans le *vagin*, ce sont toutes les causes de la dyspareunie: imperforation de l'hymen, de la vulve, du vagin, mal-

formations du clitoris, hermaphrodisme, kystes et abcès des glandes de Bartholin, éléphantiasis vulvaire, accumulation de tissu adipeux dans les grandes lèvres, absence, cloisonnement ou cicatrices du vagin, fistules, vaginisme. L'amplitude excessive du vagin, de même que la sténose, provoque parfois des *fausses routes*; le prolapsus de ses parois, de la paroi postérieure surtout, avec déchirure du périnée et béance de la vulve, est tel parfois, que le sperme s'écoule au dehors et n'arrive pas au contact du col. Dans d'autres cas, le conduit vaginal est le siège d'un éréthisme excessif qui se manifeste après le coït et rejette le sperme hors de la vulve.

Du côté de l'*utérus*: la sténose du col, congénitale ou acquise (cautérisations de toute nature), son obstruction par un bouchon muqueux, son hypertrophie et ses déviations; la conicité, associée ou non à l'antéflexion, au défaut de développement et au catarrhe; la sténose spasmodique de l'orifice interne et de l'ostium tubaire (Steinbach); les polypes, les végétations cancéreuses, les tumeurs fibreuses; les arrêts de développement (utérus fœtal, infantile, pubescent) ou les malformations congénitales; la fusion des parois, comme il arrive parfois à la suite de cautérisations au chlorure de zinc; les diverses métrites qui agissent par la leucorrhée ou les ménorrhagies dont le courant entraîne les spermatozoïdes; enfin, les déplacements, et surtout les flexions, sont autant de causes possibles de stérilité.

La théorie de l'aspiration du sperme par le col (Roubaud) n'est rien moins que prouvée; aussi le défaut d'excitabilité de l'organe ne peut-il figurer dans l'étiologie de la stérilité.

Ces diverses causes sont, du reste, de valeur très différente: si la fécondation est impossible en cas d'absence, d'imperforation ou d'arrêt de développement des organes, elle n'est que difficile avec les sténoses, les déplacements, la métrite.

Lorsque l'ovulation se fait normalement et que l'écoulement menstruel triomphe de l'obstacle, il y a toujours lieu d'espérer que le spermatozoïde fera de même. Les versions et les flexions, le prolapsus, l'amplitude excessive des culs-de-sac, la conicité et l'hypertrophie du col diminuent sans doute, mais ne suppriment pas absolument, les chances de fécondation. D'autre part, les obstacles au coït régulier n'impliquent pas nécessairement la stérilité: les zoospermes, déposés à la vulve, en dehors même de l'hymen et sans défloration, peuvent progresser et atteindre leur but.

Obstacles de nature chimique. — On sait que les spermatozoïdes se comportent différemment suivant le milieu dans lequel ils se

trouvent : le froid (au-dessous de $+10^{\circ}$), la chaleur (au-dessus de 50°), les acides, chlorhydrique (1/2000), acétique (1/600), le sublimé (1/10 000), l'acide phénique, l'alcool, l'éther, le chloroforme, la créosote, l'eau pure elle-même, etc., surtout à une basse température, abolissent instantanément leur vitalité. Les solutions alcalines, au contraire, la prolongent ou l'augmentent.

On voit donc quelle influence peuvent avoir les ablutions ou injections *post coitum*.

Le mucus de l'utérus étant alcalin, on comprend qu'on ait trouvé des zoospermes encore mobiles, au bout de cinq à douze jours, dans la cavité utérine. Les sécrétions normales du vagin, très légèrement acides, exercent au contraire, sur eux, une action fâcheuse : dans ce milieu, ils perdent leurs mouvements au bout de dix à douze heures, et beaucoup plus tôt, si l'acidité est accrue par un processus pathologique. La leucorrhée symptomatique de toute vulvo-vaginite peut donc être une cause suffisante de stérilité.

DIAGNOSTIC. — En présence d'un cas de stérilité, le premier soin est de déterminer si c'est le mari qui est responsable (épididymite double, hypospadias, absence des spermatozoïdes dans le sperme ou défaut de vitalité de ces éléments). On s'informera ensuite s'il n'y a eu ni grossesse antérieure, ni avortement, si la femme est en âge d'être fécondée. L'interrogatoire et l'examen direct permettront facilement de reconnaître chez elle un vice de conformation incompatible avec le coït et la fécondation.

Souvent, le début du mariage a été marqué par des troubles variés, leucorrhée, ménorrhagies, douleurs hypogastriques, etc. qui permettent de faire le diagnostic rétrospectif de l'infection blennorrhagique. Dans d'autres cas, on constatera des troubles menstruels d'origine congénitale, indices d'un développement imparfait du système utéro-ovarien et liés à un état général déficitaire, tel que la chlorose, l'anémie, la scrofule. Dans ces cas, l'examen direct fera le plus souvent constater la conicité et l'atrophie du col, l'antéflexion et le catarrhe de l'utérus, plus rarement une rétrodéviation ou le prolapsus des annexes.

S'il y a eu grossesse antérieure, c'est ordinairement aux suites de l'accouchement ou de l'avortement qu'il faut imputer la stérilité.

Poussant plus loin l'analyse, on s'efforcera de déterminer s'il s'agit de troubles d'ovulation, de migration, d'imprégnation ou de nidation de l'ovule. Pour cela, on se basera sur les accidents puerpéraux qui ont suivi l'accouchement ou l'avortement, sur l'his-

toire d'une pelvi-péritonite antérieure, sur l'analyse des troubles menstruels, — la fécondité est d'autant moindre que la menstruation est plus irrégulière, — sur les douleurs pelviennes, sur la constatation directe d'un déplacement des annexes ou de l'utérus.

La béance excessive de la vulve, avec prolapsus vaginal, ou le nervosisme de la malade, autoriseront à penser que le sperme n'est pas retenu, et à attirer sur ce point l'attention de l'intéressée.

Enfin le résultat négatif d'un examen local complet, concordant avec la constatation d'un état général déficitaire, permettra d'imputer la stérilité à une intoxication, à une affection cachectisante dont on recherchera la nature. Ce n'est qu'après exclusion de toutes les autres causes qu'on pourra songer à la stérilité relative proprement dite, c'est-à-dire à une sorte d'incompatibilité physiologique des deux conjoints.

PROGNOSTIC. — La variété des causes que nous avons énumérées explique suffisamment la variabilité du pronostic. Nous avons déjà indiqué, à propos de chaque groupe de ces causes, leur importance relative. La stérilité est définitive lorsque les organes essentiels font défaut (absence congénitale, ablation chirurgicale), en cas d'impuissance fonctionnelle irrémédiable. Elle est facilement curable lorsque l'affection causale est unique et simple, comme l'imperforation de l'hymen, la vaginite, l'endométrite. Mais il n'en est pas de même dans les lésions complexes (métrite avec ovaro-salpingite, périmétrite, déplacements).

TRAITEMENT. — a. *Traitement local*. — Il s'adresse aux causes diverses de la stérilité. Nous renvoyons donc aux chapitres relatifs aux malformations, aux inflammations du vagin, de l'utérus, du bassin, etc.).

L'incision de l'hymen, un simple cathétérisme de l'utérus, quelques pansements cervicaux ou intra-utérins, la dilatation, la stomatoplastie, sont parfois suivis, à bref délai, d'une grossesse. En cas de déviation simple, ou de disposition particulière du vagin, on peut conseiller, pour le coït, telle ou telle attitude qui facilitera au sperme l'accès du col et, pour éviter son issue prématurée, une fois l'acte accompli, l'immobilité au lit. Une injection alcaline préalable neutralisera l'acidité du milieu vaginal et augmentera la vitalité des spermatozoïdes (de Sinety, d'après Kölliker, recommande comme particulièrement active, la formule suivante, sucre 150; KO ou NaO 1, eau 1000).

On recommandera le repos génital pendant un certain temps et les rapports auront lieu, de préférence, durant les deux ou trois

jours qui précèdent ou qui suivent immédiatement les règles. L'influence de certaines saisons, ou de l'époque correspondant à une conception antérieure, a été invoquée comme favorable (Cohnstein) : on ne peut guère, en pratique, compter sur cette chance problématique.

b. *Traitement général.* — Le traitement général joue un rôle préventif chez les jeunes filles chlorotiques, anémiques, mal réglées, et peut être curatif, dans des conditions analogues, chez la jeune femme. S'il n'y a qu'un simple retard dans le développement de l'appareil génital, une hygiène appropriée, des toniques, l'exercice au grand air, les premiers rapprochements même, hâteront la maturation de l'organisme.

On traitera l'obésité et les diverses diathèses par un régime convenable et par l'hydrothérapie thermo-minérale.

Dans les états cachectiques avancés (tuberculose, cancer, etc.), il y a, au contraire, intérêt à ne pas favoriser la fécondation.

c. *Fécondation artificielle.* — Tentée, pour la première fois, avec succès, sur une chienne, par Spallanzani, en 1767, sur la femme, par Girault (1), en 1838, et depuis, par bon nombre de gynécologues, cette pratique a été longtemps tenue en suspicion. La Société de médecine légale, dans sa séance du 10 décembre 1883, lui a donné sa consécration, dans des conditions déterminées et à titre exceptionnel.

D'une manière générale, on ne pratiquera la fécondation artificielle que sur la demande des intéressés et après s'être assuré de la vitalité et du nombre des spermatozoïdes du mari, de la bonne conformation de l'appareil génital de la femme, de l'absence de toute lésion utérine ou péri-utérine dangereuse ou incompatible avec la marche régulière d'une grossesse, de la régularité de la menstruation et du défaut de tare constitutionnelle grave chez l'un ou l'autre des deux conjoints (tuberculose, syphilis, cancer, épilepsie, etc.).

En cas d'affection génitale légère (endométrite, vaginite), l'opération ne serait faite qu'après traitement préalable. Le moment le plus favorable est celui qui suit ou précède immédiatement la période menstruelle. On sera autorisé à renouveler plusieurs fois la tentative; mais, après cinq ou six échecs, il n'y a pas lieu, croyons-nous, de conserver beaucoup d'espoir de succès (2).

(1) *Étude sur la génération artificielle dans l'espèce humaine*, 1869. Voir aussi : Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*; Pajot, *Archiv. génér. de méd.* t. IX; Leblond, *Traité élém. de chirurgie gynécol.*, 1878, etc.

(2) Voir pour la technique, à la 2^e partie.

LIVRE III

MALFORMATIONS, LÉSIONS TRAUMATIQUES ET DÉFORMATIONS

Les malformations constituent une classe pathologique à part. Il est naturel d'en rapprocher les déformations, et, de celles-ci, les traumatismes qui, généralement, les engendrent.

CHAPITRE PREMIER

MALFORMATIONS.

De chaque côté de la ligne médiane de l'embryon, se développe l'*éminence génitale*, subdivisée en deux saillies, l'une externe ou *pli uro-génital*, dans laquelle se forment, d'avant en arrière: le *canal de Müller*, le *corps de Wolff* et le *rein avec l'uretère*; l'autre, interne, ou *éminence sexuelle*, dans laquelle se développe l'ovaire.

Ces trois organes: *canal de Wolff*, *canal de Müller* et *uretère* aboutissent, en bas, au cloaque (le premier, en avant, le second, au milieu et le troisième, en arrière), entre l'embouchure de l'allantoïde et celle du rectum. En haut, le canal de Wolff et le rein se terminent dans l'épaisseur du feuillet moyen, et le canal de Müller débouche dans la cavité pleuro-péritonéale.

Les corps de Wolff, qui remplacent transitoirement les reins, sont formés, chacun, d'un conduit principal, *conduit excréteur*, sur lequel se branchent perpendiculairement des tubes secondaires qui aboutissent à des glomérules analogues aux glomérules rénaux. Chez l'homme, la portion supérieure du corps de Wolff constitue l'*épididyme*, et le canal excréteur devient le *canal déférent*; la portion inférieure seule s'atrophie et devient le *corps de Giralde*.

Chez la femme, le corps de Wolff s'atrophie en entier, et devient le *corps de Rosenmüller*.

Celui-ci, compris dans l'aile de la trompe, se distingue en *épo-*