

L'ovule, après avoir pénétré dans la trompe, rencontre les spermatozoïdes, et la fécondation se produit. L'ovule fécondé arrive dans l'utérus et se fixe dans un repli de la muqueuse, ainsi que l'indiquent les figures 606, 607 et 608.

Renseignés sur les phénomènes intimes de la conception, nous pouvons aborder les causes de la stérilité, que nous étudierons dans l'ordre suivant :

- Causes féminines ;
- Causes masculines ;
- Causes coïtales ;
- Causes vagues.

Dans un dernier chapitre je résumerai le diagnostic de ces causes, ainsi que le traitement à leur appliquer et examinerai la question de la fécondation artificielle.

II

CAUSES FÉMININES

1. — VULVE

Malformations.

Toute vulve qui ne permet pas l'introduction du membre viril dans le vagin peut être cause de stérilité ; je dis *peut*, car il existe quelques cas où la grossesse a été la conséquence d'une simple éjaculation à la vulve ; les spermatozoïdes remontent alors le vagin pour arriver à l'utérus et à la trompe.

Une femme est donc capable de concevoir tout en restant vierge au point de vue de l'hymen dont l'ouverture n'a pas été franchie. *Zinnstag*¹ a même rapporté un cas où une femme enceinte avait une imperforation complète de l'hymen ; dans ce fait, la grossesse n'est explicable qu'en admettant un petit pertuis hyménéal au moment de la conception, pertuis obturé par la suite grâce à une inflammation adhésive.

Les malformations où il y a abouchement anormal du rectum dans le vagin, ou du vagin dans le rectum, bien qu'entraînant d'habitude la stérilité, ne sont pas incompatibles avec la fécondation, alors que la conformation des parties permet la pénétration du pénis jusqu'au voisinage de l'orifice utérin.

Vulvite et éruptions.

La vulvite, qui chez la femme est le plus ordinairement de nature blennorragique et les éruptions vulvaires tels qu'herpès, chancre mou, syphilis,

¹ *Cent. f. Gyn.*, 1888, p. 219.

eczéma, lupus, ne causent en général la stérilité qu'autant qu'elles empêchent l'introduction pénienne ; si le coït s'effectue normalement, le plus souvent la conception aura lieu, sauf avec la syphilis où l'influence de la maladie soit sur les ovaires, soit sur l'état général, devient la cause de la stérilité.

Tumeurs.

Les tumeurs vulvaires (végétations, œdème, hernies, kystes, éléphantiasis, cancer) ne sont également causes de stérilité que quand elles constituent un empêchement au coït.

2. — VAGIN

Malformations.

Les principales malformations du vagin sont la bifidité, l'obstruction incomplète ou complète par un diaphragme membraneux.

La bifidité n'est pas une cause de stérilité, car chaque vagin se termine en général par un utérus normal et permettant la conception.

L'obstruction complète entraîne naturellement la stérilité, mais il n'en est pas de même de l'obstruction incomplète, qui, bien que gênant la conception dans la majorité des cas, permet cependant quelquefois à la grossesse de se produire.

Le traitement des malformations vulvaires ou vaginales consistera à établir soit par la simple dilatation, soit par une opération, la perméabilité vulvo-vaginale, et à faciliter ainsi au pénis l'accès du col utérin.

Vaginite.

La vaginite peut être une cause de stérilité, en empêchant l'union sexuelle et en exagérant l'acidité vaginale ; mais cette influence n'est que passagère comme la maladie elle-même.

Tumeurs.

Les tumeurs du vagin, kyste, polype, cancer, mettent obstacle à la fécondation, car elles arrêtent le pénis dans sa pénétration ; l'obstacle n'est donc que relatif et permet souvent la conception.

3. — UTÉRUS

Mérite et endomérite.

La femme dont l'utérus est enflammé conçoit difficilement. Quand elle conçoit, l'avortement est fréquent. Cependant de temps à autre on voit, contre toute attente, une femme atteinte de métrite ancienne, avec gros col ectropion, devenir enceinte ; ces faits imposent une grande réserve au pronostic.

La métrite est susceptible d'amener la stérilité par un triple mécanisme :

Tantôt l'écoulement muco-purulent encombre l'utérus et empêche l'ascension du spermatozoïde, bouchon naturel opposé à la conception.

Tantôt la surface utérine, blindée par du mucus en excès, est inhospitale à l'ovule fécondé qui glisse sans se fixer.

Tantôt enfin, acidifiant le milieu, l'inflammation tue le spermatozoïde qui ne peut vivre qu'en atmosphère alcaline.

Ajoutez à cela que l'utérus enflammé devient intolérant, et qu'il expulse volontiers l'ovule fécondé qui se développe dans son intérieur; cette intolérance qu'on observe parfois sans inflammation, est plutôt, il est vrai, une cause d'avortement que de stérilité; la conception a lieu, mais la grossesse est bientôt interrompue.

Déviations utérines.

Flexion, version, prolapsus constituent les trois variétés de déviations utérines.

La flexion pliant le corps sur le col ferme l'isthme; les spermatozoïdes sont arrêtés à ce niveau. Pour permettre la fécondation, dilatez la cavité utérine, surtout au niveau de l'isthme, ou remettez l'utérus en place, ou pratiquez la fécondation artificielle.

La version agit tout différemment; le canal utérin reste perméable et la voie facile aux spermatozoïdes, mais l'embouchure utérine par le fait du basculement de l'organe, est déviée; elle se trouve éloignée du foyer de l'éjaculation se dissimulant soit dans le cul-de-sac postérieur (antéversion), soit dans l'antérieur (rétroversion), soit dans des latéraux (latéversion), de telle sorte que le pénis, s'insinuant à côté du col dévié, pénètre dans le cul-de-sac laissé libre et crée ainsi une fausse route vaginale, pied-à-terre habituel du mari (Pajot).

Pour remédier à cette discordance, on a conseillé :

Dans l'antéversion, de ne permettre le coït que six heures après une miction, la distension de la vessie devant redresser l'utérus;

Dans la rétroversión, de constiper la femme de manière à relever l'utérus par la distension rectale.

Et enfin, dans le cas de latéversion, de faire pratiquer le coït, la femme étant couchée sur le côté voulu pour corriger la déviation utérine.

J'ignore si ces moyens constituent un remède efficace à cette cause de stérilité; on pourra toujours les essayer vu leur bénignité. En cas d'insuccès, le redressement à l'aide d'un pessaire ou d'une opération appropriée, au besoin la fécondation artificielle, pourraient être tentés.

Contrairement à ce que la théorie permettrait de supposer, la plus grave des déviations, le prolapsus, est celle qui expose le moins à la stérilité. — Le pénis, en effet, au moment du coït, tout en accomplissant son œuvre fécondante, remet l'utérus en place; il remédie à la déviation juste le temps

nécessaire pour que la conception ait lieu; aussi voit-on des femmes, même atteintes d'un prolapsus accentué, concevoir sans difficulté.

Ectopie utérine.

L'ectopie de l'utérus est constituée par un déplacement de l'organe parallèlement à lui-même, déplacement amené par la rétraction de ligaments ou de brides cicatricielles.

L'utérus ainsi dévié se dérobe en quelque sorte à l'éjaculation, le pénis l'atteint difficilement; de plus, l'utérus, souvent fixé en pareil cas, ne présente plus la mobilité de l'organe nécessaire à un coït normal, mobilité qui permet au col le contact mouvementé du gland, et l'accolement des deux organes au moment de l'éjaculation.

Rendre à l'utérus sa liberté et sa position normales par le massage constitue le meilleur mode de traitement.

Malformations.

La bifidité utérine est en général compatible avec la conception; il n'en est pas de même de l'atrophie congénitale ou acquise, qui peut être :

Soit généralisée;

Soit limitée au corps de l'utérus;

Soit limitée au col.

L'utérus est alors rudimentaire, impropre au développement de l'œuf fécondé; cette atrophie, d'ailleurs, coïncide le plus souvent avec celle de tous les organes génitaux profonds, dont le fonctionnement ne se fait plus dans des conditions normales.

Ce sont des organes d'enfant, impropres à la reproduction génitale, transplantés chez un adulte; c'est de l'infantilisme génital. Le remède consistera à favoriser le développement des organes génitaux par des excitants locaux, parmi lesquels l'électricité faradique occupe la première place. Se reporter pour les détails symptomatologiques et thérapeutiques aux états rudimentaires de l'utérus au chapitre III.)

Sténose et atrésie du canal utérin.

Pour que la fécondation se fasse, il faut, ainsi qu'il a été dit, que les spermatozoïdes remontent le canal génital de l'orifice externe de l'utérus jusqu'à la partie externe de la trompe; qu'un rétrécissement survienne à l'orifice externe de l'utérus, à l'isthme, à l'orifice utérin de la trompe, et la stérilité en résultera.

Le rétrécissement de l'orifice tubaire peut être soupçonné, mais non démontré sur le vivant; il n'en est pas de même du rétrécissement des deux orifices utérins que nous sommes à même de mesurer avec un hystéromètre; quand une tige de 2 millimètres de diamètre ne peut franchir ces orifices, le rétrécissement semble exister et devoir suffire à empêcher la conception.

Ce rétrécissement est tantôt réel et résulte de la sténose des bords de l'orifice, tantôt apparent et causé par la flexion de l'utérus, la présence d'une tumeur ou d'un corps étranger.

Le rétrécissement peut aboutir à une oblitération complète et se compliquer d'hématométrie.

Pour se rendre un compte exact de la sténose des orifices utérins et pour nettement apprécier jusqu'à quel point, dans un cas donné, l'étranglement utérin peut être la cause de la stérilité, il importe de faire l'exploration de la manière suivante :

Le col de l'utérus, étant saisi au niveau de la lèvre antérieure à l'aide d'une pince de Museux, est abaissé dans la direction de la vulve.

On présente alors à l'orifice externe la boule d'un explorateur moyen (fig. 609), si cette boule franchit l'orifice externe et l'isthme, on en prend un volumineux jusqu'à ce qu'on soit arrêté à l'un des deux orifices ; si au contraire la première boule employée ne pénètre pas jusque dans la cavité utérine, on diminue, jusqu'à ce qu'on arrive à une boule suffisamment fine pour pénétrer.

En procédant de la sorte, on arrive à l'appréciation exacte de calibre des orifices utérins.

Le traitement consistera à combattre la cause même de la sténose, en dilatant, soit avec la laminaire ou un instrument, soit en débridant s'il s'agit de l'orifice externe.

Une tumeur ou un corps étranger seront extirpés si possible.

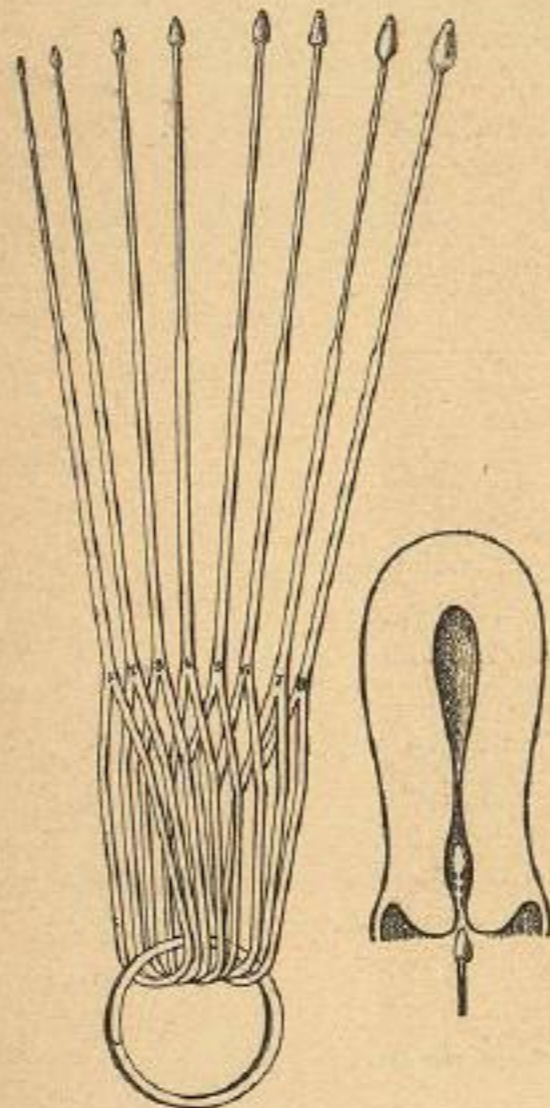


Fig. 609. — Explorateurs utérins (Auvard).

Fig. 610. — Pénétration de la boule exploratrice dans l'utérus.

Déformations du col.

La physiologie du col dans la fécondation nous est encore mal connue ; il serait donc téméraire de dire comment ses viciations de forme peuvent amener la stérilité.

Toutefois, ce que la théorie ne nous explique pas encore nous est ici démontré par la clinique ; nous savons, en effet, que les femmes conçoivent difficilement alors que le col présente une des déformations suivantes :

Col en éteignoir (fig. 611).

Col en toupie (fig. 612).

Col en trompe d'éléphant (fig. 613).

Col en porte-manteau (fig. 614).
Col tapiroïde (fig. 615).

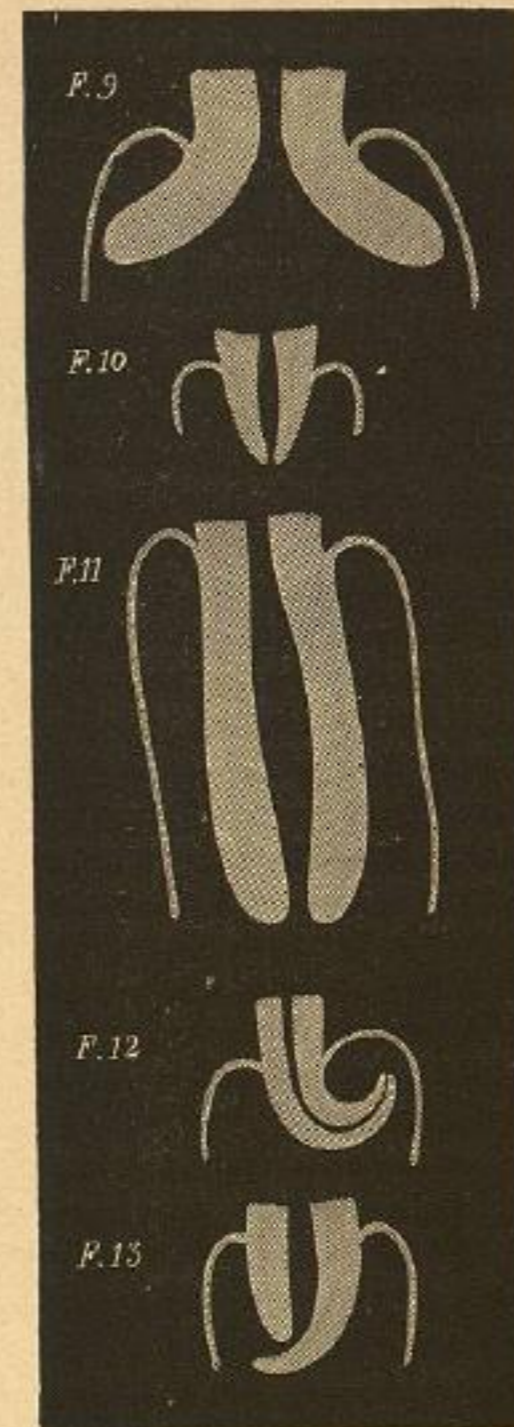


Fig. 611.
Col en éteignoir.

Fig. 612.
Col en toupie.

Fig. 613.
Col en trompe d'éléphant.

Fig. 614.
Col recourbé en porte-manteau.

Fig. 615.
Col tapiroïde.

On remédiera à ces déformations par une opération plastique restituant à l'organe sa forme normale.

Tumeurs utérines.

Les deux principales tumeurs de l'utérus sont : le fibrome et le cancer.

Le *fibrome* n'est qu'une cause relative de stérilité ; nombre de femmes, en effet, deviennent enceintes malgré l'existence de ces tumeurs, et une dystocie plus ou moins grave en est souvent la conséquence.

C'est le siège même de la tumeur beaucoup plus que son volume, qui

créera une prédisposition à la stérilité. Parmi les variétés les plus aptes à empêcher la fécondation, je citerai :

Fig. 616. Les fibromes obstruant par compression le canal tubaire.

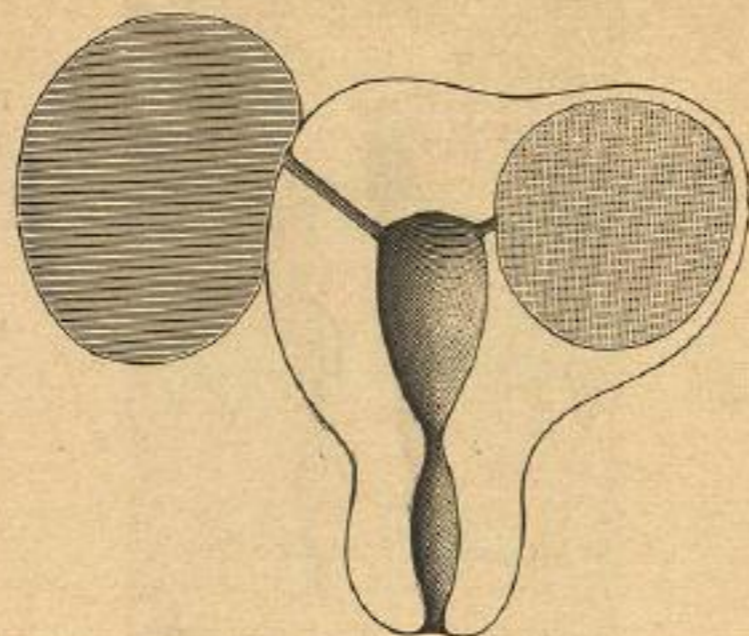


Fig. 616. — Occlusion de deux trompes par des fibromes.

Fig. 617. Le fibrome envahissant la cavité corporeale.

Fig. 618. Le fibrome intra-cervical, faisant bouchon à ce niveau.

Fig. 619. Le fibrome interstitiel du col, déplaçant l'orifice utérin.

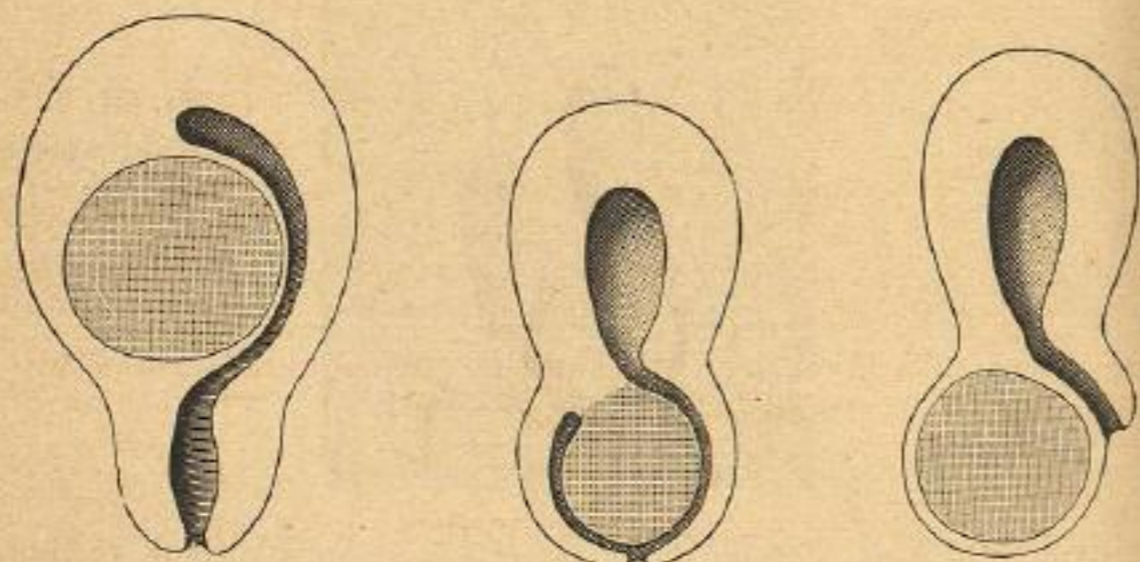


Fig. 617. — Occlusion de la cavité corporeale par un fibrome.

Fig. 618. — Occlusion du canal cervical.

Fig. 619. — Déplacement de l'orifice utérin par un fibrome.

Fig. 620. Le fibrome siégeant à la face externe de l'utérus et amenant un déplacement en totalité de l'organe.

Fig. 621. Le fibrome, qui engendre ou entretient une flexion utérine; l'isthme se trouve rétréci par cette flexion.

D'une façon générale, le fibrome peut mettre obstacle à la fécondation par un triple mécanisme :

Soit en s'opposant au coït, alors qu'il déprime le vagin.

Soit en obviant à la rencontre de l'ovule et des spermatozoïdes.

Soit en s'opposant à la germination, l'ovule étant empêché de se fixer dans la cavité utérine pour s'y développer.

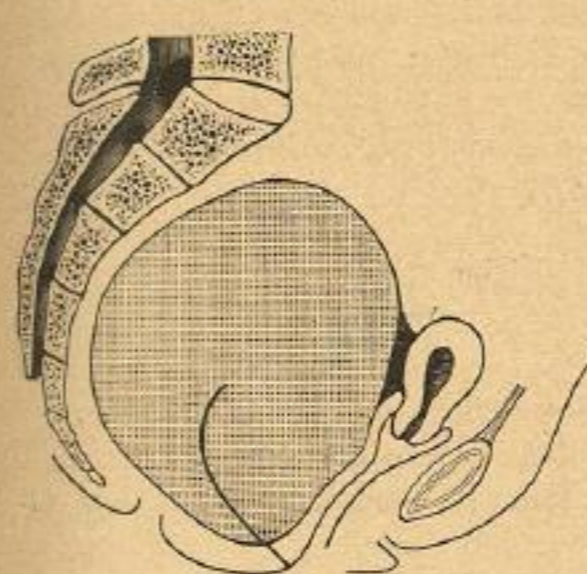


Fig. 620. — Déplacement de l'utérus par un fibrome rétro-utérin.

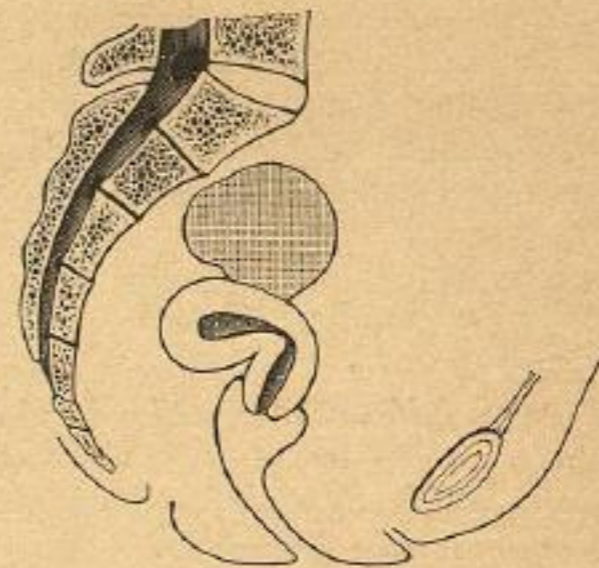


Fig. 621. — Déviation utérine, par fibrome implanté sur la face antérieure de l'utérus.

Il y a donc, suivant les circonstances, impossibilité du coït, de conception, ou de grossesse.

Le cancer débute tantôt par le corps, tantôt par le col de l'utérus; ce dernier cas est la règle.

Le cancer du corps a une marche rapide; il altère promptement l'utérus et semble ne pas permettre le développement d'une grossesse; il n'en est pas de même du cancer du col, quelle que soit la forme qu'il revête, ulcérate, infiltrante ou végétante. On observe assez souvent la grossesse avec ces diverses formes, susceptibles d'amener un obstacle plus ou moins marqué au moment de l'accouchement, parfois tel qu'il oblige à l'opération césarienne. Le cancer du col paraît diminuer les chances de fécondation, mais il ne les enlève pas toutes, ce qui serait à souhaiter en pareille circonstance.

Écoulements utérins.

Les règles sont la pluie alcaline, qui, mensuellement, vient laver la surface génitale et la préparer à la réception des spermatozoïdes et à la fécondation.

À l'état normal, en dehors des règles, la sécrétion génitale est insensible; le liquide sécrété par l'utérus, le vagin ou la vulve, humidifie légèrement ces diverses parties, mais il n'y a pas écoulement de liquide au dehors; un linge placé au contact de la vulve reste sec.

Le mucus fourni par le corps de l'utérus est alcalin, transparent, légèrement visqueux; celui du col est aussi alcalin, fortement visqueux, gélatineux,

également transparent; il adhère solidement au museau de tanche; dans l'exploration au spéculum, on éprouve toujours de grandes difficultés à enlever ce mucus, qui semble en quelque sorte se jouer du gynécologue, impuissant à le saisir et à le détacher.

La sécrétion vaginale, légèrement acide et différant à cet égard de celle de l'utérus, est ordinairement claire ou laiteuse; elle ne présente aucune trace de viscosité.

A la simple consistance du liquide qui s'échappe par l'orifice vulvo-vaginal, on peut donc diagnostiquer la provenance.

Viscosité.	Origine utérine.
Fluidité	— vaginale.

Il n'est évidemment question ici ni d'écoulement purulent ni sanguin.

A la vulve se trouve des glandes sébacées et sudoripares, dont le produit, venant se mélanger aux produits épithéliaux, s'accumule dans le sillon vulvaire sous forme de *smegma*.

Les glandes de Bartholin, satellites de l'orifice vulvo-vaginal, ne fonctionnent activement qu'au moment du coït; ce sont des glandes sexuelles, dont le mucus vient lubrifier l'orifice vulvo-vaginal et le membre viril pendant l'union sexuelle.

Ces sécrétions éminemment aptes et nécessaires au fonctionnement normal des organes génitaux et, par conséquent, à la conception, deviennent, par leur altération en *quantité* ou en *qualité*, l'origine de troubles divers et la cause possible de la stérilité.

Par sa *quantité*, le mucus gélatineux du col, accumulé dans le canal cervical, peut constituer une barrière infranchissable aux spermatozoïdes; venus à la porte de l'utérus, il leur est impossible de pénétrer.

Schultze a observé le cas d'une femme qui, pendant les treize premières années de son mariage, resta stérile, et qui devint enceinte à la suite du simple enlèvement momentané du mucus cervical.

Cet obstacle est naturellement plus marqué chez les nullipares que chez les multipares.

La qualité des sécrétions vaginales joue encore un rôle plus important au point de vue de la fécondité.

Les acides tuent promptement les spermatozoïdes, après avoir passagèrement excité leurs mouvements; les bases sont au contraire favorables à leur vitalité.

Virchow a démontré qu'une solution de potasse à 1/5000^e leur constituait un milieu très propice.

Or, nous savons que le vagin est acide, tandis que l'utérus est alcalin; le séjour dans l'utérus est donc favorable aux spermatozoïdes, celui du vagin ne peut que leur être nuisible.

Le séjour dans le vagin n'est, il est vrai, que momentané; de plus, le sperme y étant versé en quantité suffisante, neutralise le liquide qui l'entoure et se protège lui-même; mais que la quantité de sperme soit trop faible ou

le mucus vaginal trop abondant ou trop acide, cette action pourra devenir réellement nuisible et l'infécondité en résulter; les spermatozoïdes sont, en quelque sorte, noyés et submergés dans ce liquide délétère.

L'inflammation, quelle qu'en soit la nature, modifie le milieu utérin, et d'alcalin le rend acide; dès lors, le spermatozoïde ne peut plus y vivre; l'inflammation tue ainsi le spermatozoïde et crée la stérilité.

En pareil cas, guérissez l'endométrite, si vous voulez permettre la conception.

Kish a vérifié l'assertion qui précède en prenant du mucus utérin pathologique peu de temps après le coït; le microscope y révélait de multiples cadavres de spermatozoïdes; ces éléments mâles avaient été tués dès leur entrée dans l'utérus; l'acidité les avait anéantis.

Toute suppuration est contraire à la vie des spermatozoïdes; la purulence des voies génitales équivaut à la stérilité; le globule de pus est l'ennemi du spermatozoïde.

Par contre, le globule sanguin n'exerce sur lui aucune action fâcheuse; qu'une femme coïte pendant l'écoulement menstruel, la grossesse pourra fort bien en être le résultat, témoin l'exemple de Catherine de Médicis qui, restée longtemps stérile, devint enceinte quand Henri II, sur le conseil de Fernel, essaya de la féconder au moment même de la menstruation; cette conception fut d'ailleurs suivie de plusieurs autres, grâce à la même précaution.

Chez les animaux, le rut qui, à certains égards, est l'analogue des règles, est le moment éminemment propice à la conception; la fécondation semble même ne pouvoir se faire en dehors de cette époque, qui est en quelque sorte l'invite de la nature à la reproduction, et que le mâle ne doit pas laisser passer.

Le sang est alcalin; on comprend que son influence sur les spermatozoïdes ne puisse être que salutaire.

Certaines sécrétions semblent *a priori* très aptes à tuer les spermatozoïdes, tel l'ichor cancéreux; il n'en est rien, les femmes, au début d'un cancer utérin, conçoivent sans difficulté.

Il n'est pas impossible qu'avec des sécrétions d'apparence normale, la réaction soit pathologique, le contenu utérin devenant neutre, voire même acide, et que la stérilité soit due uniquement à cette réaction vicieuse.

Aussi sera-t-il bon, dans le cas de stérilité à cause ignorée, quand les moyens ordinaires auront échoué, de tenter des injections vaginales alcalines, et de faire des applications intra-utérines de topiques alcalins.

On prépare ainsi un milieu favorable aux spermatozoïdes.

4. — TROMPES

Salpingites.

Une trompe kystique, par là même obturée, est impropre à la reproduction, et la femme dont les deux trompes sont kystiques est forcément stérile.

Dans certains cas de salpingite kystique, *Martin* a proposé de remédier à

la stérilité en rétablissant, après laparotomie, le pavillon de la trompe déchirée¹. Son procédé consiste, ainsi que l'indique la figure 622, à inciser la trompe à son extrémité, à pénétrer dans la cavité tubaire, et à l'aide d'une

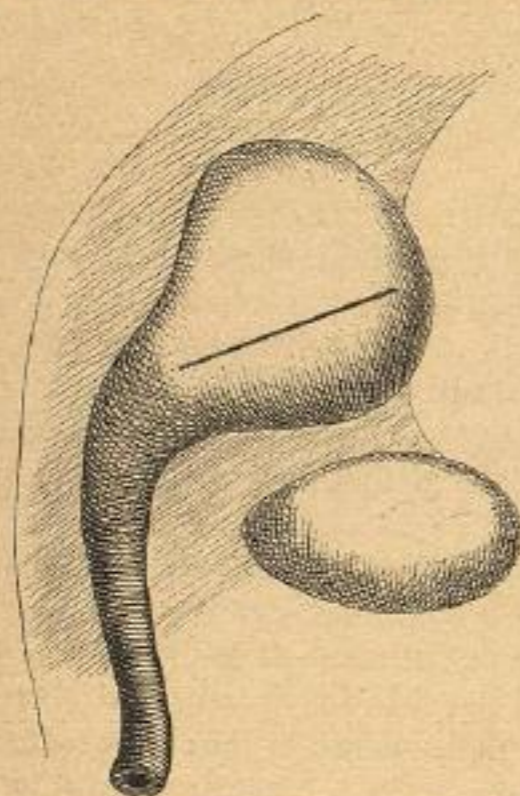


Fig. 622. — Trompe obturée. Trait de l'incision destinée à l'ouvrir.



Fig. 623. — Trompe ouverte. Le bord de l'incision est suturé au catgut (suture continue).

suture continue au catgut (fig. 623) à maintenir béante l'ouverture artificielle créée par ce procédé opératoire.

Dans ces cas, il sera important de terminer l'opération par le cathétérisme de la trompe à l'aide d'un stylet introduit par le pavillon qu'on vient de créer, et dont l'extrémité se dirige vers la cavité utérine.

La salpingite non kystique, c'est-à-dire respectant la perméabilité tubaire, tantôt permettra la conception, tantôt la gênera ou l'empêchera.

Une inflammation légère ne mettra pas obstacle au rendez-vous de l'ovule ou du spermatozoïde, tandis qu'une suppuration aboutira à ce résultat, en obturant la voie au spermatozoïde, ou en le tuant par son contact acide.

Les trompes, au point de vue de la conception, sont heureusement au nombre de deux, de telle sorte qu'avec une trompe très malade une femme ne sera pas perdue pour la reproduction, pourvu que l'autre reste saine ou à peu près telle.

Toute cause de salpingite prédispose naturellement à la stérilité et parmi elles il convient de mentionner spécialement la septicémie puerpérale et la blennorragie.

Déviations des trompes.

La déviation des trompes se produit dans des circonstances très diverses : déplacement des ovaires, tumeurs des trompes ou du voisinage, déviation

¹ Voir Shutsch. — *Cent. f. Gynak.*, 1889, p. 505.

utérine, inflammation périutérine. — Ces déviations se rencontrent chez certaines femmes stériles, mais il est difficile de fixer leur importance pathogène.

Malformations des trompes.

Le rôle de ces malformations est mal connu, et comme il ne peut être déterminé sur le vivant à moins d'une laparotomie, la thérapeutique de la stérilité n'y perd aucun avantage.

Tumeurs des trompes.

Ces tumeurs, qui ont été étudiées à un autre chapitre, seront susceptibles de produire la stérilité à la condition :

- Que la tumeur soit bilatérale;
- Que le canal tubaire soit obturé.

La laparotomie seule, si elle permet d'enlever la tumeur tout en respectant la trompe, pourra guérir la femme de la stérilité.

5. — OVAIRES

Ovarite.

L'ovarite altère les vésicules de De Graaf et l'ovule qui y est contenu, elle prédispose donc à la stérilité, moins sûrement toutefois que l'orchite-épididymite chez l'homme; on voit en effet des femmes concevoir malgré une double ovarite, tandis que la stérilité est la règle après la double inflammation des testicules.

Déplacement des ovaires.

L'ovaire, grâce à sa situation et à son mode de fixation, est très sujet à se déplacer.

Les déplacements sont rares en avant, fréquents en arrière dans la direction du cul-de-sac de Douglas.

Le pavillon de la trompe suit le plus souvent l'ovaire dans ses déplacements, relié à lui par le ligament tubo-ovarien.

Aussi la physiologie de l'ovaire semble-t-elle peu entravée par ces changements de position, à la condition qu'il n'existe pas d'état pathologique concomitant. Il est rare que la stérilité dépende d'un simple déplacement de l'ovaire.

Malformations des ovaires.

L'absence des ovaires entraîne forcément la stérilité; l'atrophie congénitale ou acquise permettra ou non la conception, suivant qu'elle est plus ou moins accentuée. La connaissance de cette cause est d'ailleurs de faible intérêt pratique, étant donnée l'impuissance de la thérapeutique en pareil cas.

Tumeurs des ovaires.

Le cancer, le sarcome et la tuberculose de l'ovaire sont rarement compatibles avec la conception, il n'en est pas de même avec les kystes de l'ovaire au début; ces kystes laissent ordinairement une partie de l'ovaire intacte et capable de fonctionner, de telle sorte que, même avec un kyste bilatéral, on voit parfois la femme devenir enceinte.

Dans certaines tumeurs de l'ovaire, par exemple les tumeurs scléro-kystiques, dont le développement reste relativement faible, on pourra, alors qu'on pratique l'ovariotomie, ne réséquer que partiellement l'ovaire malade, afin d'en laisser une portion encore susceptible de fonctionner.

La possibilité de la fécondation après ces ablations partielles de l'ovaire est prouvée par des observations où, soit volontairement, soit involontairement, une partie seulement de l'ovaire a été enlevée¹.

Menstruation et fécondation.

La menstruation est constituée par l'union intime de deux phénomènes :

La ponte ovulaire;

L'écoulement sanguin.

Ces deux phénomènes peuvent être dissociés et se produire l'un à l'exclusion de l'autre.

La conception n'aura pas lieu, si l'écoulement sanguin n'est pas accompagné de ponte ovulaire; elle sera au contraire possible en cas de ponte ovulaire sans écoulement sanguin.

Dans le premier cas, la femme semble normalement réglée, car aucun indice ne trahit l'absence d'ovulation; dans le second il y a aménorrhée apparente, l'aménorrhée réelle étant celle où les deux phénomènes font défaut.

Malheureusement il est impossible en pratique de distinguer l'aménorrhée apparente de la réelle, sauf par la conception, quand elle se produit, car elle indique l'existence de la ponte ovulaire (aménorrhée apparente).

En résumé, certaines femmes, paraissant normalement réglées, seront stériles parce que la ponte ovulaire fait défaut, d'autres femmes, aménorrhéiques en apparence, pourront concevoir parce que l'ovulation se fait sans écoulement sanguin. L'aménorrhée réelle entraîne forcément la stérilité.

6. — PERIGENITALIA**Pelvi-péritonite**

La pelvi-péritonite chronique ou les adhérences qui en sont la conséquence entraînent souvent la stérilité, soit en déviant l'utérus, soit en déplaçant

¹ Voir à ce sujet la récente communication de Pozzi, à la *British med. Association*. Congrès de 1893.

l'ovaire, soit en comprimant la trompe. Ces adhérences gênent considérablement la physiologie normale des organes génitaux.

Tumeurs péri-génitales.

Toute tumeur venant au contact des organes génitaux peut aboutir au même résultat par un mécanisme analogue.

7. — SURMENAGE GÉNITAL

Le surmenage est nuisible au fonctionnement de tout organe; le système génital n'échappe pas à cette loi générale.

On a distingué dans le surmenage génital les excès copulateurs et les excès voluptueux.

Par excès copulateur on entend le simple traumatisme subi par exemple par la prostituée, sans que le plaisir en soit la conséquence.

L'excès voluptueux est l'abus de la jouissance que procure le coït; il n'y a plus simplement fatigue de l'organe copulateur, mais ébranlement de tout le système nerveux sous la vibration d'un plaisir trop intense.

Quel que soit l'excès, il est contraire à la fécondation; toutefois l'excès voluptueux paraît plutôt empêcher la conception, tandis que l'excès copulateur permet la conception, mais amène à bref délai l'avortement, les règles se transformant en petits avortements.

Par des voies différentes, le résultat se trouve être le même au point de vue de la procréation, qui ne peut avoir lieu.

Le repos sexuel, combiné à l'électricité locale, est le meilleur remède de cette cause de stérilité; l'hydrothérapie et un traitement tonique en seront l'heureux adjuvant.

III**CAUSES MASCULINES**

On pourra s'étonner de trouver ces causes exposées dans un traité de gynécologie, dont le titre exclut tout ce qui n'appartient pas au sexe féminin, mais le gynécologue, consulté par un couple stérile, doit savoir faire un diagnostic étiologique complet, et il se trouverait fort embarrassé s'il ne connaissait la stérilité masculine.

Examinons donc les diverses causes qui empêchent l'homme de procréer.