ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE

DES

AIDE-MÉMOIRE

PUBLIÉE

SOUS LA DIRECTION DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT

Ce volume est une publication de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire ; F. Lafargue, ancien élève de l'École Polytechnique, Secrétaire général, 46, rue Jouffroy (boulevard Malesherbes), Paris.

N° 31 A.

ENCYCLOPÉDIE SCIENTIFIQUE DES AIDE-MÉMOIRE
PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION
DE M. LÉAUTÉ, MEMBRE DE L'INSTITUT.

MENSTRUATION & FÉCONDATION

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE

PAR

A. AUVARD
Accoucheur des Hôpitaux

PARIS

GAUTHIER-VILLARS ET FILS,
IMPRIMEURS-ÉDITEURS
Quai des Grands-Augustins, 55

G. MASSON, ÉDITEUR,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
Boulevard Saint-Germain, 120

AIDE-MÉMOIRE

—

MENSTRUATION ET FÉCONDATION

—

SOMMAIRE

—

RÉSUMÉ

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

INTRODUCTION

—

Périodiquement les femelles animales subissent dans tout leur être un ensemble de modifications, dépendant d'une suractivité génitale momentanée, qui les pousse à l'accouplement et par là même à la reproduction. Cet état passager constitue le RUT.

Le rut est l'appétit du sexe ; il représente l'invite périodique de la nature à la reproduction. Sans lui la perpétuation de l'espèce ne serait plus qu'un accident au lieu d'offrir les caractères d'une loi régissant le règne animal et en assurant la conservation.

La femme, comme toute femelle, est soumise à cette loi. Toutefois la supériorité de la femelle humaine modifiant les manifestations de cette fonction, et la poésie aimant avec raison à estomper la brutalité de nos actes, j'allais dire de

nos misères physiologiques, les savants ont remplacé chez la femme l'expression de rut par celle de menstruation.

Menstruation est donc la désignation euphémique du *rut féminin*.

Cette fonction menstruelle qui régit et domine toute la vie génitale de la femme de la puberté à la ménopause, présente comme on peut déjà le prévoir une importance considérable ; ses variations et ses altérations sont fréquentes. Enfin la *fécondation* dont elle est la préparation et dont l'impossibilité constitue la *stérilité*, présente un point d'étude du plus haut intérêt pratique.

Le présent Aide-Mémoire sera consacré à l'exposé de cette fonction menstruelle et de la fécondation qui en dépend ; j'étudierai d'abord la *physiologie de la menstruation et de la fécondation*, après quoi j'exposerai les troubles de la menstruation, c'est-à-dire l'*aménorrhée*, la *métrorrhagie*, la *dysménorrhée*, un dernier chapitre sera enfin réservé aux troubles de la fécondation, c'est-à-dire à la stérilité.

CHAPITRE I

—

PHYSIOLOGIE

DE LA MENSTRUATION ET DE LA FÉCONDATION

SOMMAIRE :

a Menstruation.

— Description.
  — Ecoulement de sang.
  — Modifications.
— Théories.
— Evolution.
  — Puberté.
  — Période génitale.
  — Ménopause.
  — Irrégularités.

b Fécondation.

Description.

Théories.

De l'âge de 15 ans environ à celui de 45 la femme perd mensuellement par les organes génitaux une certaine quantité de sang.

Cet écoulement périodique, communément désigné sous le nom de *règles* ou *périodes* est scientifiquement appelé *menstruation*.

La *quantité* de sang, qui s'écoule à chaque époque menstruelle, est variable suivant les femmes; 250 à 500 grammes en constituent d'après les auteurs les limites physiologiques. En pratique, les femmes l'évaluent par la quantité de serviettes salies ; en général, une serviette suffit par 24 heures, sinon on peut dire que l'abondance de l'écoulement est pathologique.

Le liquide s'échappe par la vulve à l'état liquide et présente les caractères du sang veineux ; parfois il y a émission de caillots, alors que l'abondance de sang est exagérée, ou quand la femme restant étendue le sang s'accumule dans le vagin dans lequel il se coagule avant de sortir des organes génitaux ; l'émission de ces caillots effraie beaucoup certaines femmes, qui les croient à tort pathognomoniques d'une maladie génitale ; ils peuvent exister avec l'état normal le plus parfait.

La *durée* des règles est très variable suivant les femmes, de quelques heures à dix et même

quinze jours; trois à six jours constituent la durée ordinaire. Une statistique de 250 cas m'a donné les moyennes suivantes [1].

Durée de 3 à 6 jours exclusivement.	71 p. 100
— de moins de 3 jours.	12 p. 100
— de plus de 6 jours.	11 p. 100
— variable.	6 p. 100

La menstruation présente en général une périodicité assez régulière. La même statistique m'a fourni comme résultats :

Règles tous les mois solaires (30 à 31 jours)	50 %
— — lunaires (28 jours)	14
— irrégulières	26
— cas divers	10

L'écoulement est donc assez régulièrement mensuel (28 ou 30 jours), exceptionnellement les règles sont plus fréquentes, tous les 15 jours, ou plus espacées, toutes les six semaines.

La femme pendant les règles subit des modifications locales ou génitales et générales.

Tout le système génital est le siège d'une vive congestion, qui augmente le volume de l'utérus et des ovaires, et qui rend les trompes turgescentes.

---

(1) *Travaux d'obstétrique*, tom. III, p. 520.

Le sang qui s'échappe au dehors provient de la trompe et surtout de l'utérus ; il est possible que l'ovaire en fournisse une petite quantité au moment de la rupture de l'ovisac.

Les modifications subies par la muqueuse utérine ont été diversement interprétées : John Williams croit à la chute complète de la muqueuse au moment des règles, Léopold à la chute seule de l'épithélium ; De Sinety pense au contraire que la muqueuse reste absolument intacte. Ces trois opinions contiennent une part de vérité, car il est probable que la muqueuse se comporte différemment suivant les sujets, donnant raison tantôt à l'un tantôt à l'autre de ces auteurs.

Les modifications générales ou éloignées s'adressent aux fonctions digestives et au système nerveux.

L'appétit est souvent diminué, parfois capricieux comme on l'observe au début de la grossesse.

Le système nerveux qui subit si volontiers l'écho de toutes les misères féminines devient plus impressionnable pendant les règles; la femme s'irrite, s'emporte plus facilement.

Les seins participent à la congestion génitale, ils sont tendus, sensibles.

Parfois il existe un gonflement analogue du corps thyroïde.

Les migraines sont fréquentes à ce moment, et certaines femmes ont à passer mensuellement par cette pénible épreuve.

Telle est la menstruation dans ses lignes générales, examinons maintenant, aussi brièvement que possible, *les théories* qu'on a invoquées pour l'expliquer.

Laissons de côté les anciennes théories plus ou moins fantaisistes pour n'examiner que les nouvelles ultérieures à la découverte de l'ovulation.

En 1827, De Baer découvre l'ovule, et crée ainsi une véritable révolution dans l'étude de la physiologie génitale.

De 1837 à 1840, Coste, Raciborski, Gendrin, Négrier, complètent et expliquent la découverte de De Baer et nous conduisent à la connaissance de l'ovulation spontanée, telle que la décrivent aujourd'hui les classiques.

L'ovule, contenu dans la vésicule de De Graaf (*fig.* 1 et 2) qui elle-même occupe la périphérie de l'ovaire, s'échappe périodiquement de son enveloppe, et de là chemine dans la trompe pour arriver jusqu'au niveau de l'utérus.

Au même moment une certaine quantité de sang provenant de l'ovaire de la trompe et surtout de l'utérus s'échappe de la vulve constituant l'écoulement menstruel.

Cet écoulement sanguin et la ponte ovulaire

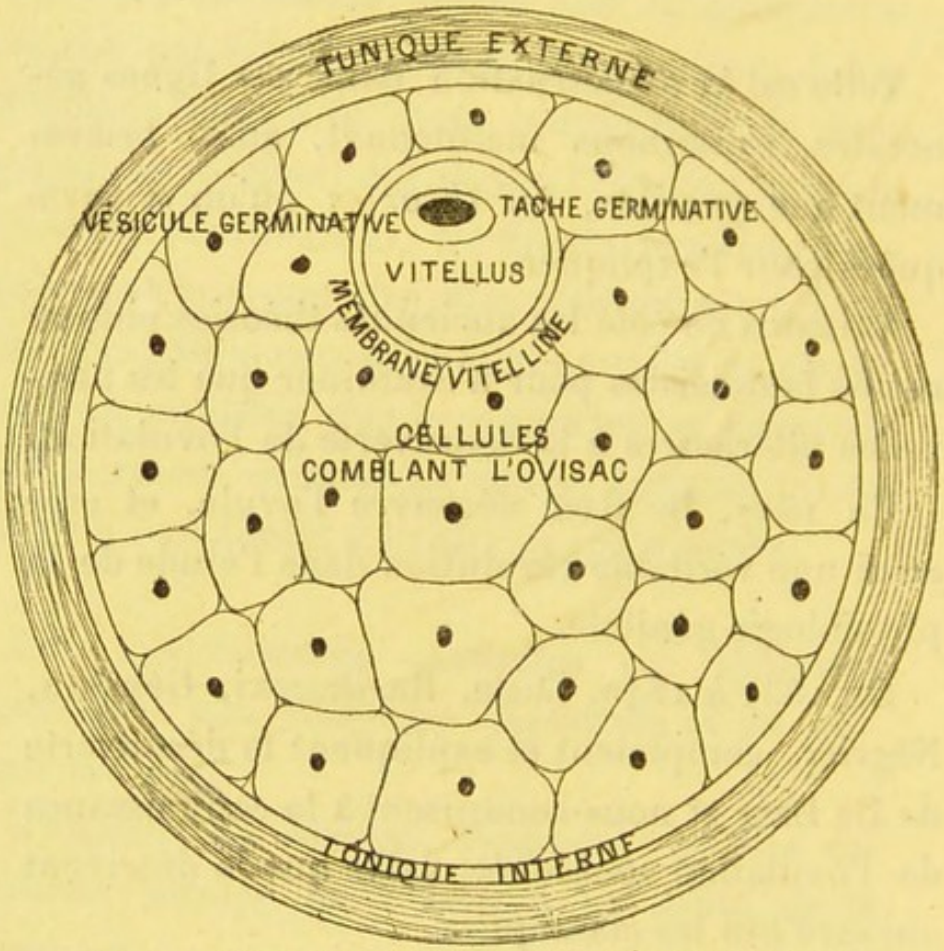

Fig. 1. — Vésicule de De Graaf ou ovisac et son contenu.

constituent les deux phénomènes essentiels de la menstruation, mais si tous les auteurs sont d'accord sur la coïncidence de ces deux phénomènes, il n'en est pas de même au sujet des rapports qui les unissent.

En effet, tandis que Négrier et Gendrin font dépendre l'écoulement sanguin de l'ovulation, Aveling admet le rapport contraire ; Beigel enfin pense que ces deux phénomènes malgré leur in-

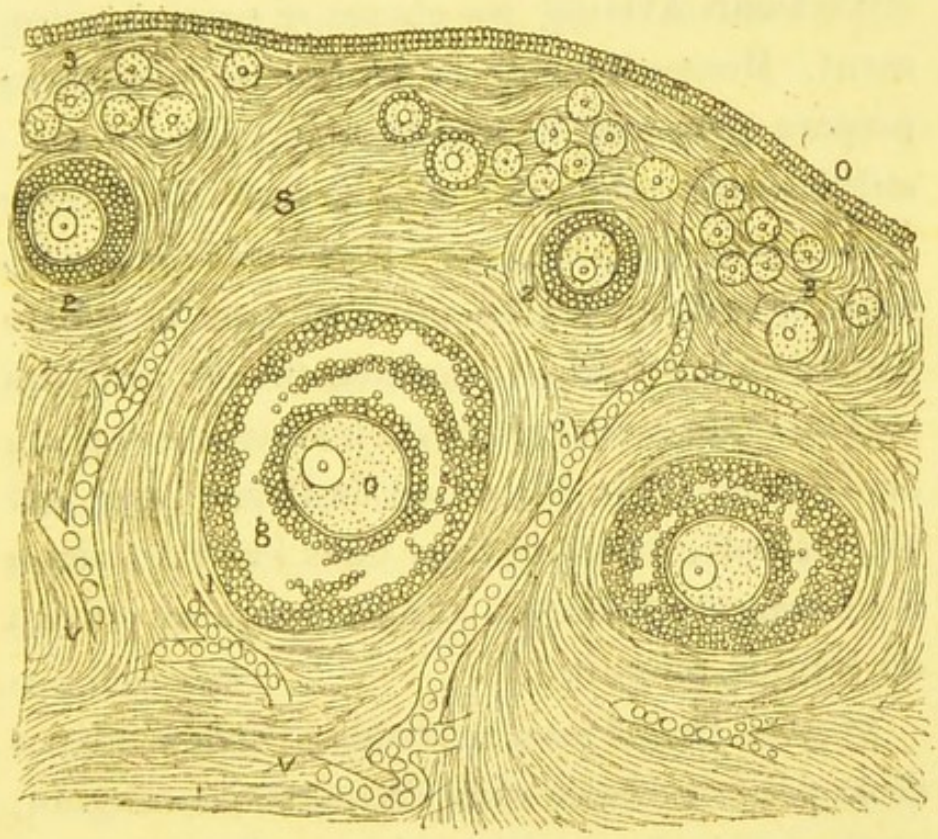

Fig. 2 — Coupe d'un fragment de l'ovaire.
O revêtement péritonéal. — S stroma. — 1, 2, 3, ovisacs.
g cellules de l'ovisac. — O ovule.

time liaison sont indépendants l'un de l'autre.

Un mot d'explication.

1° Négrier et Gendrin, se basant sur l'analogie des règles avec le rut des animaux, regardent l'écoulement menstruel comme la consé-

quence de la ponte vulvaire. L'ovule, en se détachant de l'ovaire, provoque la pluie sanguine qui se produit à ce moment.

Loewenhardt et Loewenthal ont depuis soutenu ce même principe.

2° Pour Aveling les choses se passent autrement. Mensuellement la muqueuse utérine se prépare à recevoir l'ovule fécondé, elle lui constitue une sorte de nid, d'où le nom de *théorie de la nidation*, puis quand la réception est prête, une vive congestion se produit dans la sphère génitale aboutissant à l'écoulement du sang des règles. Cette même congestion amène la rupture de l'ovisac et la libération de l'ovule, qui, s'il est fécondé, vient se fixer dans l'utérus, sinon il s'échappe au dehors, simple épave au milieu du liquide sanguin.

3° Avec Beigel nous arrivons à l'indépendance de la ponte ovulaire et de l'écoulement sanguin, bien que ces deux phénomènes soient simultanés.

La première théorie ne saurait être acceptée sans réserves, car on voit quelques femmes auxquelles on a enlevé les ovaires continuer à être menstruées.

Nous savons d'autre part que l'ovulation peut se faire sans écoulement de sang, la concep-

tion au cours de l'aménorrhée est en effet loin d'être rare. La théorie de Beigel est enfin trop absolue, car les faits démontrent que s'il existe une certaine indépendance entre les deux phénomènes de la menstruation, leur union est très marquée car à l'état normal ils se dissocient rarement.

De même qu'au niveau du larynx le courant d'air et la contraction des cordes vocales bien qu'indépendantes se réunissent pour produire la voix, de même dans le système génital la ponte ovulaire et l'écoulement sanguin s'associent pour constituer la menstruation. Ces deux phénomènes semblent dépendre d'une seule et même cause d'ailleurs inconnue dans sa nature, mais qui est en quelque sorte le principe même de la menstruation.

La menstruation n'existe pas dès la naissance et ne se prolonge pas au-delà d'un certain âge; elle commence en général vers 15 ans, période de la *puberté* ou de l'*instauration menstruelle*, plus tôt dans les pays chauds, plus tard dans les climats du Nord. Elle cesse vers 45 ans à l'époque de la *ménopause* (1) ou de l'âge critique;

---

(1) μην règles, παυσις arrêt.

cette dernière dénomination n'est justifiée que par la fréquence des affections mortelles à ce moment, qui en fait une période dangereuse pour la vie de la femme.

Entre la puberté et la ménopause est comprise toute la période génitale de la femme, époque de l'activité sexuelle et de la reproduction.

Après la ménopause, l'atrophie envahit tout le système génital, les seins se flétrissent, l'utérus diminue de volume, le vagin se rétrécit surtout dans sa partie profonde, les appétits sexuels disparaissent ; l'être redevient moralement asexué et se décrépit progressivement jusqu'au moment de la mort.

La menstruation présente de nombreuses *irrégularités*, je n'ai pas ici en vue celles qui causent un trouble plus ou moins notable au cours normal des règles, mais seulement celles qui atteignent l'instauration menstruelle et la ménopause.

La *puberté* se montre comme âge moyen à 15 ans ; les retards ne sont pas rares, et encore moins rares les avances à 10, 7, 5 ans. Les trois cas suivants doivent être considérés comme de véritables monstruosités.

Cas de Wachs : instauration menstruelle : 2 ans et demi.

Cas de Mengus : menstruation à 23 mois.

Cas de Comarmond : menstruation à 7 mois ; cette enfant à 27 mois présentait, sauf la taille, tous les signes de la puberté.

Voici un autre cas de Franc où la menstruation se serait également montrée à 7 mois (2) :

Cette enfant phénomène, originaire de la province de Valence, fut présentée par l'auteur à la Société de médecine de Madrid, en septembre 1878. Le 7 avril de la même année, elle eut pour la première fois une hémorrhagie vulvaire qui dura trois jours. Le mois suivant l'hémorrhagie revint ; elle dura aussi longtemps que la première fois et se répéta tous les mois jusqu'en mars 1879. A cette époque, comme l'enfant se trouvait dans son dix-huitième mois, à la place de l'hémorrhagie, il survint une leucorrhée abondante qui persista jusqu'au milieu de janvier 1880. Alors, à la suite de coliques violentes, la ménorrhagie reparut et a persisté depuis. La quantité de sang expulsée à chaque époque n'est pas moindre de 45 grammes.

L'enfant actuellement âgée de 28 mois, à raison de ses formes arrondies, de sa taille large de 75 centimètres, a tout à fait l'aspect d'une femme fortement arriérée dans son développement. Les mamelles du volume d'un citron, d'une consistance élastique, sont turgescentes comme celles d'une fille de 16 ans ; elles

---

(1) Dr Franc Cortejairena (Siglo Médico, 2 mai 1880). *Annales de gynécologie*, octobre 1880, p. 311.

sont munies d'un mamelon proéminent et entourées d'une très large auréole. Quant aux organes génitaux externes, ils sont très développés ; l'ouverture vulvaire est grande. Les grandes lèvres sont épaisses et couvertes de poils roux assez longs. Le développement physique de l'enfant est en rapport intime avec le développement prématuré de la fonction menstruelle ; au contraire, le développement moral, les tendances et les impressions sensorielles correspondent avec ceux de la première enfance.

Comme la puberté, la *ménopause* peut être anticipée ou retardée jusqu'à 65, 70 ans, peut-être même davantage.

L'ovule, mis en liberté au moment de la menstruation, rencontre-t-il sur son chemin vers l'utérus un spermatozoïde, la fécondation s'en suit.

La fécondation, dont va résulter le développement d'un nouvel être, a donc pour cause l'union intime, la fusion de l'ovule et du spermatozoïde, mariage cellullaire qui s'opère dans l'intimité de l'appareil génital féminin.

Voyons d'abord la constitution de chacun de ces éléments.

Le *spermatozoïde* (*fig.* 3) ou élément masculin se subdivise en :

Tête, partie renflée, représentant le noyau de la cellule.

Segment intermédiaire, ou protoplasma.

Queue, véritable cil vibratile.

Au microscope on voit cette queue agitée de mouvements rapides en tire-bouchon, qui permettent un déplacement de deux à trois millimètres par minute.

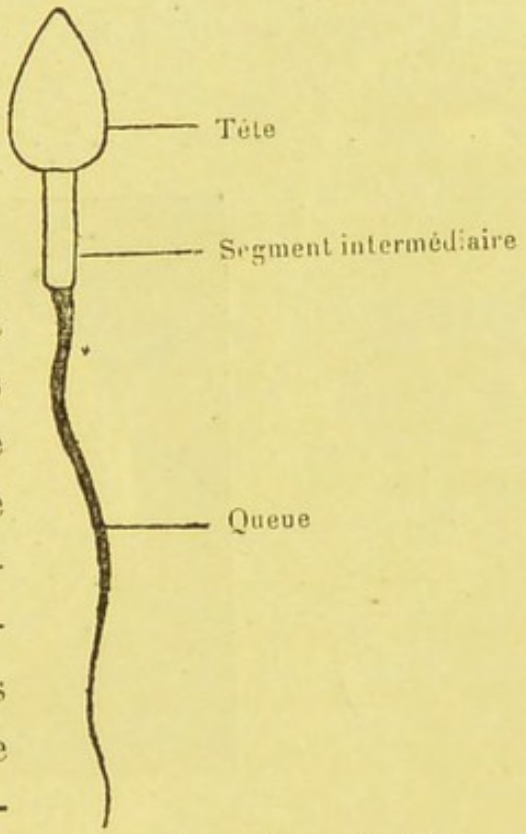

Fig. 3. — Spermatozoïde.

Cette mobilité du spermatozoïde l'avait fait prendre autrefois pour un véritable animalcule, d'où le nom de *spermatozoaire*; erreur d'interprétation, car nous sommes en présence non d'un être organisé, mais d'un simple élément anatomique.

L'*ovule* ou élément féminin est le type même de la cellule. Il se compose :

d'une enveloppe ou membrane vitelline,
d'un protoplasma ou vitellus,
d'un noyau ou vésicule germinative.
d'un nucleole ou tache germinative.

son diamètre est de 10 à 20 μ.

Nous connaissons les deux éléments mâle et femelle, examinons leur point de départ, le chemin qu'ils accomplissent pour arriver au rendez-vous, dont la fécondation est le résultat.

Le spermatozoïde est secrété par le testicule.

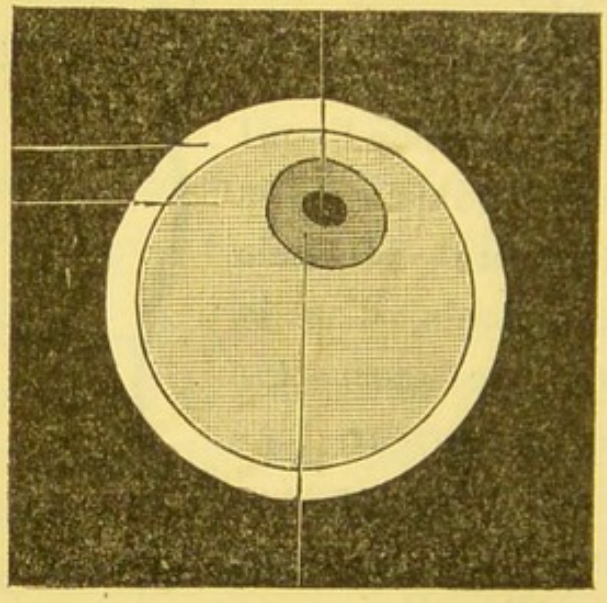

Fig. 4. — Ovule

De cette glande il se rend par les canaux afférents, l'épidydime, le canal déférent jusqu'à la vésicule séminale, réservoir d'attente où il séjourne jusqu'au moment de l'éjaculation, qui va le porter au fond du vagin.

L'éjaculation est le couronnement du coït normal ; elle est préparée et accomplie de la façon suivante :

La verge en érection étant introduite dans le vagin, une sécrétion glandulaire abondante lu-

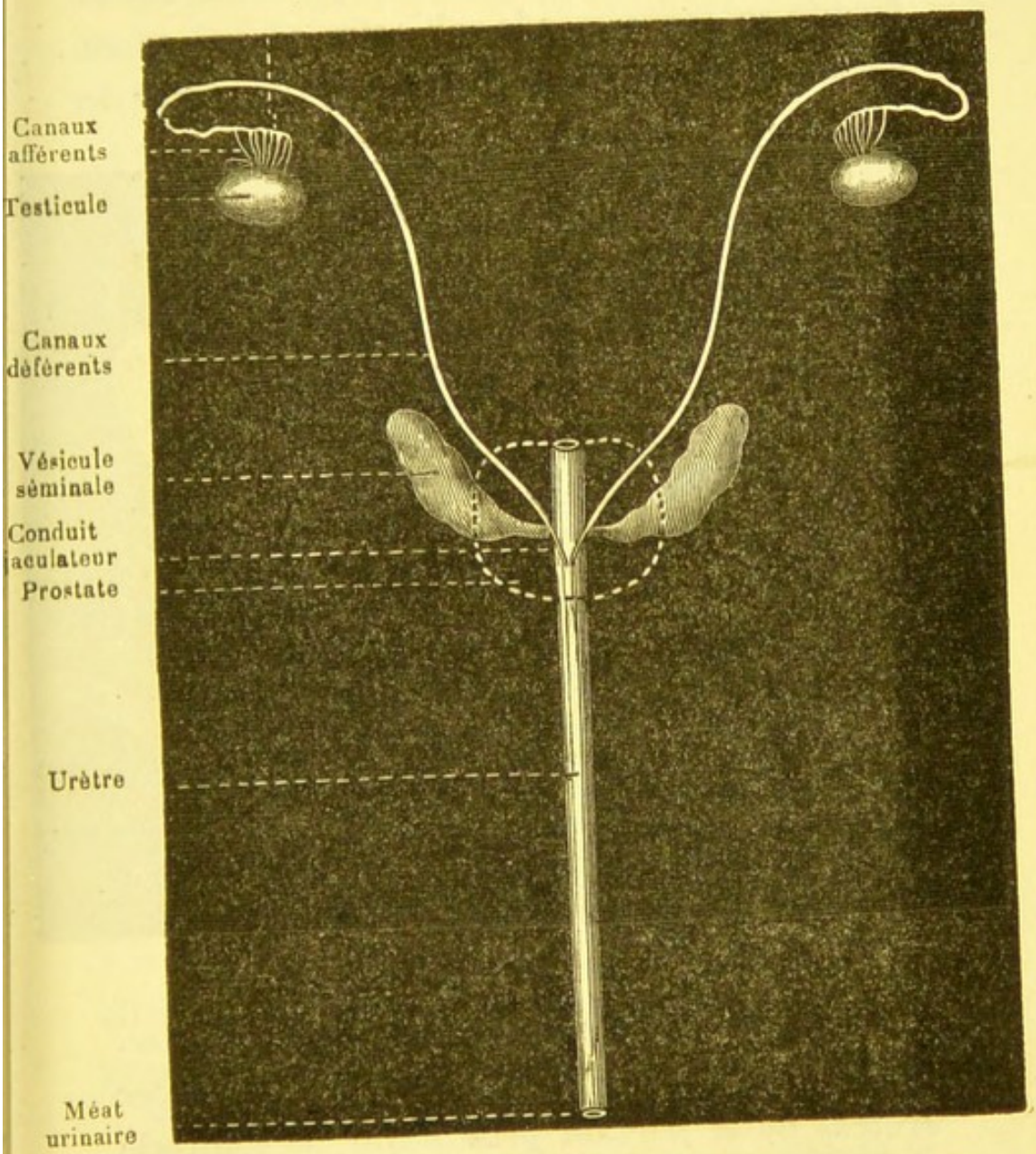

Fig. 5. — Appareil génital mâle.

brifie les parois de l'urètre masculin pour préparer la voie au sperme. Le reflexe, produit par

le coït, ne tarde pas à amener la contraction des vésicules séminales, qui versent leur contenu dans la portion prostatique de l'urètre, fermée en arrière par le sphincter vésical et en avant par le muscle de Wilson, qui constitue le

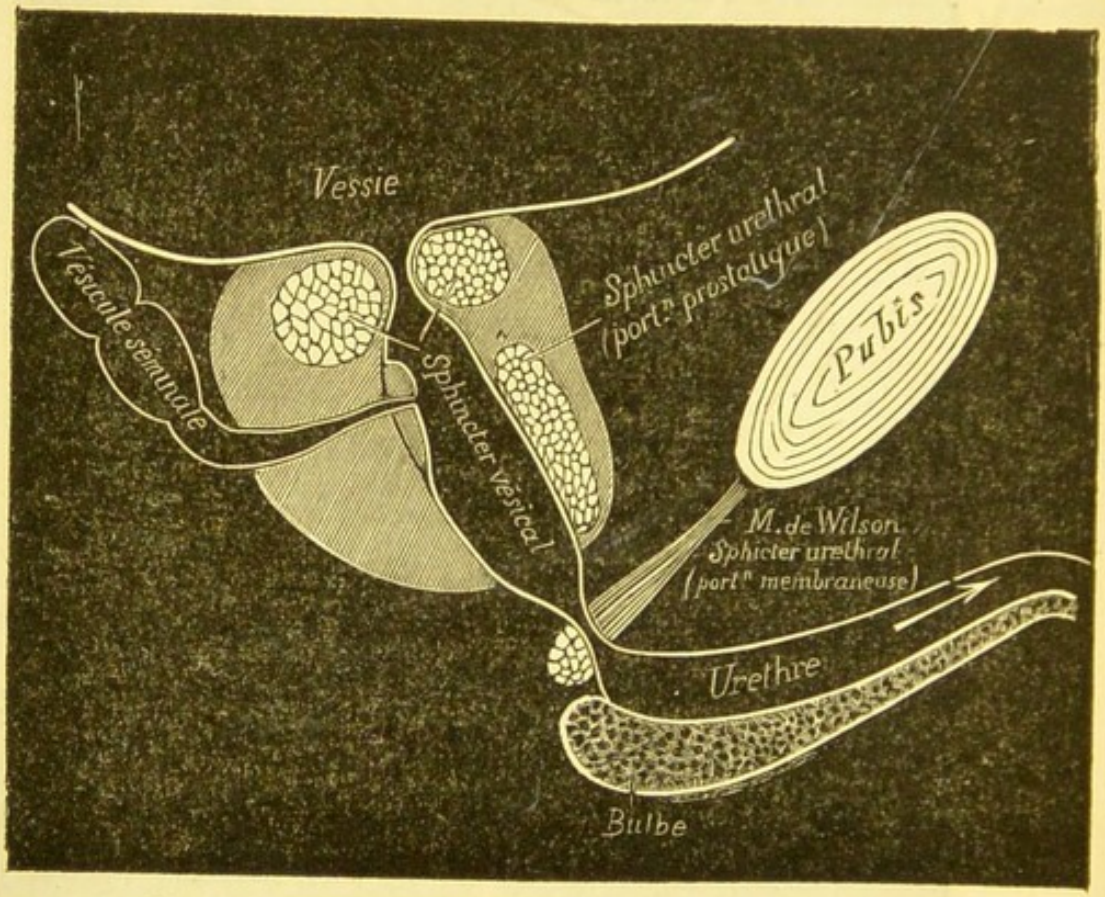

Fig. 6. — Appareil éjaculatoire de l'homme.

sphincter urétral de la portion membraneuse. Excité par la présence du sperme, le *sphincter urétral de la portion prostatique* se contracte spasmodiquement et comprime le sperme qui, trouvant en arrière la barrière infranchissable,

constituée par le sphincter vésical, s'échappe dans la direction de l'urètre, en forçant la résistance du sphincter urétral de la portion membraneuse. Chaque contraction du sphincter urétral de la portion prostatique amène un jet éjaculatoire du sperme et, pendant cette évacuation, les vésicules séminales continuant à verser leur contenu dans le réservoir prostatique de l'urètre, il en résulte une série d'éjaculations répétées à court intervalle dont l'ensemble constitue l'éjaculation totale. Le sperme se trouve ainsi projeté par une série de secousses à travers le méat urinaire, dans la direction de l'orifice utérin. L'éjaculation terminée, l'érection tombe, le coït est achevé.

Le spermatozoïde est donc à l'entrée de l'utérus, voyons ce qui se passe pour l'ovule.

Enfermé dans la vésicule de De Graaf, l'ovule est mis en liberté au moment de la menstruation, il s'échappe de l'ovisac et gagne la trompe à la recherche du spermatozoïde fécondant pour aller se fixer dans l'utérus où se développera la grossesse normale.

Nous venons de voir le spermatozoïde déposé à l'entrée de l'utérus, et l'ovule mis en liberté à la surface de l'ovaire, il nous faut maintenant expliquer comment le spermatozoïde arrive jus-

qu'à la trompe, et comment l'ovule chemine jusqu'à l'utérus.

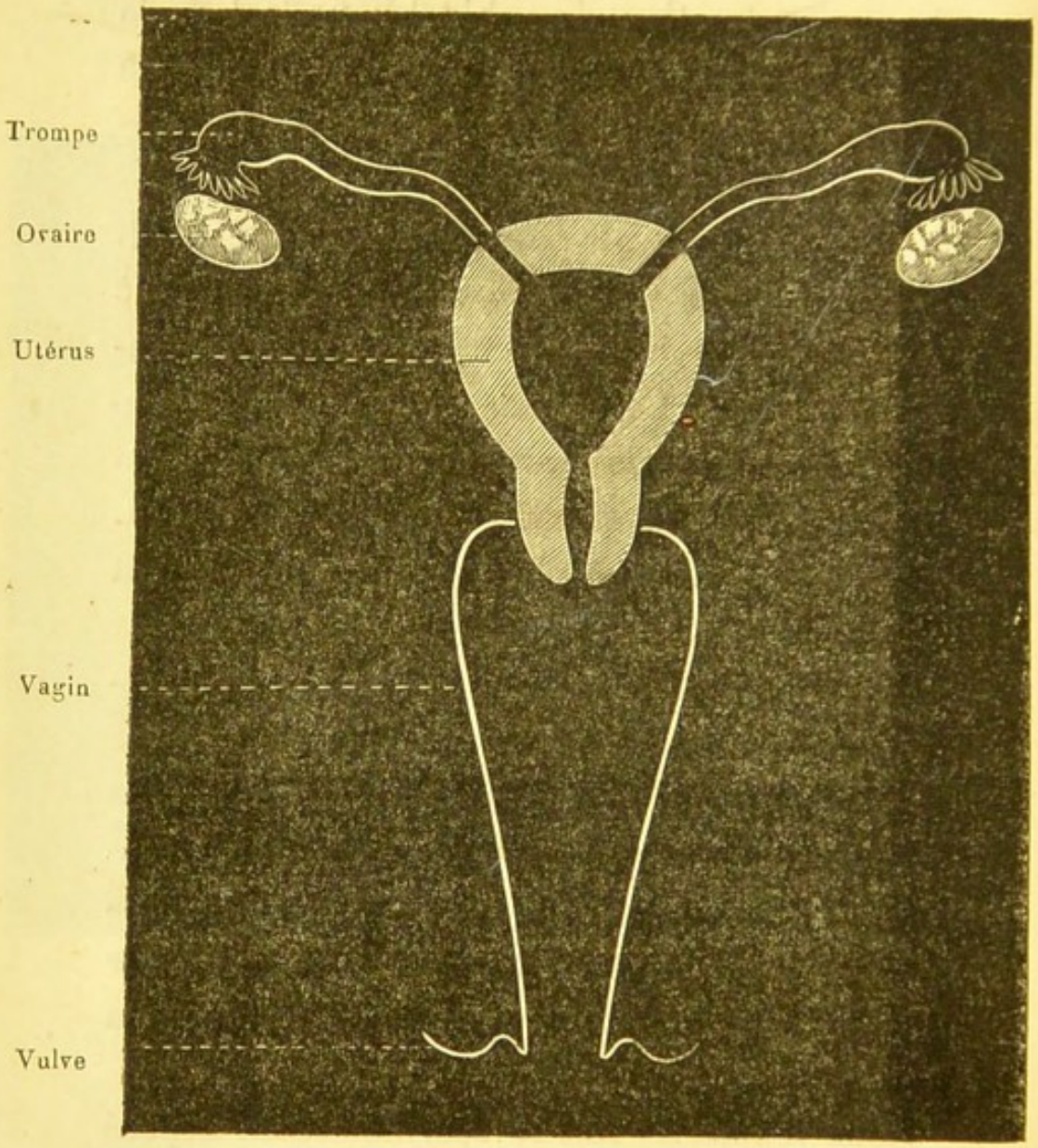

Fig. 7. — Appareil génital femelle.

Commençons par l'*ovule*.

Cinq théories ont été invoquées pour expliquer

la migration de la surface de l'ovaire dans l'utérus en passant par le canal tubaire.

1° *Théorie de l'emboîtement.* — HALLER, ROUGET. Dans les conditions habituelles de la physiologie génitale, l'ovaire et le pavillon de la trompe bien que reliés par le ligament de la trompe, pré-

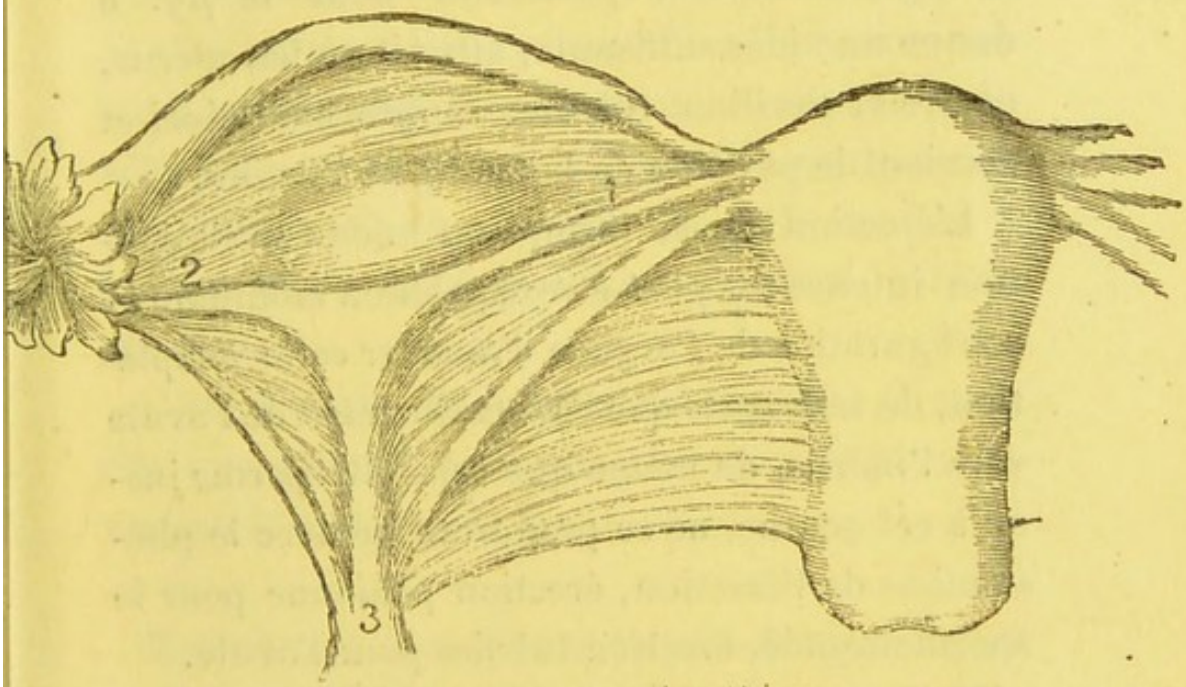

Fig. 8 — Ligament rond postérieur.
1. Ligament de l'ovaire. — 2. Ligament de la trompe. — 3. Ligament rond postérieur avec ses trois branches externe médiane et interne.

sentent une certaine indépendance ; il n'en serait plus de même au moment de la menstruation, le pavillon s'appliquerait sur l'ovaire, comme le casque sur la tête d'un soldat, et viendrait le coiffer solidement. C'est grâce à cet emboîtement qu'à la rupture de l'ovisac, l'ovule

emprisonné par le pavillon de la trompe s'engagerait naturellement dans le canal tubaire pour cheminer vers l'utérus.

L'hypothèse de l'emboîtement émise par Haller a été soutenue et développée par Rouget. Ce dernier auteur a admis qu'un ligament spécial, le ligament rond postérieur dont la *fig.* 8 donne une idée suffisante, attirait en bas utérus, ovaire et pavillon tubaire, rapprochant ainsi et accolant le pavillon de la trompe à l'ovaire.

L'érection de la trompe ou mieux sa congestion intense est peut-être capable en modifiant la configuration de l'organe d'amener cette adaptation, de telle sorte que l'acheminement de l'ovule vers l'utérus, de même que celui du sperme jusqu'à cet organe, ne se produirait qu'avec le phénomène de l'érection, érection pénienne pour le spermatozoïde, érection tubaire pour l'ovule.

Malheureusement, quelque séduisantes que soient ces explications, elles ne représentent que de pures hypothèses, qu'aucune observation ni expérience ne sont venues étayer.

2° *Théorie de la projection.* Kehrer. — D'après Kehrer, l'éclatement de la vésicule projetterait l'ovule dans le pavillon tubaire ; pure fantaisie.

3° *Théorie de la gouttière.* Henle. — L'ovule

suivrait pour gagner la trompe une gouttière creusée dans la partie supérieure du ligament tubo-ovarien. Inutile de discuter, cette gouttière n'est pas prouvée anatomiquement.

4° *Théorie du lac menstruel.* Becker. — Au moment des règles, un épanchement sero-sanguin se ferait autour de l'ovaire et s'échappant par la trompe et l'utérus avec l'écoulement menstruel entraînerait l'ovule comme une épave. Si cette épave rencontre en chemin les spermatozoïdes, animée d'une nouvelle vie, elle se fixe à l'utérus et s'y développe donnant ainsi lieu à la grossesse.

Cette théorie est la plus rationnelle, et c'est elle que l'esprit peut accepter avec le plus de vraisemblance.

Examinons maintenant le sort du *spermatozoïde.*

L'élément mâle est à la porte de l'utérus où vient de le déposer l'éjaculation, comment va-t-il arriver au tiers externe de la trompe ou doit normalement se faire la fécondation ?

Quatre théories :

1° *Théorie de la capillarité.* Coste, Liégois. — La cavité utérine réduite à l'état de tube capillaire par l'accolement de ses parois permettrait

l'ascension du sperme par les lois même de la capillarité ; explication identique pour la trompe.

2° *Théorie des cils vibratiles.* MULLER. — Les cils vibratiles existant au sommet de l'arbre de vie, dans la cavité *corporéale* et sur l'épithélium de la trompe peuvent par leurs mouvements faciliter la progression du sperme vers la profondeur.

3° *Théorie de l'aspiration.* RIOLAN, MORGAGNI. — A l'expiration du coït, l'utérus en se relâchant après le spasme initial exercerait une aspiration, qui se manifestant du côté de la trompe et du vagin, c'est-à-dire à ses divers orifices, attirerait d'une part le sperme et d'autre part l'ovule vers sa cavité, les conviant ainsi au rendez-vous.

4° *Théorie spermatique.* HENLE. — D'après Henle les spermatozoïdes accompliraient leur ascension grâce à leurs propres mouvements.

Ces quatres théories paraissent chacune contenir une part de vérité ; et si pour la progression de l'ovule nous avons été exclusif n'admettant que la théorie du lac menstruel, pour celle du spermatozoïde nous serons éclectique et reconnaîtrons à chaque explication donnée un coin de vérité.

L'ovule et le spermatozoïde se rencontrent dans la partie externe de la trompe ; ils s'unis-

sent, se marient à ce niveau (*fig.* 9). De ce mariage cellulaire va résulter la fécondation et la grossesse.

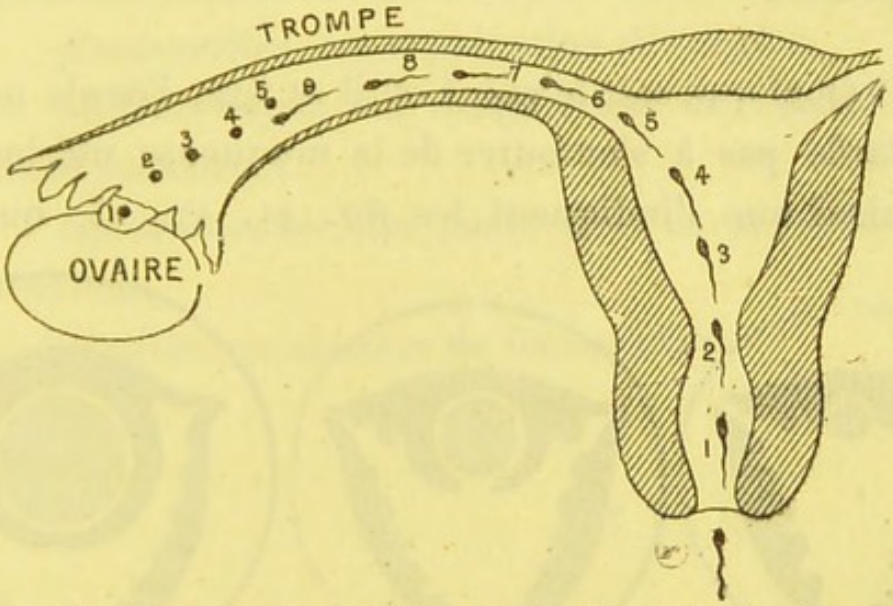

Fig. 9. — Rendez-vous du spermatozoïde et de l'ovule

L'ovule fécondé se dirige vers l'utérus (*fig.* 10,

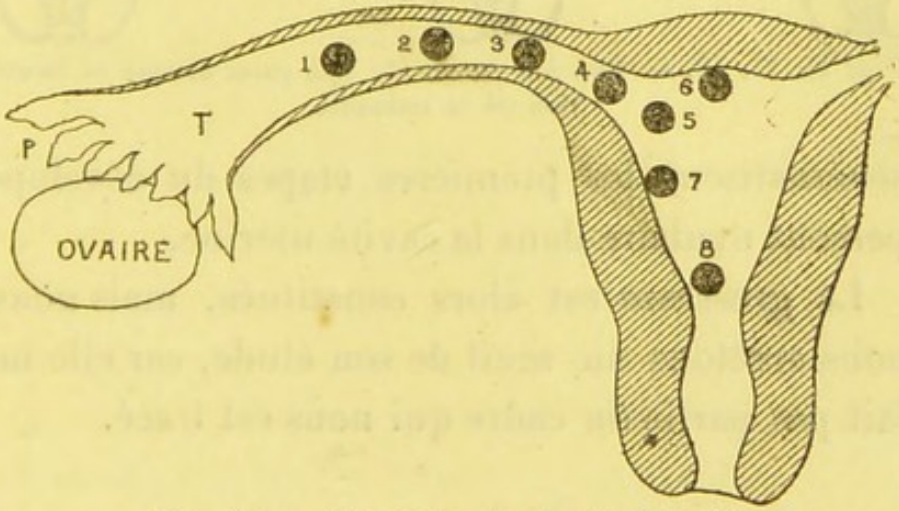

Fig. 10. — Progression de l'ovule fécondé

1, 2, 3, 4, 5), puis se fixe dans la cavité corporéale.

Soit en 6, placenta polaire supérieur.

Soit en 7 placenta équatorial.

Soit en 8 placenta polaire inférieur ou prœvia

Quel que soit le point où il se fixe, l'ovule ne tarde pas à s'entourer de la muqueuse utérine ainsi que l'indiquent les *fig.* 11, 12, 13, qui

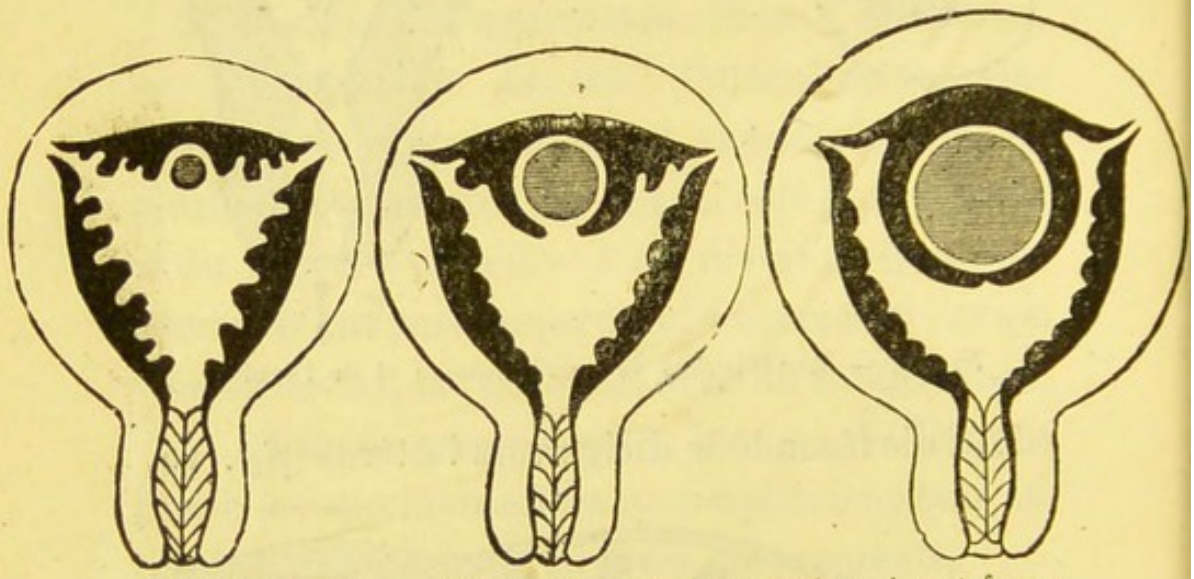

Fig. 11, 12, 13. — Fixation de l'ovule à la paroi uterine et formation de la caduque.

schématisent les premières étapes du développement ovulaire dans la cavité utérine.

La grossesse est alors constituée, mais nous nous arrêtons au seuil de son étude, car elle ne fait pas partie du cadre qui nous est tracé.

Actuellement initiés aux principaux phénomènes de la menstruation et de la fécondation-

nous pourrons comprendre les déviations pathologiques de ces deux fonctions normales. Ces états pathologiques sont au nombre de quatre ; nous les étudierons dans l'ordre suivant :

Aménorrhée, ou suppression des règles.

Métrorrhagie, ou exagération de l'écoulement menstruel.

Dysménorrhée, ou perversion de la menstruation.

Stérilité, ou absence de fécondation.

CHAPITRE II

—

AMÉNORRHÉE

α privatif — μην mois — ραγειν couler

SOMMAIRE :

1. Description et variétés.
   Règles supplémentaires
2. Etiologie.
   1. Causes génitales.
   2. Causes organiques non génitales.
   3. Causes nerveuses.
   4. Causes extérieures.
   5. Cause introuvable.
3. Valeur seméiologique.
4. Traitement.

L'aménorrhée est constituée par la suspension de la menstruation, que cette suppression soit passagère, durable ou même définitive.

La réunion de deux phénomènes, ponte ovulaire et écoulement sanguin, compose la menstruation ; le premier se passant dans l'intimité de l'organisme, et ne se révélant à l'observateur que par ses résultats, c'est-à-dire la conception et la grossesse qui en est la suite ; le second au contraire facilement appréciable, connu de tout temps, car l'écoulement de sang par la vulve ne saurait échapper à l'observation la plus rudimentaire.

L'aménorrhée vraie, c'est-à-dire *complète*, devrait être constituée par l'absence de ces deux phénomènes, l'aménorrhée *incomplète* existerait avec la disparition d'un seul de deux phénomènes. On aurait donc :

Aménorrhée complète = Absence { de ponte ovulaire. d'écoulement sanguin.

Aménorrhée incomplète = 1re variété : aménorrhée ovulaire, ou absence de ponte ovulaire.

" 2e variété : aménorrhée-sanguine ou absence d'écoulement sanguin.

Malheureusement l'état actuel de la science ne nous fournissant aucun moyen pour constater directement la ponte ovulaire, ces variétés

d'aménorrhée échappent à notre diagnostic, et aujourd'hui comme autrefois nous devons en pratique considérer l'aménorrhée comme synonyme d'absence de l'écoulement menstruel.

L'aménorrhéique est donc la femme pour laquelle l'écoulement sanguin périodique n'existe plus.

La suppression des règles ne dure-t-elle que quelques mois, l'aménorrhée est passagère; se prolonge-t-elle plusieurs années, elle est durable et peut devenir définitive, si le retour de l'écoulement sanguin n'a plus lieu.

L'*aménorrhée* est dite *physiologique* quand elle reconnaît pour cause la grossesse, l'allaitement, où l'âge même de la femme qui n'est pas encore arrivée à la puberté ou qui a franchi la ménopause ; toutes les fois au contraire que la cessation des règles est due à un état anormal de la femme, l'aménorrhée est *pathologique*.

Divers degrés existent dans l'aménorrhée :

Premier degré : le plus accentué ; non seulement il y a absence totale d'écoulement, mais la femme n'éprouve à aucun moment le moindre symptôme révélateur de l'activité ovarienne ; l'individu semble physiologiquement asexué.

Second degré : régulièrement tous les mois, bien qu'il y ait absence totale d'écoulement san-

guin, la femme éprouve une série de troubles dont l'ensemble constitue ce qu'on désigne sous le nom de *molimen menstruel*, tels sont : les douleurs de reins et de l'hypogastre, les irradiations douloureuses le long des membres inférieurs, la diminution de l'appétit avec dégoût, parfois nausées ; une fatigue générale, le caractère irritable, quelquefois des migraines ; dans ces cas, il est possible que l'aménorrhée ne soit pas complète, et que si le sang fait défaut, la ponte ovulaire ait néanmoins lieu, réveillant dans l'organisme les diverses modifications dont elle est habituellement la source. Ce molimen peut arriver à un acuité très marquée ainsi qu'en témoigne l'observation suivante :

Mademoiselle L....., présente, dès l'âge de quinze ans, le développement extérieur qui caractérise l'entrée en puberté (1).

Les phénomènes qui préludent d'ordinaire à l'apparition des règles se manifestent, pendant quelques mois à des époques irrégulières, mais sans écoulement de sang ; chaque fois, des douleurs de reins et de bas-ventre, une leucorrhée modérée, de la courbature, un malaise général, la retiennent au lit pendant deux ou

(1) Duparcque, dans Raciborski. — *Traité de la menstruation* 1868, p. 412

trois jours. Plus tard, ces phénomènes affectent une marche périodique très régulière, et deviennent de plus en plus intenses et d'une plus longue durée. A la neuvième époque, l'engorgement prend le caractère de métrite aiguë : douleurs hypogastriques et sacro-lombaires, très violentes, tension de l'abdomen, vomissements spontanés, délire, fièvre, etc. Ces accidents cèdent à un traitement antiphlogistique prompt et actif.

Les époques menstruelles suivantes reviennent avec le même appareil de symptômes, tantôt plus, tantôt moins violents. Des phénomènes nerveux s'y joignent sous forme de suffocations, de palpitations, de convulsions, et parfois de catalepsie.

Des traitements rationnels et empiriques furent successivement, alternativement et simultanément mis en usage, mais sans succès. Les émissions sanguines, pratiquées au début des accidents, ont toujours été, de tous les moyens employés, celui qui a le plus efficacement prévenu leur recrudescence.

» On pense enfin que le mariage pourrait être avantageux ; il eut lieu à l'âge de vingt ans : loin d'en être diminué les phénomènes pathologiques sévirent avec plus de violence.

» Cette dame avait vingt-trois ans quand je fus appelé pour soigner les accidents auxquels elle était alors en proie : c'était au commencement de juillet 1829. Elle était levée, mais ne pouvait se redresser à cause des douleurs qu'elle ressentait dans le bas-ventre et qui se prolongeaient dans les reins, les aines, les fesses

et la partie antérieure des cuisses, elle se plaignait d'étouffements, de céphalalgie, le pouls battait cent dix fois par minute ; il était dur et concentré ; le teint général était frais et la figure animée. Le toucher me fit reconnaître le col de l'utérus court, épais, et s'élargissant en se confondant avec le corps de l'organe que je pouvais sentir à travers la paroi vaginale en promenant le doigt autour du col ; il me parut développé comme à deux mois de grossesse ; son orifice était entr'ouvert et rempli par une matière visqueuse.

Je pus saisir le fond de l'organe, en appliquant la main gauche au-dessus du pubis et refoulant la paroi abdominale vers le bassin ; il était régulièrement sphéroïdal, et à peu près du volume d'un œuf d'oie. Cet examen ne put se faire sans augmenter les douleurs : un accès d'hystérie en fut le résultat.

(Saignée d'une demi-livre, répétée le soir ; cataplasmes, bains).

Je voulus essayer ce que produirait un traitement autiphlogistique et résolutif prolongé et rigoureux ; mais la malade s'y refusa ; l'insuccès de tout ce qu'elle avait pu faire l'ayant persuadée que son état pouvait être seulement pallié, mais non guéri.

» La malade avait été admise à l'Hôtel-Dieu, puis à la Charité, et là on s'était assuré, par l'introduction d'un stylet qui avait pénétré jusque dans la cavité utérine, que l'aménorrhée et les accidents consécutifs n'étaient pas occasionnés par une imperforation ; la même exploration me fournit les mêmes résultats.

Troisième degré : le molimen menstruel existe peu ou très marqué, mais de plus il se fait localement un écoulement séreux qui est en quelque sorte l'ébauche de l'hémorrhagie normale, ces *règles blanches* constituent un embryon de règles.

Quatrième degré : Le sang au lieu de s'écouler par les organes génitaux comme dans les conditions normales s'échappe par un autre point de l'organisme. Voici deux exemples de cette menstruation déviée, encore désignée sous les noms d'ataxie menstruelle, de *menstruatio vicaria*.

Menstruation supplémentaire (1).

L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de quatorze ans, qui présentait d'abord une abrasion de la lèvre inférieure par laquelle le sang s'écoulait en abondance, puis il se fit cinq fissures profondes fournissant une hémorrhagie profuse que l'on ne pouvait arrêter qu'en pratiquant la compression directe. Au bout d'un certain temps, au lieu d'être continue, l'hémorrhagie devint périodique et correspondit aux époques menstruelles.

En examinant le sang, on reconnut qu'il différait du

(1) White. — Société médico-chirurgicale de Sheffield, 28 janv. 1886. In archives de Tocologie 1886 p. 240.

sang normal et que sa composition se rapprochait beaucoup du sang menstruel.

Cette fille fut soumise à l'examen de différents médecins, qui tous exprimèrent une opinion différente, relativement à ce cas; un seul émit l'opinion qu'il était possible que la jeune fille s'était faite elle-même la plaie, qui existait et qui était entretenue par l'irritation. On la surveilla attentivement, mais on ne découvrit rien qui pût justifier cette supposition. L'auteur se décida alors à intervenir par une opération; il anesthésia la malade et cautérisa les fissures avec l'acide nitrique. Le résultat fut excellent. Il y eut une déformation assez marquée que l'on fit disparaître en fermant les fissures, comme un bec-de-lièvre. Depuis que la guérison s'est effectuée, l'auteur a remarqué que chaque période menstruelle s'accompagne d'une fluxion profonde de la lèvre, comme si le sang menaçait de la déchirer. Une fois la cicatrisation des plaies achevée, la menstruation s'établit normalement.

Madame H..., (1) âgée de 41 ans, pesant 254 livres (anglaises) vint me consulter chez moi, pour une hernie ombilicale et pendant la consultation elle me fit accidentellement remarquer qu'elle avait, de temps en temps, une hémorrhagie abondante provenant du pouce; elle me demandait mon opinion concernant ce

(1) Cas inusité de menstruatio vicaria, par J. T. Gordon. *American journal of obstetrics*, 1882, p. 343.

fait, car jusqu'à présent les médecins, qu'elle avait été consulter sur cette étrange hémorrhagie, ne lui avaient pas donné d'explication satisfaisante ; on l'avait cautérisée mais sans effet.

Après l'avoir questionnée relativement à ce fait, je lui exposai mon opinion que cette hémorrhagie était liée à la menstruation et ne réclamait aucun traitement; je lui demandai de s'observer à cet égard et de revenir me voir, quand elle saignerait; elle le fit en effet et, après réflexion, elle me donna les détails suivants :

Il y a environ sept ans, elle eût une hémorrhagie analogue pendant trois mois consécutifs, puis étant devenue enceinte, l'hémorrhagie cessa et elle n'y pensa plus jusqu'à la mort de son enfant à l'âge de neuf mois. A cette époque, au retour des règles, le pouce recommença à saigner comme autrefois jusqu'à la production d'une nouvelle grossesse (jumeaux).

Ces deux enfants moururent l'un à sept mois et l'autre à neuf et depuis ce moment le pouce recommença à saigner à chaque époque menstruelle et cela dura pendant plus de trois ans.

Elle n'éprouve aucune douleur au niveau du point hémorrhagipare et plutôt une sensation de soulagement : cependant pendant les trois ou quatre jours qui précèdent le flux, elle ressent quelquefois de vives douleurs, s'accompagnant de nausées.

L'hémorrhagie prend source à la partie interne du pouce, à l'union des phalanges et dure de trois à cinq jours, nécessitant des pansements fréquents, car ils sont rapidement saturés de sang.

Dans l'intervalle des hémorrhagies, l'endroit peut simplement être reconnu par l'existence d'une petite tache bleue grande comme un demi-pois.

Puech sur un relevé de 200 cas est arrivé à la statistique suivante [1] :

Hématémèse	32
Mamelle	25
Hémoptysie	24
Epistaxis	18
Membres inférieurs	13
Tronc, aisselle, dos, paroi thoracique	10
Intestin, hémorrhoïdes	10
Alvéoles dentaires	10
Yeux, paupières, caroncules lacrymales	10
Hématurie	8
Mains et doigts	7
Cuir chevelu	6
Conduit auditif	6
Ombilic	5
Glandes salivaires et muqueuse buccale	4
Joues	3
Sièges multiples	8

Ces cas de *règles supplémentaires ou déviées*, de *menstruatio vicaria* indiquent une transposition physiologique, le sang des règles ne s'échappant plus par les voies normales, mais choisissant pour s'écouler le *locus minoris resistentiæ*.

---

[1] *De la déviation des règles et de son influence sur l'ovulation*, 1863, (il manque dans cette statistique un cas pour faire les 200 indiqués).

Dans certains cas, au moment des règles outre cet écoulement lointain, on note l'apparition du sang aux organes génitaux, de telle sorte que les règles sont doubles, à la fois normales et supplémentaires. Mais ces faits de débordement ne font plus partie de l'aménorrhée et constituent au contraire ce qu'on pourrait appeler de la *surménorrhée*.

Causes de l'aménorrhée. — Les diverses causes qui, de la puberté à la ménopause, sont susceptibles de produire l'aménorrhée, appartiennent à une des cinq catégories qui suivent :

1° Causes génitales.
2° Causes organiques non génitales.
3° Causes nerveuses.
4° Causes extérieures.
5° Cause indéterminable.

1° Causes génitales. — Parmi les causes génitales, les unes sont physiologiques, les autres pathologiques.

Les *causes physiologiques* rentrent dans le domaine de la puerpéralité.

Sauf exception, les règles se suppriment pendant la grossesse, ou du moins l'écoulement sanguin ne se produit plus, car la ponte ovulaire paraît persister pendant les premiers temps ainsi qu'en témoignent les phénomènes de su-

perfécondation [1] et certaines autopsies de femmes gravidiques qui ont révélé la rupture récente de vésicules de De Graaf.

Après l'accouchement, la menstruation se rétablit différemment suivant que la femme allaite ou n'allaite pas.

Quand il n'y a pas d'allaitement, la menstruation reparait au bout de six semaines environ ; cette réapparition est communément désignée sous le nom de *retour de couches ;* elle peut être plus précoce, mais se montre fréquemment plus tardive souvent à deux, trois mois, quelquefois davantage après l'accouchement. A partir du retour de couches, les règles reprennent leur périodicité normale.

Quand la femme allaite, les règles d'habitude ne reparaissent qu'après le sevrage. Toutefois il n'est pas rare de voir les nourrices menstrueés d'une façon irrégulière, quelques-unes ont même des règles régulières, qui n'empêchent pas la continuation de l'allaitement, bien que la composition du lait soit altérée pendant l'écoulement menstruel et moins propice à l'alimentation de l'enfant. Toutefois l'aménorrhée qui existe nor-

---

(1) Nouvelle fécondation chez une femme déjà enceinte.

malement pendant la durée de l'allaitement paraît être la plupart du temps incomplète, car si les nourrices, qui s'exposent à la grossesse, deviennent moins fréquemment enceintes que les femmes dans les conditions ordinaires, la conception est loin d'être rare au cours de cette aménorrhée de l'allaitement. La ponte ovulaire semble donc continuer pendant l'allaitement, même quand l'écoulement sanguin fait défaut; contrairement à l'opinion généralement répandue, cette aménorrhée ne donne qu'une fausse sécurité au point de vue de la probabilité de la conception, et les femmes qui, surtout à la campagne, prolongent l'allaitement dans l'espoir de reculer l'apparition d'une nouvelle grossesse font un faux calcul, ou du moins partiellement faux.

En dehors de la puerpéralité, nous tombons dans les *causes pathologiques*.

Au début de cette étude des causes pathologiques, il importe d'établir une division d'importance capitale; l'aménorrhée d'origine génitale peut en effet être

tantôt *apparente*,

tantôt *réelle*.

Apparente quand il y a imperforation des organes génitaux, l'écoulement sanguin se produit

en effet dans ce cas, seulement il s'accumule en arrière de l'obstacle qui s'oppose à sa sortie au dehors, de manière à constituer l'hématocolpos ou l'hématomètre [1].

Réelle, alors qu'avec un canal génital normalement perméable le sang ne s'échappe plus des organes génitaux.

L'aménorrhée réelle dépend de l'*utérus*, des *trompes* ou des *ovaires*.

La plupart des affections utérines, comme la métrite, le fibrôme, le cancer, causent plus volontier des métrorrhagies que l'aménorrhée, cependant l'absence des règles peut être une conséquence exceptionnelle de ces états pathologiques. Parmi les utéropathies il en est une qui est essentiellement aménorrhéipare, à savoir l'atrophie qui résulte le plus souvent d'un excès d'involution à la suite de l'accouchement. Cette *surinvolution* ramenant l'utérus à l'état infantile, crée à la femme des conditions analogues à celles qui existaient avant la puberté et empêche la production de l'écoulement menstruel.

---

[1] L'hématocolpos est la distension du vagin par le sang des règles, de même que l'hématomètre est la distension de l'utérus par le même liquide. Le premier cas est le résultat de l'imperforation du vagin, et le second du canal cervical.

Les trompes sont rarement par elles-mêmes une cause d'aménorrhée, car pourvu que les ovaires conservent leur activité fonctionnelle et que l'utérus reste sain, les règles pourront continuer à se produire, l'ovaire présidant à la ponte ovulaire, et l'utérus étant la source principale de l'écoulement sanguin de la menstruation.

L'ovaire, contrairement à la trompe, joue un rôle important dans la production de l'aménorrhée.

L'ovaire est la source de l'activité génitale, il constitue l'*âme* de ce système. Supprimez son fonctionnement normal, et le système génital s'atrophie, s'éteint.

Faites la castration double, et sauf assez rares exceptions la menstruation disparaît.

Toute affection des ovaires assez grave pour anéantir l'ovulation aboutira au même résultat ; ainsi agiront les kystes doubles de l'ovaire, et aussi l'atrophie de ces glandes. Toutefois il faut que l'état pathologique soit arrivé à un stade avancé, car pourvu qu'une parcelle d'ovaire contienne des ovisacs arrivant à maturité et donnant lieu à la ponte ovulaire, la menstruation continuera.

A la puberté et à la ménopause, c'est-à-dire

au commencement et à la fin de l'activité ovarienne, on observe souvent des aménorrhées passagères et intermittentes, hésitations fonctionnelles d'un organe à l'aurore ou au déclin de sa vie active. Ces *aménorrhées crépusculaires* se montrent momentanément au moment de la puberté et de la ménopause.

2. **Causes organiques non génitales.** — Toute maladie générale et locale, quand elle est assez sérieuse pour affaiblir l'organisme, est susceptible de produire une aménorrhée passagère ou durable.

Parmi les maladies générales capables de suspendre les règles ou de les espacer, je citerai : le diabète, l'obésité, l'albuminurie, la syphilis, la chloro-anémie. Parmi les maladies locales, les suppurations prolongées, comme celles amenées par une arthrite ou une ostéopériostite.

La tuberculose joue également un rôle important dans la production de l'aménorrhée, Raciborski qui a fait une étude spéciale de la question est arrivé à la statistique suivante :

Première catégorie (1). Tubercules disséminés sans excavations.

---

(1) Raciborski. *Traité de la menstruation*, 1868, page 430.

Ancienneté apparente de la maladie	*Ancienneté de l'aménorrhée*
7 mois	2 mois
3 ans	2 //
8 mois	3 //
1 an	4 //
11 mois	3 //

Deuxième catégorie : Tubercules sans excavations.

Ancienneté apparente de la maladie	*Ancienneté de l'aménorrhée*
15 mois	10 mois
11 //	10 //
3 //	2 //
2 ans	18 //
18 mois	16 //
10 //	5 //
6 //	4 //
9 //	2 //
1 an	1 an
5 mois	5 mois
5 //	4 //
2 //	2 //
6 //	4 //
2 ans	3 //
1 an	1 an
16 mois	7 mois
5 //	3 //
19 //	10 //
1 an	2 //
5 mois	5 //
4 //	4 //
2 ans	5 //
7 mois	5 //

Ancienneté apparente de la maladie	*Ancienneté de l'aménorrhée*
2 //	1 //
3 //	3 //
1 an	3 //
5 mois	4 //

Il résulte de ce tableau que, dans la plupart des cas, la suppression des règles ne commence que plus ou moins longtemps après les premiers symptômes de la phtisie.

Cinq malades seulement avaient rapporté à la même époque le commencement de la toux et la suppression des règles.

Trois malades étaient enceintes à l'époque de l'origine de la toux, et la menstruation ne reparut point depuis leurs couches.

Chez toutes les autres malades, la suppression des règles arrivait ordinairement d'autant plus tard que la marche de la maladie était plus lente et que l'affection tuberculeuse était moins profonde. Ainsi, en prenant la moyenne des faits de la première catégorie, c'est-à-dire celle où les tubercules étaient encore disséminés, nous trouvons trois mois d'aménorrhée pour quatorze mois de tubercules, c'est-à-dire que, règle générale, la suppression des menstrues n'arrive, dans des cas semblables, que vers le onzième mois de la maladie. L'examen des faits de la deuxième

catégorie nous donne au contraire comme moyenne 5 à 6 mois ($\frac{26}{33}$) d'aménorrhée pour un peu plus de 9 mois ($\frac{10}{33}$) de maladie ; c'est-à-dire que, dans l'affection tuberculeuse qui suit une marche ordinaire et qui offre dans l'espace de quelques mois les signes du ramollissement, la suppression des règles arrive généralement vers le quatrième mois de la maladie.

Chez une seule malade, l'aménorrhée a précédé environ de deux mois la toux. Cette dame était d'une constitution délicate et d'un tempérament lympathique ».

3. Causes nerveuses. — Le système nerveux, régulateur de toutes nos fonctions, joue un rôle important à l'égard de la menstruation. Tout trouble de ce système, de même qu'il peut exagérer l'écoulement sanguin des règles, peut également le diminuer et même dans quelques cas le supprimer.

Une vive émotion est capable de supprimer momentanément l'écoulement menstruel, ou en d'autres cas de ramener les règles supprimées depuis un certain temps. Ces influences vasomotrices s'exerçant en sens contraire trouvent leur analogie dans d'autres régions du corps à la face par exemple où le trouble se manifestera

tantôt par de la rougeur, tantôt par de la pâleur.

Comme exemple de l'influence du moral sur la menstruation, je citerai le cas suivant que j'ai observé en 1890.

Il s'agit d'une cuisinière âgée de 31 ans mariée et mère de famille. Son passé génital et puerpéral ne fournit aucune donnée intéressante. Le dernier accouchement, qui était le troisième, date de deux ans; à la suite, l'allaitement n'a pas eu lieu et le rétablissement de la menstruation s'est fait dans les conditions normales. — Sortie un matin pendant son époque menstruelle pour aller au marché, en passant près d'une maison en construction, à quelques pas devant elle un ouvrier tombe d'un échafaudage et meurt sur le coup. L'émotion causée par cet accident produit chez elle une syncope; transportée dans une pharmacie voisine elle ne tarde pas à revenir à elle. Le soir même les règles qui n'en étaient qu'au second jour et qui d'habitude duraient 6 jours, ont complètement cessé, et ne reviennent pas les jours consécutifs sans qu'il en résulte le moindre malaise.

Le mois suivant, absence de menstruation.

Au bout de six mois les règles n'étant pas revenues, bien qu'elle ne fût en aucune façon malade, cette femme qui avait continué sa vie conjugale habituelle, vient me demander conseil, inquiète de ne pas voir revenir ses règles.

Après examen, je constate une grossesse de 3 mois

environ, ce que confirma la suite des événements, car 6 mois après, elle accoucha d'un enfant à terme et bien portant.

Cette femme était devenue enceinte au cours de l'aménorrhée produite par la vive émotion qu'elle avait éprouvée quelque temps auparavant. L'écoulement sanguin avait cessé, mais l'ovulation avait persisté et permis ainsi à la fécondation de s'accomplir.

La crainte comme l'espérance est parfois aussi l'origine de l'aménorrhée. Qu'une femme redoute une grossesse ou qu'elle la désire vivement, les règles se suppriment bien qu'il y ait vacuité utérine, et la conviction croissant avec le temps, le doute se change en certitude ; mais un jour ou l'autre la réapparition des règles rétablira la vérité.

Je me rappelle il y a 3 ans avoir été appelé en consultation dans les circonstances suivantes : il s'agissait d'une femme de 47 ans, d'une obésité exagérée, et qui par le fait même de ce développement adipeux était des plus difficiles à examiner. Les règles avaient cessé depuis 5 mois, et cette femme qui avait eu un enfant 20 ans auparavant, enfant mort depuis dans des conditions dramatiques, avait le vif désir d'une nouvelle maternité ; elle était quant à elle persuadée qu'elle était actuellement enceinte de 5 mois environ : suppression des règles, augmentation du volume du ventre et des seins, dégoûts et nausées ; depuis un mois elle sentait très nettement les mouvements fœtaux ; la veille

il y avait eu une petite hémorrhagie génitale et on craignait une fausse couche. La sage-femme qui suivait cette malade était très embarrassée pour apprécier le cas, et m'avait prié de venir pour lever les doutes.

Malgré le voile de graisse qui entourait l'utérus de toute part, je pus cependant arrriver à sentir l'organe petit, dur, et ne présentant par conséquent aucun des signes d'une grossesse de 5 mois; d'ailleurs l'âge de la malade qui était celui de la ménopause, les conditions morales dans lesquelles elle se trouvait, avaient déjà éveillé ma méfiance à l'égard de cette prétendue grossesse.

Bref je portai le diagnostic du retour menstruel après une période aménorrhéique due à l'âge de la ménopause, et je concluai à l'absence de grossesse et par là même de fausse couche.

Je ne revis plus la malade, mais un an après, j'eus de ses nouvelles par la sage-femme qui m'avait fait appeler.

Après mon départ, peu satisfaite de mon diagnostic, et persuadée qu'elle était enceinte, la patiente avait fait appeler un autre médecin, un voisin qu'elle connaissait et après lui avoir exposé son cas avec tous les détails elle finit, après examen de sa part, par lui faire admettre son diagnostic de grossesse de 5 mois environ, bien qu'on n'entendit pas de battements fœtaux. Immédiatement on se mit en devoir d'arrêter la fausse couche menaçante, en maintenant la malade sous l'influence de lavements de laudanum; au bout de 3 jours à la sa-

tisfaction de tous, les choses rentrèrent dans l'ordre normal.

Le mois suivant pas d'alerte, mais deux mois après nouvel écoulement sanguin, de nouveau laudanum, et toutes les précautions minutieuses pour éviter l'expulsion prématurée. Le médecin commençait à être peu satisfait de son diagnostic car il n'entendait toujours pas les bruits du cœur fœtal, mais naturellement complaisant, il se laissa encore entraîner par la conviction de sa cliente.

Deux mois après, c'était le neuvième, nouvel écoulement de sang, coliques, c'est à n'en pas douter l'accouchement qui commence. Le médecin ne trouve aucune modification du col, il attend ainsi 2, 3, 4 et 5 jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Depuis ce moment, il y a environ 8 mois, l'aménorrhée a été complète, et on attend toujours la venue de l'enfant ! Le médecin dépité a refusé de revoir sa cliente et il attend tranquillement que le temps efface petit à petit son erreur de diagnostic, compliqué, paraît-il, de calomnies à mon égard.

L'hystérie enfin, capable de tous les effets, a également été accusée de pouvoir produire l'aménorrhée. Cette cause ne saurait être niée, toutefois on n'en acceptera la réalité qu'après mûr examen de la femme.

4. Causes extérieures. – L'action locale ou générale des températures extrêmes, chaleur ou

froid, peut suspendre les règles commencées ou en retarder l'apparition.

Les règles par exemple peuvent être supprimées si accidentellement la femme tombe dans l'eau froide, ou si elle prend un bain très chaud (40 à 45°). Même conséquence possible si l'effet se fait sentir sur une région limitée du corps, par exemple un bain de pied chaud ou froid.

Les injections vaginales chaudes (45 à 50°) les froides (10 à 15°) ont une action analogue ; et le thérapeute sait employer ces moyens chez les femmes dont la menstruation est profuse pour éviter l'écoulement trop abondant de sang.

Les conditions de la vie habituelle influent d'une façon très nette sur la menstruation ; chez les jeunes filles élevées au couvent à l'abri de la lumière et de l'air, chez les religieuses cloîtrées l'aménorrhée est fréquente, la puissance sexuelle paraît diminuer chez elle à mesure que la santé s'étiole. Ces *aménorrhées claustrales* disparaîtront aussitôt qu'on rend ces malades à une hygiène convenable.

Chez les jeunes mariées le trouble moral résultant des premières relations conjugales, joint au traumatisme qui vient surprendre des organes tranquilles jusque-là, amène souvent une aménorrhée d'habitude passagère, *aménorrhée de la*

lune de miel, qui fait souvent croire, mais à tort, au début d'une grossesse.

5. Cause introuvable. – Comme pour la plupart des maladies il existe une série de cas où la suspension des règles ne peut être étiologiquement expliquée ; ces aménorrhées essentielles ou idiopathiques disparaîtront probablement du domaine scientifique, mais l'état actuel de nos connaissances nous oblige à les conserver jusqu'à nouvel ordre dans le cadre étiologique.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'aménorrhée en elle-même ne présente aucune difficulté, il résulte de la constatation même de l'absence d'écoulement sanguin menstruel. La femme qui vient nous consulter nous apporte ce diagnostic tout fait, mais elle nous en demande la cause.

Il faudra passer en revue les diverses causes dont il a été précédemment question.

Causes génitales

Grossesse, allaitement.
Malformation génitale.
Maladie de l'utérus ou des annexes.

Causes organiques non génitales.

Maladie générale aiguë ou chronique.
Maladie localisée agissant sur l'organe, soit par la fièvre qu'elle provoque, soit par l'épuisement dont elle est la source.

Causes nerveuses.

Maladie nerveuse. — Hystérie.
Aménorrhée psychique. — Emotion vive. — Crainte ou espoir de grossesse.

Causes extérieures.

Impression localisée générale du froid ou de la chaleur.
Influence médicamenteuse.
Aménorrhée claustrale.
// de la lune de miel.

Cause introuvable.

Aménorrhée essentielle ou idiopathique.

Le *diagnostic étiologique* n'est pas toujours suffisant pour l'intéressée, qui demandera souvent à être renseignée sur les deux points suivants :

1° *L'aménorrhée est-elle une cause de stérilité?*

2° *L'aménorrhée peut-elle être cause de maladie ou aggraver un état pathologique coexistant?*

1° Théoriquement il existe, ainsi que nous l'avons vu, deux sortes d'aménorrhée, l'une avec ovulation, l'autre sans ovulation ; la première permet la conception, la seconde au contraire entraîne la stérilité ; malheureusement en pratique la distinction de ces deux variétés

d'aménorrhée est encore impossible, de telle sorte que notre réponse ne saurait se baser sur leur constatation qui est impossible.

L'aménorrhée est-elle incomplète, c'est-à-dire les règles se montrent-elles de loin en loin, y a-t-il des règles supplémentaires, ou des règles blanches, ou au moins un molimen menstruel remplaçant l'écoulement sanguin, les organes génitaux sont-ils normalement conformés, on conclura plutôt à la possibilité de la conception, et à l'impossibilité dans le cas contraire.

2° L'aménorrhée par elle-même, contrairement à l'opinion populaire ne saurait être cause de maladie, mais quand elle coexiste avec un autre état pathologique, elle implique une certaine gravité de cet état, et le retour des règles indique l'amélioration des conditions où se trouve la femme et rassérène le pronostic.

Traitement. — Le traitement de l'aménorrhée sera essentiellement étiologique. Toutefois on trouvera chez certaines aménorrhéiques l'idée tellement ancrée que tous les troubles éprouvés proviennent de l'absence des règles qu'on sera moralement obligé d'instituer un traitement pour solliciter le retour des règles. Ce traitement pourra être institué quand la grossesse n'existe pas, et quand le retour des règles ne doit avoir

aucun inconvénient ; il consistera dans l'administration à l'*intérieur*, d'apiol [1] (une à deux capsules de $0^{gr},20$), et à l'*extérieur* dans l'application de l'électricité et dans l'hydrothérapie combinée à un traitement tonique général.

---

[1] Liquide huileux, extrait du persil.

CHAPITRE III

—

MÉTRORRHAGIE

μητρα Utérus, ραγειν Couler

SOMMAIRE

1. Description et variétés.
2. Etiologie.
    1. Causes génitales.
    2. Causes organiques non génitales.
    3. Causes nerveuses.
    4. Causes extérieures.
    5. Cause introuvable.
3. Valeur séméiologique.
4. Traitement.
    1. Etiologique.
    2. Symptômatique.

Comme toute région du corps, la surface génitale peut être la source d'hémorrhagies ; *vulvorrhagie*, *vaginorrhagie*, *métrorrhagie*, *salpingorrhagie*, *ovorrhagie*, suivant que la source du sang est à la vulve, au vagin, à l'utérus, à la trompe ou à l'ovaire.

L'hémorrhagie est normale quand elle survient régulièrement tous les mois, et prend sa source au niveau de l'utérus, des trompes et de l'ovaire ; elle constitue en pareil cas la menstruation physiologique.

L'hémorrhagie est encore normale, quand, au premier coït, il y a un léger écoulement sanguin provenant de la déchirure de l'hymen ; cette bénigne vulvorrhagie est l'emblème de la défloration.

On doit encore considérer comme normal l'écoulement sanguin qui se fait au moment de la délivrance et pendant les premiers jours du postpartum.

En dehors de ces divers cas toute hémorrhagie génitale doit être considérée comme pathologique.

Bien que ces hémorrhagies puissent provenir ainsi que nous l'avons vu de points autres que l'utérus, je les ai, suivant l'usage, groupées sous la désignation commune de métrorrhagie, car

l'utérus en constitue la source la plus importante et la plus ordinaire.

On appelle *ménorrhagie* (μην mois, ραγειν couler) l'hémorrhagie qui survient périodiquement au moment des règles ; la ménorrhagie n'est donc autre chose qu'une métrorrhagie menstruelle.

A propos de la ménorrhagie une question hante aussitôt l'esprit : *Quand l'écoulement menstruel cesse-t-il d'être normal pour devenir pathologique ?* Ou en d'autres termes à quel degré d'écoulement la ménorrhagie est-elle constituée ?

L'hémorrhagie menstruelle devient pathologique quand l'écoulement de sang est exagéré,

soit dans sa *quantité*
soit dans sa *durée*
soit dans sa *fréquence*.

Quantité, durée et fréquence ayant pour termes de comparaison l'état physiologique antérieur.

Si par exemple une femme antérieurement réglée tous les mois, perdant pendant 5 jours, et salissant en moyenne une serviette par 24 heures, a maintenant ses règles tous les 15 jours, ou si elles présentent une durée de 10 jours, ou enfin si 3 ou 4 serviettes sont nécessaires par

24 heures, cette femme est atteinte de ménorrhagie.

Au cas où les ménorrhagies surviendraient dès la puberté, c'est-à-dire dès l'instauration menstruelle, ce terme de comparaison ferait défaut, et on devrait considérer comme ménorrhagie tout écoulement sanguin périodique dont la fréquence, la quantité ou la durée, compromettrait en l'affaiblissant la santé de la femme.

Dans le premier cas le critérium pathologique est fourni par la menstruation antérieure, dans le dernier il résulte exclusivement du danger que l'écoulement sanguin fait courir à la santé de la femme.

Le sang qui s'échappe des organes génitaux est tantôt liquide, tantôt coagulé. La coagulation survient, quand le sang a séjourné un temps suffisamment long soit dans la cavité utérine anormalement agrandie, soit dans le vagin lorsque la femme conserve la position horizontale. Ces caillots, qui effraient beaucoup certaines personnes, et font croire à l'existence de quelques graves maladies des organes génitaux, sont en réalité de faible importance, ils indiquent simplement un écoulement abondant de sang avec obstacle à sa sortie immédiate des organes génitaux.

La provenance du sang est reconnaissable par l'examen direct, quand la vulve, le vagin ou la surface vaginale du col sont la source de l'écoulement, mais, quand au spéculum on voit le sang sortir par l'orifice utérin, il est impossible de dire si l'origine est utérine, salpingienne ou ovarienne, ou plutôt l'étude seule des causes permet de supposer cette origine qui la plupart du temps est d'ailleurs utérine.

Causes. — Nombreuses sont les *causes* susceptibles de produire des hémorrhagies génitales ; nous allons les passer en revue dans l'ordre suivant :

1. Causes génitales { puerpérales. / apuerpérales.
2. Causes organiques non génitales.
3. Causes nerveuses.
4. Causes extérieures.
5. Cause introuvable.

Cet ordre étiologique est le même que celui suivi pour l'aménorrhée.

1. **Causes génitales.** — *A. Puerpérales.* — L'hémorrhagie peut survenir pendant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches ou l'allaitement.

Pendant la grossesse, des causes non puerpérales sont la source possible de l'hémorrhagie,

tels une ulcération simple ou cancéreuse du col, un fibrome utérin. Les règles sont également susceptibles de se montrer pendant la grossesse, mais leur abondance est en général diminuée. — La cause gravidique la plus commune est le décollement du placenta normalement inséré ou prœvia, exposant la femme à l'avortement ou à l'accouchement prématuré ; je citerai encore, eu égard à leur importance, la môle hydatiforme et la grossesse extra-utérine.

Pendant l'accouchement, l'hémorrhagie normale de la délivrance peut devenir pathologique par son abondance, et être amenée soit par un traumatisme des organes génitaux, soit le plus ordinairement par l'inertie même de l'utérus. — Durant la période de dilatation ou d'expulsion, de graves hémorrhagies résultent parfois de l'insertion vicieuse du placenta et des déchirures utérines.

Le postpartum peut, pendant les premières heures qui suivent la délivrance, amener des hémorrhagies reconnaissant les mêmes causes que celles de la délivrance ; celles qui surviennent à une période plus éloignée ont pour cause la plus habituelle un retard dans l'involution utérine ou la rétention de débris ovulaires (membranes ou placenta).

Pendant l'allaitement, il n'est pas rare de voir contrairement à la règle la menstruation reprendre son cours normal, bien qu'elle soit le plus souvent irrégulière, les autres causes hémorrhagipares les plus fréquentes sont la métrite, la présence de fibromes, les déviations utérines.

b. Apuerpérales. — L'hémorrhagie est d'origine tantôt superficielle, tantôt profonde.

Superficielle, c'est-à-dire accessible à la vue avec ou sans l'aide du spéculum, et provenant de la vulve, du vagin, ou de la surface vaginale du col.

Profonde, ou inaccessible à la vue, car avec le spéculum on voit simplement le sang sourdre à l'orifice utérin sans pouvoir dire par la simple inspection s'il vient de l'utérus des trompes ou des ovaires.

Les *hémorrhagies superficielles* reconnaissent pour cause, en dehors des traumatismes, les ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses de la vulve du vagin ou du col, ou encore la rupture de varices. Au col une pseudo-ulcération, résultat d'un simple processus inflammatoire, peut également être la source d'un écoulement sanguin, surtout à la suite du coït ou d'une exploration digitale ou instrumentale.

Les *hémorrhagies profondes* dépendent de l'utérus, des trompes ou des ovaires.

Au niveau de l'utérus trois causes maîtresses : le cancer, le fibrome, la métrite. — Le cancer du corps est rare relativement à celui du col. Il amène des hémorrhagies ordinairement peu abondantes, le plus souvent accompagnées d'un écoulement sanieux continu. — Les fibromes, qui pointent vers la cavité utérine constituent une source fréquente et importante d'hémorrhagies. — Quant à la métrite, dite hémorrhagique à cause de son symptôme dominant, son existence est relativement fréquente, et se reconnaît aux signes habituels de l'inflammation utérine, alors que les deux causes précédentes auront été exclues.

Les affections tubaires constituent relativement aux maladies de l'utérus une cause rare d'hémorrhagie ; elles peuvent être la source directe de l'écoulement sanguin, ou provoquer des métrorrhagies par l'influence congestive qu'elles exercent sur l'utérus.

Il en est de même des affections ovariennes tantôt cause directe, tantôt et le plus ordinairement cause indirecte d'hémorrhagie génitale. — Toutes les fois que des métrorrhagies sont rebelles aux traitements ordinaires, notamment au curage utérin, il faut inspecter les ovaires ; l'in-

flammation, le déplacement, les petites tumeurs de ces organes constituent souvent l'épine hémorrhagipare, et l'écoulement sanguin ne prendra fin que lorsque avec un traitement approprié, le plus souvent l'ablation de l'organe pathologique, on aura fait disparaître la cause même du mal.

Le rôle hémorrhagipare des affections tubo-ovariennes de nature inflammatoire, bien qu'admis en principe par les gynécologues, demande insistance, car on a trop souvent tendance à incriminer exclusivement l'utérus en pareil cas.

L'observation suivante en est la preuve.

Une jeune femme de 26 ans, veuve depuis 3 ans et n'ayant jamais eu d'enfants pendant les années de vie conjugale, est prise, depuis la mort de son mari, d'hémorrhagies génitales d'abondance croissante et survenant au moment des règles, autrement dit de ménorrhagies.

Ayant d'abord consulté son médecin ordinaire, celui-ci lui a ordonné les hémostatiques habituels, notamment l'ergot de seigle en préparations variées.

Le résultat ayant été faible, elle va consulter un gynécologue qui la dit atteinte d'endométrite et lui propose la dilatation de l'utérus suivie de cautérisation. L'intervention est faite sans complication à l'aide de la laminaire, et la cautérisation à l'aide d'un agent dont

la malade a oublié le nom. A la suite, amélioration très notable pendant quelques mois, au bout desquels les ménorrhagies reviennent comme par le passé.

Le même gynécologue, consulté de nouveau, conseille d'avoir encore recours à la même intervention, avec l'espoir que renouvelée elle aura une efficacité plus prolongée.

Sur ces entrefaites et avant de s'être décidée, la malade vient me consulter en janvier 1891. L'examen direct me permet de constater l'existence d'une métrite hémorrhagique, avec salpingo-ovarite du côté droit, salpingo-ovarite d'ailleurs peu volumineuse, la trompe est un peu moins grosse que le petit doigt et augmente progressivement de volume pour venir se confondre avec l'ovaire dont le volume égale à peu près celui d'une prune.

Je conseille le curage que j'exécute quelques jours après, la curette ramène de nombreux débris muqueux.

A la suite du curage, la malade va bien pendant six mois puis les hémorrhagies recommencent avec une intensité croissante.

Obligée à ce moment d'aller dans le midi, le gynécologue qu'elle consulte en voyage lui conseille un nouveau curage qu'elle accepte, et qui pendant le même temps que le premier la rend à l'état normal.

En avril 1892, les pertes sanguines étaient revenues comme par le passé, la malade vint me revoir : l'état local est le même, la salpingo-ovarite n'a pas varié, et elle me paraît être la seule cause à invoquer pour ex-

pliquer la persistance des hémorrhagies, En conséquence, j'ai proposé l'ablation des annexes malades, c'est-à-dire du côté gauche, avec conservation des annexes droites si elles sont reconnues saines après l'ouverture de l'abdomen.

Mais la malade ne veut pas se décider à cette opération, la seule à mon avis qui soit susceptible de mettre fin à ses hémorrhagies persistantes ; ce sont des cas analogues où Martin a proposé et pratique l'hystérectomie ; l'ablation des annexes qui peut être unilatérale me semble préférable.

A la puberté et à la ménopause, c'est-à-dire aux deux limites de la vie génitale, on voit parfois survenir des hémorrhagies, qu'on peut appeler *crépusculaires*, puisqu'elles surviennent à l'aurore et au déclin de la sexualité. — Ces métrorrhagies, en dehors de causes ordinaires et précédemment décrites (métrite, fibrome, cancer, affections des annexes) ont une pathogénie encore mal connue ; elles sont en quelque sorte le bégaiement d'organes qui commencent ou qui terminent leur vie active ; leur traitement devra d'ailleurs se borner à être palliatif.

2. Causes organiques non génitales. — Les maladies susceptibles de produire les ménorrhagies agissent les unes mécaniquement, les autres en altérant la composition du sang.

Les premières comprennent les maladies cardiaques et pulmonaires dont l'aboutissant commun est l'asystolie.

Dans la seconde catégorie figurent la fièvre typhoïde, l'ictère grave, les fièvres éruptives, qui s'accompagnent souvent de métrorrhagies de même que d'épistaxis.

L'hémophilie semble aussi prédisposer aux métrorrhagies, mais le mode de son influence pathogénique est difficile à expliquer.

3. Causes nerveuses. — L'origine de la métrorrhagie peut être périphérique ou centrale.

Périphérique, quand il s'agit par exemple d'une névralgie lombo-abdominale ou voisine qui est susceptible de retentir sur la circulation utérine ; toutefois, cette action pathogénique n'est pas nettement prouvée.

L'origine centrale ou mieux psychique de certaines métrorrhagies est mieux connue. Car si certaines femmes ont à la suite d'une forte émotion leurs règles subitement arrêtées, d'autres au contraire sous la même influence auront une exagération de l'écoulement sanguin, et l'hémorrhagie pourra se produire dans la période intermenstruelle même ; ces caprices de l'action émotive trouvent leur analogie dans les variations de la circulation faciale sous l'influence psychique,

le même choc moral faisant rougir les uns et pâlir les autres.

Les préoccupations morales vives et prolongées agissent quelquefois très nettement sur l'utérus, elles entretiennent la congestion de cet organe et favorisent par conséquent les hémorrhagies dont il peut être la source.

Il y a deux ans j'ai soigné une femme de 35 ans qui habitait dans le quartier de l'Opéra. Dans l'intervalle des règles qui étaient à peu près normales bien qu'irrégulières comme apparition, avec légers retards ou avances, il y avait de petites métrorrhagies qui duraient 24 à 48 heures et qui se répétaient tous les 4, 5, 6, ou 7 jours.

Après examen je conclus à une légère endométrite hémorrhagique, trouvant le système génital absolument sain, sauf une faible augmentation du volume utérin. Je prescrivis des injections vaginales chaudes, des laxatifs, des bains de pied sinapisés, me réservant de faire ultérieurement un traitement plus actif s'il devenait nécessaire. Cette thérapeutique n'amena d'ailleurs qu'une amélioration insignifiante.

La malade, à qui je proposais une thérapeutique plus active, me confessa alors qu'elle soupçonnait son mari de la tromper avec une courtisane à la mode, et étant très jalouse, cette pensée dont elle n'avait d'ailleurs aucune preuve certaine, la bouleversait ; elle lui attri-

buait ses ennuis du côté du système génital. Son plus vif désir était d'emmener pendant 2 à 3 mois, son mari en voyage, loin de Paris, elle était persuadée que ce serait pour elle le meilleur traitement moral et génital. Je conseillai le voyage demandé, le mari accepta et le couple passa trois mois en Orient.

Au retour, les métrorrhagies avaient disparu, le pronostic de la femme s'était pleinement réalisé;ses préoccupations morales, qui s'étaient évanouies, étaient bien les seules causes de ses métrorrhagies.

Je l'ai revue tout récemment,la guérison s'était maintenue, et elle venait me consulter pour le motif contraire, ses règles n'étaient pas revenues depuis deux mois et elle craignait le début d'une grossesse, d'autant plus, ainsi qu'elle me le laissa deviner, que son mari ne pouvait en être l'auteur.

Le résultat de mon examen ne fit que justifier ses craintes.

4. Causes extérieures. — Tout traumatisme direct, intéressant la surface génitale, est susceptible d'amener une hémorrhagie de gravité variable suivant l'importance du vaisseau intéressé.

Le coït peut agir comme traumatisme alors qu'il y a disproportion des organes féminins et masculins, mais son action est plus souvent congestionnante de même que celle de toute

excitation sexuelle. Or, la congestion est le prélude de l'hémorrhagie.

Tout vêtement abdominal trop serré (corset, ceinture) est également susceptible de produire des hémorrhagies utérines, ou d'aggraver celles qui reconnaissent une autre cause.

5. **Cause introuvable.** — Catégorie où doivent être rangés, les cas dépourvus de toute paternité étiologique.

Une hémorrhagie génitale existe, il ne s'agit pas des règles mais d'un écoulement pathologique, commençons par en chercher la source :

Vulve, par la vue

Vagin ou col, par le spéculum

Utérus, trompe ou ovaire, par exclusion.

Le signe reconnu, passons en revue les diverses causes qui ont été précédemment étudiées, et nous arriverons ainsi au diagnostic étiologique.

Traitement. — Cette recherche étiologique est de la plus haute importance au point de vue thérapeutique, car, dans la plupart des cas, c'est contre la cause même qu'il faut diriger le traitement si on veut faire cesser l'écoulement sanguin.

Toutefois le traitement étiologique doit céder

le pas au traitement symptomatique dans les trois circonstances suivantes :

1. Quand l'écoulement de sang est assez abondant pour constituer un péril immédiat.
2. Quand la cause est incurable.
3. Quand la cause est introuvable.

1° En cas d'hémorrhagie grave, susceptible d'amener la mort de la femme, si elle n'est pas conjurée, il importe avant tout d'arrêter l'écoulement sanguin. Pour ce faire on aura deux moyens à sa disposition : le tamponnement vaginal et le tamponnement intra-utérin (je n'ai pas en vue ici les hémorrhagies de la puerpéralité dont la thérapeutique compliquée et variée nous entraînerait beaucoup trop loin).

La technique du tamponnement est la suivante :

Tamponnement vaginal : Prendre une bande de gaze iodoformée longue de 5 mètres et large de 10 centimètres ; placer la femme en position vulvaire ; appliquer un spéculum bivalve, et à l'aide du doigt introduire dans le vagin en la déroulant la bande de gaze iodoformée. Le vagin doit être hermétiquement rempli avec la bande ; à mesure que le tamponnement s'achève on retire le spéculum. Ce tamponnement peut être laissé 24 heures en place sans inconvénients,

pourvu qu'on surveille la miction et qu'on fasse le cathétérisme au besoin.

Tamponnement utérin : Même bande de gaze iodoformée ; femme en position vulvaire. Les deux lèvres du col étant saisies avec des pinces de Museux pour les attirer à la vulve, introduire avec le doigt ou une pince à pansement l'extrémité de la bande dans la cavité utérine, et

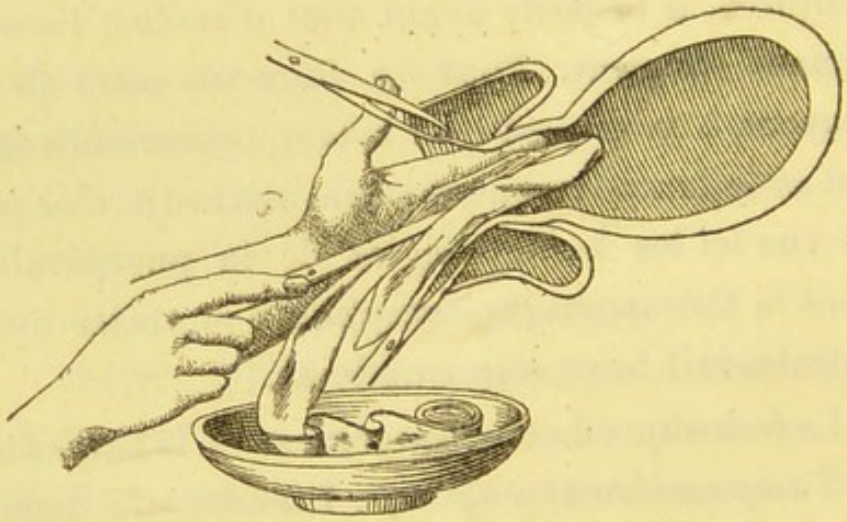

Fig. 14. — Tamponnement intra-utérin.

dérouler progressivement la bande en comblant toute la cavité de l'utérus. Après la cavité de l'utérus il sera bon de combler aussi la vaginale, c'est-à-dire de compléter le tamponnement utérin par un tamponnement vaginal ; si la même bande n'est pas suffisante à cet effet, on en prendra une seconde pour terminer l'occlusion. Le tamponnement utérin peut de même

que le vaginal être laissé 24 heures en place, mais douze heures suffisent en général pour obtenir l'hémostase désirée.

2° Quand la cause est incurable, par exemple un cancer ou un fibrome inopérable, le thérapeute aura à sa disposition les moyens que voici :

Ergot et ses dérivés.

Hamamelis virginica teintura en solution au $\frac{1}{10}$ 20 à 30 gouttes.

Hydrastis canadensis, teinture en solution au $\frac{1}{10}$ 20 à 30 gouttes.

Eau de Léchelle. Dose *ad libitum* par cuillerées à soupe.

3° Quand D la cause est introuvable et que le traitement doit forcément être symptomatique, si l'hémorrhagie est faible on emploie les moyens indiqués pour les cas où la cause est incurable, si au contraire l'hémorrhagie est grave, on aura recours au tamponnement vaginal ou utérin.

CHAPITRE IV

—

DYSMÉNORRHÉE

δυς difficilement, μην mois, ραγειν couler

SOMMAIRE

1, Définition. — Nature. — Variétés.

2. Description symptômatique.

3. Etiologie.
   1. Causes génitales.
   2. Causes nerveuses.

4. Traitement.
   1. Dysménorrhée d'origine génitale.
   2. Dysménorrhée d'origine nerveuse.

Tout muscle de l'économje, qu'il soit lisse ou strié, se contracte sans douleur à l'état normal.

A l'état pathologique survient la douleur qui

s'appelle *crampe* pour le muscle strié, et *colique* pour le muscle lisse.

Le muscle utérin, comme les autres muscles de l'économie, est soumis à des contractions intermittentes qui normalement ne sont pas perçues par la femme, sauf pendant l'accouchement où elles deviennent très douloureuses. Pendant les règles, les contractions utérines sont normalement indolores, mais elles peuvent, à l'état pathologique, devenir douloureuses, et sont alors désignées sous le nom de *dysménorrhée*.

Dysménorrhée est donc synonyme de *menstruation douloureuse*.

La *dysménorrhée* est la colique utérine de la menstruation ; elle est à la menstruation ce que la colique intestinale est à la digestion, ce que la colique néphrétique est à l'excrétion urinaire, ce que la palpitation est au fonctionnement cardiaque.

Certains gynécologues se plaisent à scinder la dysménorrhée en une série de variétés, telles les *dysménorrhées : idioopathique*, *essentielle*, *congestive*, *inflammatoire*, *nerveuse*, *spasmodique*, *mécanique*, *ovarienne*, *utérine*, *pseudo-membraneuse*.

La dysménorrhée est UNE, et c'est à tort qu'on tente de la morceler ainsi ; ces diverses variétés

répondent les unes à des divisions symptomatiques, les autres à des variétés pathologiques, mais la maladie reste unique dans son essence qui est la contraction douloureuse, la colique de l'utérus.

Nous ne connaîtrons bien la dysménorrhée qu'après avoir successivement étudié :

La douleur qu'elle produit

L'écoulement génital qui l'accompagne

Le retentissement général, dont elle est la source

Enfin sa marche.

1° *Douleur.* — La douleur de la dysménorrhée est intermittente comme la contraction de l'utérus qui en est la source.

Elle siège à l'hypogastre, à la région lombaire, entoure souvent l'abdomen en ceinture, et se propage vers les membres inférieurs le long du crural et du sciatique.

L'état douloureux est parfois tel qu'il empêche le sommeil, et oblige au repos absolu dans la position horizontale, le moindre mouvement amenant une exacerbation.

Les douleurs précèdent parfois l'écoulement de sang, mais elles sont en général au maximum au début de cet écoulement.

2° *Ecoulement génital.* — Le sang des règles

Fig. 15

1. Membrane dysménorrhéique vue sous l'eau (Simpson)

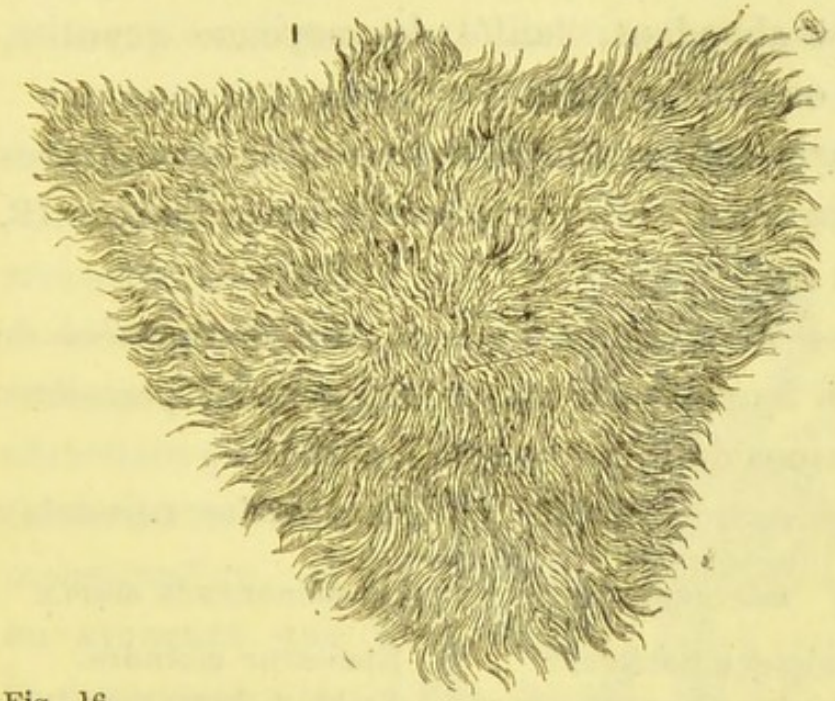

Fig. 16

2. Portion de muqueuse utérine expulsée dans la dysménorrhée (Oldham).

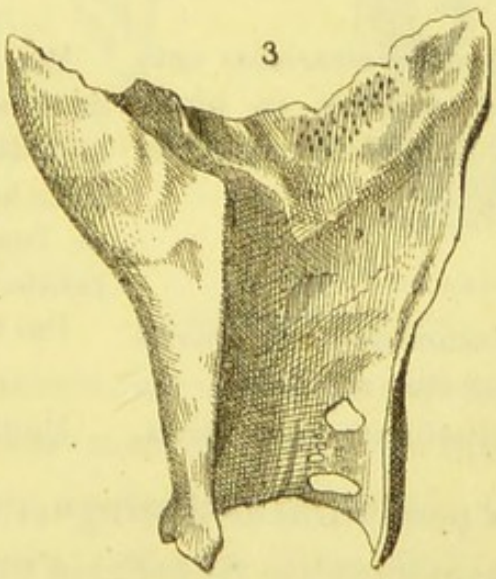

Fig. 17

3. Membrane dysménorrhéique (Barnes).

présente les variétés qu'on observe à l'état normal en dehors de la dysménorrhée. Tantôt rare, tantôt abondant, tantôt de moyenne quantité, avec ou sans caillots.

Parfois il contient des pseudo-membranes analogues à celles représentées par les *fig.* 15, 16 et 17.

Ces membranes doivent être distinguées de celles fournies par un avortement des premières semaines de la grossesse (*fig.* 18).

Les caractères différentiels sont les suivants :

AVORTEMENT	DYSMÉNORRHÉE SIMPLE
Epaisseur notable.	Epaisseur moindre.
Grande richesse vasculaire.	Faible richesse vasculaire
Villosités choriales nettement visibles en plongeant le lambeau dans de l'eau.	Pas de villosités, cependant sous l'eau on aperçoit des inégalités (*fig.* 15) mais beaucoup plus courtes et beaucoup moins luxuriantes que des villosités.
Présence de l'œuf, quand il peut être retrouvé.	Pas trace d'œuf.
Epithélium pavimenteux.	Epithélium prismatique.

La possibilité de distinguer les membranes de la dysménorrhée de celles d'un avortement indique que l'opinion, d'après laquelle certains auteurs voudraient voir dans la dysménorrhée des avortements périodiques, n'est pas exacte ;

d'ailleurs l'existence même de la dysménorrhée avec pseudo-membranes chez des vierges, enlève toute vraisemblance à cette doctrine pathogénique

Ces membranes peuvent d'ailleurs exister dans certains cas de menstruation indolore ; John Williams les a observées et décrites, mais cet auteur a été trop exclusif en admettant qu'elles existent avec toute menstruation, et en avançant que la muqueuse utérine tombe à chaque période menstruelle pour être remplacée par une nouvelle muqueuse.

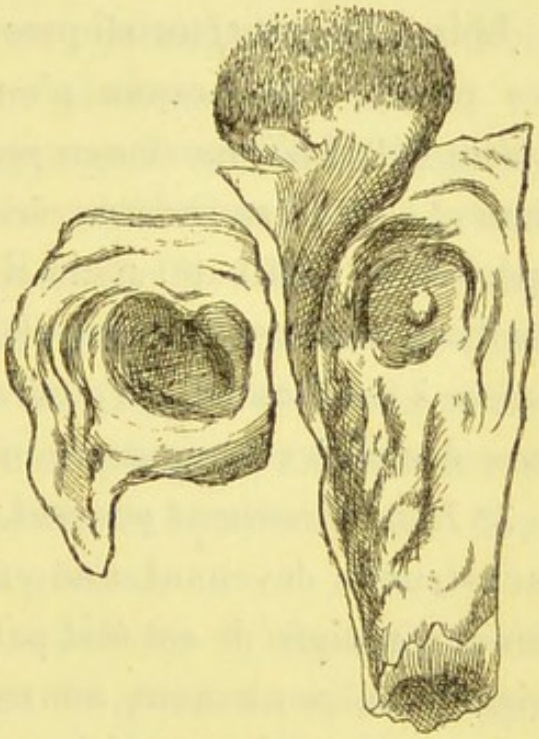

Fig. 18. — Membranes deciduales, consécutives à l'avortement.

Que la menstruation soit ou non douloureuse, tantôt la muqueuse reste intacte (De Sinéty), tantôt elle perd son épithélium (Léopold), tantôt elle est complètement caduque (John Williams), sans qu'il soit encore possible de dire quel est de ces trois alternatives l'état normal et l'état pathologique.

Si les pseudo-membranes de la dysménorrhée ont été étudiées avec un soin particulier, c'est que la douleur, attirant l'attention du médecin vers les organes génitaux en a fait observer les moindres détails symptomatiques, alors qu'ils passent inaperçus avec des règles indolores.

Loin d'être caractéristiques de la dysménhorrée les pseudo-membranes n'en constituent donc qu'un détail d'importance secondaire ; non seulement elles ne sauraient créer une dysménorrhée spéciale et distincte, mais il est possible qu'en étudiant de plus près l'écoulement menstruel on arrive à reconnaître qu'elles existent semblables avec des règles d'apparence normale.

3° *Retentissement général.* — Chaque période menstruelle devenant une crise douloureuse, la femme, affligée de cet état pathologique, devient triste, non seulement au moment des règles, mais quelquefois même dans leur intervalle, redoutant les douleurs qu'elle va bientôt subir, absolument comme la gestante est effrayée des douleurs de l'accouchement prochain.

Pendant les règles mêmes, l'appétit est diminué, l'haleine mauvaise ; parfois il y a des nausées et des vomissements.

Les douleurs abdominales sont quelquefois suffisantes pour faire croire à un début de péri-

tonite, mais le pouls reste calme et la température normale.

4° *Marche.* — Suivant la cause qui la produit, la dysménorrhée commence tantôt à la puberté, tantôt après le mariage, tantôt après la maternité, dans ces deux derniers cas elle est en général sous la dépendance de maladies qui se déclarent dans le système génital.

Un traitement approprié arrive en général à guérir ou à améliorer cet état douloureux, mais il est des femmes qui, rebelles à tout traitement, continuent à souffrir mensuellement pendant toute leur vie génitale, jusqu'à ce que la ménopause normale, ou anticipée grâce à une intervention chirurgicale, arrête ce fonctionnement douloureux du système génital.

Causes. — On rencontre la dysménorrhée tantôt avec des organes génitaux sains d'apparence, tantôt avec coïncidence d'une génitopathie.

D'où au point de vue *étiologique* deux catégories de dysménorrhée

l'une d'origine *génitale*

l'autre d'origine *nerveuse.*

1° Cause génitale. — *Utérus, trompe, ovaire, périmétrium.* — Le sang, au moment des règles, est chassé avec les mucosités et les pseudo-

membranes qui peuvent exister, par les contractions utérines à travers le canal cervical, pour arriver dans le vagin, puis au dehors. Or, la contraction utérine, cause de l'expulsion du sang, peut devenir douloureuse, ou parce que le muscle utérin lui-même est malade, ou parce qu'il y a obstacle à la sortie du contenu utérin.

Les deux observations suivantes vont illustrer l'un et l'autre mode pathogénique.

Mme G. âgé de 28 ans a eu un enfant il y a 4 ans; l'accouchement a été normal ainsi que les suites de couches pendant lesquelles il y a cependant eu un peu de fièvre. Lever au bout de 15 jours. Depuis ce moment les pertes blanches ou plûtôt blanc jaunâtre ont été continuelles, et depuis 3 ans environ la malade éprouve des douleurs de reins et des douleurs à l'hypogastre, surtout accentuées, après toute fatigue prononcée. Depuis trois ans environ, et surtout depuis 2 ans, les règles tout en restant régulières sont devenues plus abondantes et douloureuses alors qu'elles ne l'étaient jamais autrefois. Ces douleurs ressemblent en miniature à celles de l'accouchement ; elles sont plus accentuées au début des règles que vers leur terminaison. Elles sont parfois suffisantes pour nécessiter un repos complet sur la chaise longue, la marche et les déplacements augmentant leur acuité. A l'examen de la malade, je constate que l'utérus non dévié est plus volumineux qu'à l'état normal et douloureux à la pression vagino-ab-

dominale. Au spéculum écoulement par l'orifice externe d'un muco-pus abondant, le col est volumineux et présente un ectropion de la grandeur d'une pièce de 2 fr. Il s'agit donc de métrite parenchymateuse avec dysménorrhée en dépendant, les annexes sont normales. Je propose le traitement chirurgical, c'est-à-dire le curage et l'amputation du col par la méthode de Schrœder; l'opération est acceptée et pratiquée suivant les principes habituels. Les suites en sont normales. A partir de ce moment les douleurs de reins et d'hypogastre vont en s'atténuant, quatre mois après elles ont à peu près complètement disparu, il n'y a qu'un très léger écoulement muqueux à peine purulent ; les règles reviennent normalement et ne s'accompagnent plus de douleur; la dyménorrhée a disparu avec la cause qui l'avait produite.

Dans le cas précédent c'était bien l'état de tout l'utérus qui semblait amener les douleurs de la menstruation, dans le suivant il semble plus juste d'incriminer l'état de l'orifice interne.

Madame M. âgée de 31 ans a eu deux enfants, le dernier il y a 2 ans et demi, elle a été accouchée par une sage-femme ; les suites de couches ont paru normales. Toutefois depuis le dernier accouchement la malade a des pertes blanc-jaunâtre continuelles avec douleur de reins et pesanteur au niveau de l'anus. Les règles sont devenues douloureuses bien que leur abondance soit à

peu près la même qu'autrefois ; ces douleurs se produisent sous forme de coliques et existent pendant toute la durée de la période menstruelle. Ce sont ces douleurs dysménorrhéiques qui ont amené la malade à demander un avis médical, car elles lui rendent mensuellement la vie très pénible. A l'examen on trouve une rétroflexion très accentuée, le corps de l'utérus est augmenté de volume, au spéculum le col est gros, congestionné, mais ne présente pas d'ecchymose, il y a simplement de l'endométrite ainsi que l'indique l'écoulement muco-purulent qui d'ailleurs n'est pas très abondant. Le corps de l'utérus est facilement mobilisable, et après l'avoir à l'aide du doigt remis en place, je le maintiens par l'introduction dans le vagin d'un anneau élastique d'une rigidité suffisante analogue à ceux que j'ai l'habitude d'employer.

L'écoulement muco-purulent continue comme par le passé, mais encore moins abondant, les douleurs de reins sont très légères, et les pesanteurs périnéo-anales ont disparu, mais le résultat le plus remarquable s'est fait sentir sur les règles, car à partir de l'application du pessaire, les règles n'ont plus été douloureuses. C'était donc vraisemblablement le rétrécissement de l'orifice interne par flexion du corps sur le col qui était la cause des accidents douloureux, puisque le redressement de l'utérus a ramené le calme local. J'ai suivi la malade pendant un an lui enlevant de temps en temps son pessaire, l'utérus n'avait qu'une faible tendance à retomber en arrière, mais la patiente

par prudence préférait garder son anneau. Depuis 6 mois la malade a quitté Paris et je l'ai perdue de vue.

Toutes les maladies du muscle utérin (congestion, métrite, fibrome), produiront la première variété de dysménorrhée, et tout rétrécissement du canal cervical, notamment des deux orifices interne et externe, la seconde variété. Cette sténose est amenée soit par le rétrécissement même de l'orifice, soit au niveau de l'orifice interne par la flexion du corps sur le col ; il y a rétrécissement vrai dans le premier cas, et apparent dans le second, car on peut le faire disparaître en corrigeant la déviation. Le rétrécissement vrai survient à la suite de cautérisations trop intenses faites dans l'utérus, quelquefois après un curage trop énergique, parfois à la suite de l'accouchement par le fait d'une involution exagérée de l'utérus au niveau de l'isthme, ou par formation de brides cicatricielles à ce niveau.

Les maladies de la trompe sont également susceptibles de produire la dysménorrhée, soit par les contractions douloureuses qui se font à ce moment au niveau de la trompe, coliques salpingiennes, soit par la congestion qu'elles entretiennent au niveau de l'utérus, et qui rend douloureuses les contractions de cet organe.

L'ovaire, plus que la trompe, joue un rôle ac-

tif dans la production de la dysménorrhée. Toute lésion de cet organe, inflammation, tumeur, déplacement, semblent agir par action réflexe sur l'utérus et rendre douloureuses ses contractions au moment de la menstruation. Guérissez l'ovaire, et vous verrez les règles revenir à leur indolence normale.

Les maladies périutérines, telles que phlegmon, tumeur, foyer hémorrhagique ou purulent, ont une action analogue sur l'utérus et peuvent également produire la dysménorrhée.

2° Cause nerveuse. — La dysménorrhée existe et néanmoins l'examen le plus attentif du système génital ne permet pas de découvrir la moindre trace de maladie ou de malformation.

Il existe en pareil cas une dysménorrhée essentielle ou nerveuse, c'est-à-dire que la contraction utérine est douloureuse uniquement à cause de la trop grande sensibilité du système nerveux.

La dysménorrhée existe en pareil cas sans lésion, de même que sans lésion il peut y avoir des palpitations, des gastralgies ou autres névralgies viscérales.

Le fonctionnement normal d'un organe tient, d'une part, à l'intégrité de cet organe, d'autre part à celle du système nerveux, qui est le régulateur et le conducteur de toute la physiologie

splanchnique; si le système nerveux est atteint, le trouble fonctionnel survient dans les organes qui en dépendent, c'est de la sorte que se constitue la dysménorrhée nerveuse, encore dénommée essentielle.

Le cas suivant nous montrera les allures habituelles de cette dysménorrhée nerveuse.

Madame P. est actuellement âgée de 27 ans et vient me consulter (Avril 1892) à cause de souffrances qu'elle éprouve pendant les règles, souffrances contre lesquelles elle n'a encore trouvé aucun soulagement sérieux et durable.

Réglée à l'âge de 14 ans, elle a dès sa première époque souffert au moment des règles, mais les douleurs sont surtout devenues vives à partir de 17 ans. A chaque époque menstruelle qui durait 5 jours elle éprouvait un endolorissement de tout le bas ventre, des douleurs de reins et enfin des exacerbations intermittentes sous forme de coliques.

On employait pour calmer cet état douloureux les opiacés ou le chloral. Le mal était d'ailleurs supporté avec patience, car le médecin avait annoncé que le mariage et surtout la maternité ramèneraient l'état normal dans ces régions douloureuses.

Le mariage eut lieu à l'âge de 19 ans. Loin d'être calmées, les règles devinrent plus douloureuses; bientôt survint heureusement une grossesse amenant l'arrêt des menstrues et des crises douloureuses.

L'accouchement eut lieu au terme normal, spontanément et dura 18 heures ; d'après les renseignements fournis par la malade, les souffrances endurées pendant la parturition auraient été très vives, plus marquées que celle de la moyenne des accouchements ; mais on conçoit combien l'appréciation est difficile à cet égard.

L'allaitement n'ayant pas été fait par la mère, le retour de couches eut lieu à l'époque habituelle, c'est-à-dire au bout de six semaines.

La malade comptait bien, après cet accouchement et ainsi qu'on le lui avait prédit ne plus souffrir au moment de ses règles, et en effet il en fut ainsi pendant les 2 époques qui suivirent le retour de couches. Puis les douleurs revinrent petit à petit, et progressivement au bout de 5 à 6 époques menstruelles,la patiente souffrait moins qu'avant sa première grossesse, mais d'une façon suffisante pour l'obliger au repos pendant l'écoulement sanguin.

Une seconde grossesse survint et ramena naturellement le calme. Accouchement et suites de couches normaux. A la suite mêmes phénomènes que la première fois du côté de la menstruation, c'est-à-dire que les premières règles furent indolores, puis elles revinrent progressivement douloureuses.

Appelé à examiner cette femme, je trouvai le système génital absolument normal, pas trace de génitalite, quelques pertes blanches intermittentes, mais simplement muqueuses,sans le moindre degré de purulence.

Ne voyant aucun traitement local à faire à cette femme, sauf l'électricité et le massage si le traitement général ne réussit pas à l'améliorer, je lui ai prescrit l'hydrothérapie faite d'une façon rigoureuse et j'espère qu'elle y trouvera un soulagement réel à son état douloureux.

Traitement. — Le traitement de la dysménorrhée varie avec la cause pathogénique que l'examen de la femme aura permis d'établir.

Quand la *cause est génitale*, on dirigera contre la maladie constatée de l'utérus, des trompes, de l'ovaire ou du périmétrium, un traitement approprié dont je n'ai pas à aborder ici les détails.

Si la sténose de l'orifice interne ou externe est la cause supposée de la dysménorrhée, on remédiera à cette sténose de la façon suivante :

Orifice externe. — Pour l'orifice externe après avoir saisi la lèvre antérieure avec une pince de Museux, on pratique le débridement latéral de l'orifice avec le bistouri ou mieux avec les ciseaux (*fig.* 19). L'anesthésie est inutile pour cette petite opération.

Orifice interne. — A l'orifice interne on appliquera avec plus d'avantages la dilatation à la laminaire. Toutefois si on se borne à cette simple dilatation, le résultat obtenu ne sera que mo-

mentané, et le plus souvent la sténose ne tardera pas à se reproduire. Pour éviter cet écueil, il sera bon de fixer dans l'utérus une tige métallique, celle de M. Lefour par exemple, tige qu'on applique avec toutes les précautions antiseptiques, alors qu'on enlève la laminaire préalablement introduite, cette tige est fixée au col de l'utérus, ainsi que l'indique la *fig.* 20. Ce petit appareil est supporté sans difficulté ; la femme peut se lever deux jours après son application, et reprendre petit à petit sa vie habituelle ; il est bon de le laisser un à deux mois en place. L'application de cette tige, à moins d'étroitesse vulvaire ou de pusillanimité de la femme, peut se faire sans anesthésie.

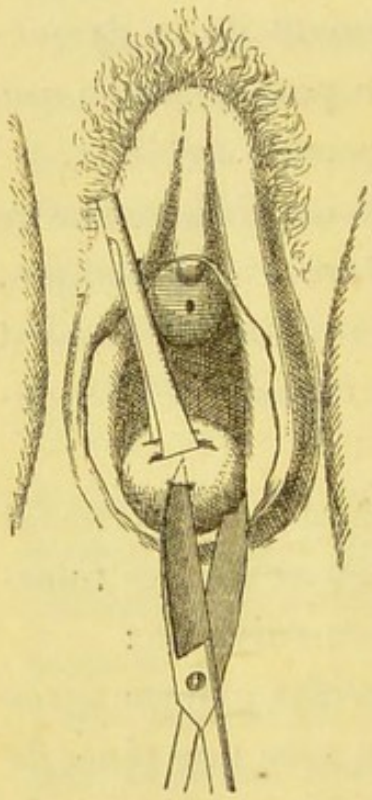

Fig. 19. — Section de l'orifice externe de l'utérus

Quand la dysménorrhée est de cause nerveuse on devra, au moment des crises douloureuses, avoir recours aux palliatifs suivants :

Opium et dérivés

Chloral

Viburnum prunifolium, teinture au $\frac{1}{2}$, 20 à 100 gouttes par 24 heures.

L'électricité faradique combinée au massage,

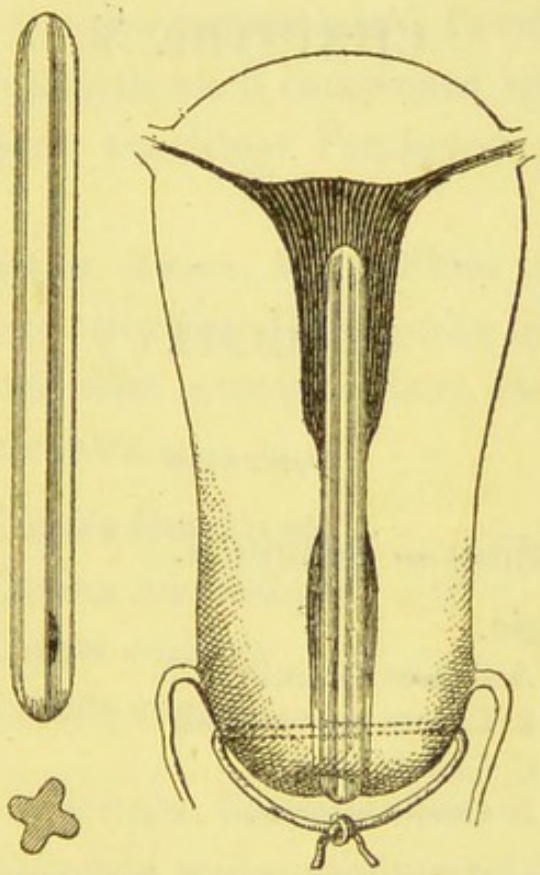

Fig. 20. — Tige de Lefour, à gauche, isolée ; au-dessous sa coupe ; à droite, cette même tige fixée dans l'utérus

pourra constituer plus qu'un palliatif et amener dans certains cas une amélioration durable, peut-être même définitive.

CHAPITRE V

—

STÉRILITÉ [1]

SOMMAIRE

1° Généralités — Définition.

2° Etiologie.

A Causes féminines.
B Causes masculines.
C Causes coïtales.
D Causes vagues.

3° Résumé des diagnostic et traitement.

— Diagnostic.
— Fécondation artificielle.
— Indications.
— Manuel opératoire.

---

[1] Le plan, les vues, et plusieurs passages de ce chapitre sont empruntés à l'article « Stérilité », publié par M. Iomileff dans les *Archives de Tocologie* février à mai 1891. Ayant largement collaboré à cet article, M. Iomileff a bien voulu me permettre ces emprunts.

A la physiologie de la fécondation nous avons étudié les deux éléments mâle et femelle, spermatozoïde et ovule, nous les avons suivis jusqu'à leur rendez-vous d'où résulte la conception, et nous avons laissé l'ovule dans l'utérus au moment où il commence son développement pour constituer l'embryon puis le fœtus.

Les différentes causes, susceptibles d'empêcher le mariage cellulaire d'où résulte la fécondation, peuvent être groupées dans les quatre catégories suivantes :

A Causes féminines.
B Causes masculines.
C Causes coïtales.
D Causes vagues.

En d'autres termes, tantôt la femme, tantôt l'homme, tantôt leur union sont coupables de la stérilité existante; enfin il est une série de causes dont l'influence est discutable et que nous réunissons dans un même groupe sous le nom de causes vagues.

Détaillons ces différents chapitres étiologiques.

A. CAUSES FÉMININES

1. VULVE. — 2. VAGIN. — 3. UTÉRUS. — 4. TROMPE — 5. OVAIRE. — 6. PERIGÉNITALIA. — 7. SURMENAGE GÉNITAL.

1. Vulve. — *Malformations.* — La femme dont la vulve est trop étroite pour admettre le membre viril est *en général* stérile. Je dis en général, car du sperme déposé à l'orifice vulvo-vaginal peut remonter le vagin, l'utérus et amener la fécondation ; toutefois ce cas doit être considéré comme une rare exception. Zinnstag a même rapporté un cas où une femme était enceinte malgré une imperforation de l'hymen ; il y avait eu un petit orifice qui avait permis la pénétration du sperme, et qui plus tard s'était obturé par inflammation adhésive.

Les abouchements anormaux du rectum dans le vagin ou du vagin dans le rectum n'empêchent la fécondation que s'ils ferment aux spermatozoïdes l'accès de la cavité utérine. Il en est de même des cicatrices vulvaires, qui surviennent à la suite de brûlures ou de gangrène.

Le cas suivant de Gibert [1] prouve cependant qu'un vice de conformation, même accentué peut permettre la fécondation.

Une femme de quarante-huit ans, habitant Montivilliers, vint me consulter pour une diarrhée que rien ne pouvait arrêter. Cette diarrhée me parut suspecte, et je voulus faire l'exploration du rectum sous les vêtements. Impossible de trouver l'anus. Un peu confus de ma maladresse, je demandai à la malade de pratiquer le toucher de visu. « Quelle ne fut ma surprise de ne trouver aucun orifice anal. Les plis de l'anus existaient; mais, en les écartant, je tombai dans un infundibulum sans ouverture profonde. « Je fis part de ma découverte à la malade, qui me répondit qu'elle ignorait totalement cette particularité. J'examinai alors le vagin et, dans sa paroi postérieure à deux ou trois centimètres de l'orifice vulvaire, j'aperçus une espèce de valvule un peu saillante, sous laquelle il me fut impossible d'introduire le doigt. Je pris une sonde de femme qui pénétra dans le rectum.

« Autour de l'orifice anormal, pas de faisceaux musculaires appréciables au toucher; de sorte que je ne comprenais guère comment cette femme retenait ses fèces.

« Sur mes questions réitirées, elle me dit avoir bien

---

(1) Lefort. — *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*, 1869, p. 120.

remarqué qu'autrefois ses selles étaient assez plates et rubanées, mais elle n'avait jamais eu de difficultés à aller à la selle.

« Ni elle, ni son mari, ni son accoucheur, qui l'aida trois fois à mettre au monde ses enfants, ne s'étaient aperçus de ce singulier vice de conformation. »

Vulvite et éruptions vulvaires. — Si le pénis peut pénétrer dans le vagin et y déposer la liqueur fécondante, la conception se jouera de l'inflammation et des éruptions vulvaires.

Tumeurs. — Il en est de même pour les tumeurs de la vulve : végétations, œdéme, kystes, éléphantiasis, cancer. Si le coït est possible, la conception l'est aussi, sinon la stérilité existera habituellement. Toutefois il importe de faire ici la part de l'état général; quand sous l'influence du processus local la santé générale est trop affaiblie, la fécondation sera d'habitude impossible, quelle que soit la perméabilité des voies génitales.

2. Vagin. — *Malformations.* — L'imperfortion du vagin entraîne naturellement la stérilité forcée.

L'étroitesse, les diaphragmes, les bords cicatriciels sont une cause de stérilité relative, car souvent de même que pour la vulve, on voit la conception avoir lieu alors qu'on suppose l'as-

cension des spermatozoïdes vers l'utérus comme difficile sinon impossible.

Chez une femme atteinte d'une de ces malformations il faudra se garder d'indiquer la stérilité comme fatale, mais si avec une de ces malformation une patiente vient demander remède à sa stérilité après un certain temps de mariage, il conviendra de diriger une thérapeutique active contre cette cause vraisemblable d'infécondité. On aura recours en pareil cas à la dilatation ou au bistouri.

La bifidité du vagin qui s'accompagne habituellement de bifidité utérine, n'est pas en générale une cause de stérilité, à moins que l'uterus ou les utérus ne présentent un développement incomplet, ou qu'il y ait coïncidence d'une autre malformation génitale.

Vaginite. — La vaginite empêchera momentanément la fécondation, en entravant le coït, ou en exagérant l'acidité vaginale funeste aux spermatozoïdes qui ne vivent qu'en milieu alcalin, mais ce n'est là qu'une cause passagère de stérilité comme la maladie elle-même, par conséquent sans importance.

Tumeurs. — De même que les tumeurs de la vulve, les tumeurs du vagin (kyste, polype, cancer) n'empêchent la fécondation que si elles ferment aux spermatozoïdes l'accès de l'utérus.

3. Utérus. — *Métrite.* — L'inflammation utérine, qu'elle soit bornée à la muqueuse ou généralisée à tout l'organe est contraire à la fécondation.

L'influence pathogénique peut en pareil cas s'expliquer de trois façons.

Tantôt l'écoulement résultat de l'inflammation encombre l'utérus, ferme la cavité cervicale, et empêche l'ascension des spermatozoïdes.

Tantôt la surface utérine altérée par la maladie et tapissée par la sécrétion muco-purulente, est inhospitalière au spermatozoïde qui ne peut opérer son ascension, ou à l'ovule qui n'arrive pas à se fixer sur cette surface pathologique pour y accomplir son développement normal.

Tantôt enfin l'inflammation, en acidifiant le milieu utérin tue les spermatozoïdes qui ne vivent que dans l'alcalinité, et empêche par là même la fécondation.

Outre cela l'utérus enflammé devient intolérant, de telle sorte que si la fécondation a lieu, l'avortement ne tarde pas à se produire.

Toutefois certaines femmes peuvent concevoir et mener à terme une grossesse malgré l'existence de la métrite, de telle sorte que l'inflammation utérine n'est pas une cause absolue de stérilité ; le médecin doit être averti de la possi-

bilité de ce fait, afin de réserver son pronostic, sans quoi les événements pourraient donner un démenti à des prévisions trop sévères.

Déviations utérines. — Flexion, version, prolapsus constituent les trois degrés et variétés de déviation utérine.

La *flexion*, quelle que soit la variété en avant

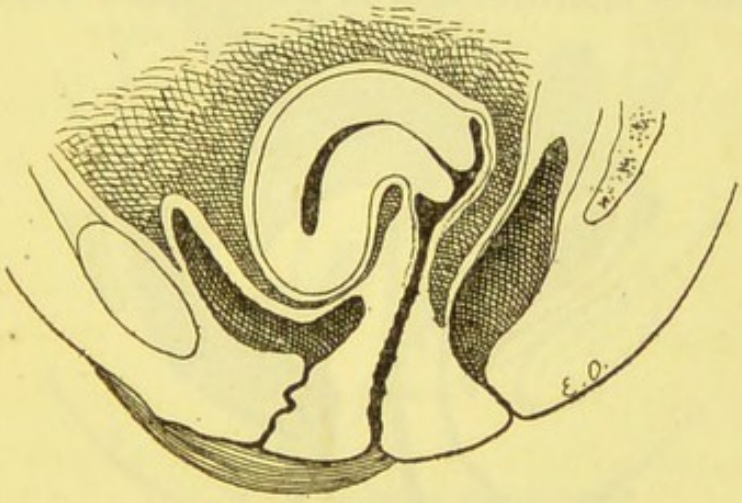

Fig. 21. — Anteflexion.

(*fig.* 21) en arrière et latéralement empêchera la fécondation en fermant l'isthme utérin. Pour y remédier, dilater cet isthme avec la sonde de Hégar ou la laminaire.

La *version* entraîne souvent la stérilité en fermant aux spermatozoïdes l'accès de la cavité utérine par le déplacement même de l'orifice externe de l'utérus. Pour remédier à cet obstacle on a conseillé certains artifices de coït.

Dans l'antéversion ne permettre l'union

sexuelle qu'un long temps après la miction pour permettre à la vessie de relever l'utérus.

Dans la rétroversion (*fig.* 22), constiper la femme afin que les matières fécales, en distendant le rectum, remettent momentanément l'utérus en place, ou faire pratiquer le coït *more bestiarum.*

Dans la latéroversion la femme pour l'accom-

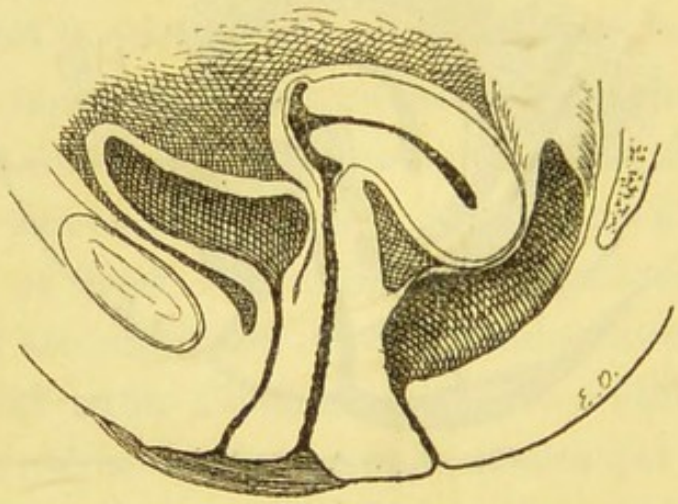

Fig. 22 — Rétroversion.

plissement du coït doit être couchée sur le côté voulu pour corriger la déviation utérine.

On peut encore redresser l'utérus préalablement, appliquer un pessaire pour le maintien de sa bonne position et permettre ensuite le coït.

Ces divers moyens sont à tenter, car ils ont pu dans quelques cas être suivis de succès, et ils ont l'avantage de ne présenter aucun danger.

Moins que les deux précédentes déviations, le

prolapsus (*fig.* 23) prédispose à la stérilité, car le pénis pendant l'union corrige momentanément le déplacement de l'organe. Toutefois si le prolapsus semble être un obstacle à la fécondation, une opération plastique constituera la meilleure thérapeutique à proposer

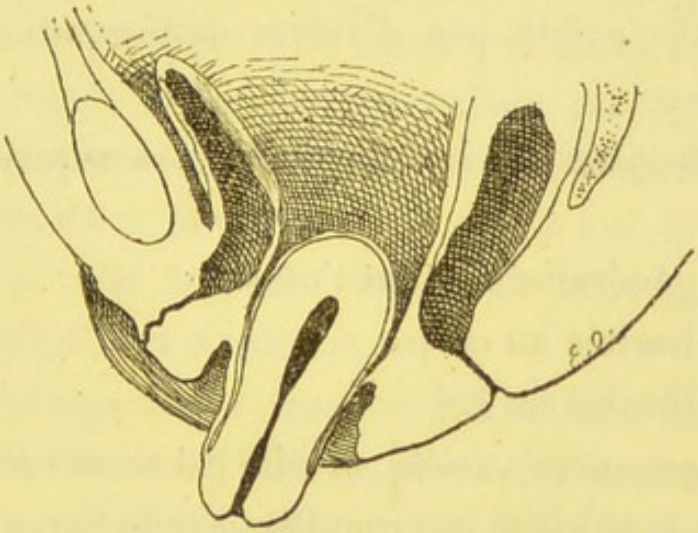

Fig. 23. — Prolapsus utero-vaginal.

et pour guérir la femme et pour permettre la fécondation.

Ectopie utérine. — Par ectopie on entend le déplacement de l'utérus par rapport à sa position normale ; l'organe, ou trop élevé ou reporté soit en arrière, soit en avant,

Ces ectopies peuvent produire la stérilité par un mécanisme analogue à celui des versions.

Le déplacement utérin étant dû soit à des tumeurs, soit à des brides cicatricielles, c'est con-

tre ces causes que devra être dirigé le traitement, Dans ce dernier cas le massage, rendant aux attaches de l'utérus leur souplesse normale constituera la meilleure thérapeutique.

Malformations. — Les bifidites utérines sont compatibles avec la fécondation, à la condition que le développement de l'organe soit suffisant et qu'il n'existe pas d'autres malformations génitales.

L'atrophie utérine congénitale ou acquise peut être :

généralisée à tout l'utérus
limitée au corps
limitée au col.

La première variété, si elle est accentuée, entraîne la stérilité par insuffisance de l'organe.

Il en est de même de l'atrophie du corps.

L'atrophie du col est la forme la plus compatible avec la fécondation et le développement normal de la grossesse.

Le meilleur traitement à opposer à ces atrophies est l'électricité, qui en développant l'organe peut le rendre apte à la reproduction. Elle n'aura chance de succès qu'avec les formes légères de ces états pathologiques.

Sténose du canal utérin. — Pour que la fécondation se produise, le spermatozoïde doit

franchir plusieurs défilés, orifices externe ou interne de l'utérus, orifice utérin de la trompe.

Qu'un de ces orifices soit rétréci et la stérilité pourra en résulter.

La sténose des orifices externe et interne de l'utérus, la seule qui nous intéresse ici, car celle de l'orifice tubaire est inaccessible à nos moyens thérapeutiques, est due ainsi que nous l'avons vu à propos de la dysménorrhée, tantôt à un rétrécissement vrai, tantôt à un rétrécissement apparent dû à la coudure du corps sur le col ; toutefois cette seconde variété ne peut s'appliquer qu'à l'orifice interne.

La thérapeutique consistera à rétablir la perméabilité du canal utérin, le *modus faciendi* a déjà été vu pour la dysménorrhée; il est identique.

Déformations du col. — Le col constitue la porte d'entrée des spermatozoïdes éjaculés au fond du vagin.

On n'est pas encore d'accord pour savoir si cette pénétration se fait au moment même du coït, le sperme sautant en quelque sorte du meat urinaire masculin dans la cavité cervicale, ou si le sperme est simplement déposé dans le fond du vagin, et aspiré ultérieurement par la cavité utérine.

Quelle que soit la vérité à cet égard, l'obser-

vation a démontré que les déformations du col étaient susceptibles d'entraîner la stérilité, et que cette stérilité était curable en rendant au col, par une opération plastique, sa forme normale.

Cette forme normale est celle d'un cylindre, arrondi en dôme à son extrémité et terminé par un orifice circulaire ou légèrement transversal chez la nullipare ; chez la multipare, cet orifice s'agrandit, et donne au col la forme d'une bouche ou d'un museau avec deux lèvres, l'une supérieure et l'autre inférieure, réunies par deux commissures restes cicatriciels des déchirures de la parturition.

Les principales déformations, dont le col est susceptible, sous l'influence soit d'un processus hyperplasique, soit après le traumatisme de l'accouchement, soit par le fait d'un vice congénital, sont les suivantes :

Col en éteignoir, c'est-à-dire dont l'orifice externe plus ou moins évasé, bâille dans la cavité vaginale (*fig.* 24).

Col en toupie, le col s'allonge, s'effile ; l'orifice utérin se trouve au sommet d'un cône escarpé. (*fig.* 25).

Col en trompe d'éléphant, véritable col géant, dont le manchon remplit plus ou moins la cavité vaginale (*fig.* 26).

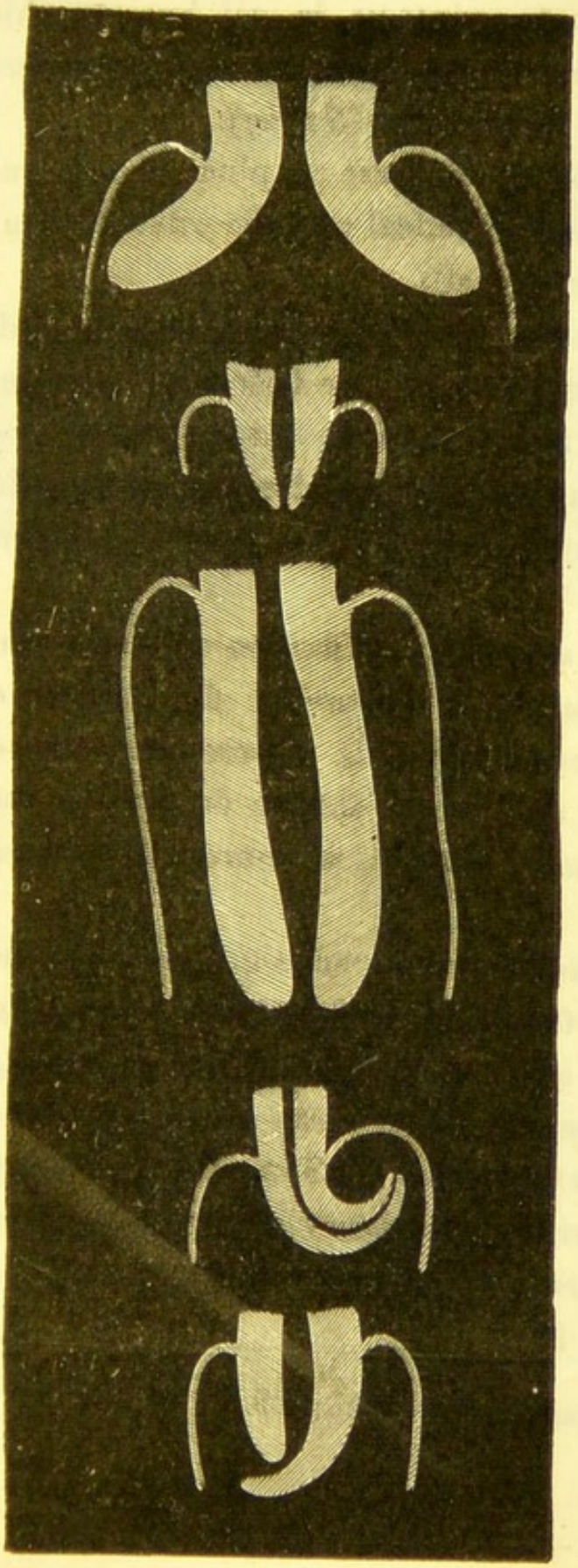

Fig. 24
Col en éteignoir.

Fig. 25
Col en toupie.

Fig. 26
Col en trompe d'éléphant.

Fig. 27
Col recourbé en porte-manteau

Fig. 28
Col tapiroide.

Col en porte-manteau, le col hypertrophié et conoïde se recourbe sur lui-même, de manière à former un demi-cercle (*fig.* 27).

Col tapiroïde, une lèvre est plus allongée que l'autre, cet aspect bancal rappelle celui du museau de tapir (*fig.* 28).

A ces diverses déformations on portera remède en rendant au col, par une opération plastique une forme aussi normale que possible ; on pourrait également y remédier par la fécondation artificielle, dont il sera ultérieurement question.

Tumeurs utérines. — Fibrome et cancer sont les deux tumeurs habituelles de l'utérus, et malheureusement pour la femme ces tumeurs ne sont pas une cause obligée de stérilité, car elle deviennent souvent la source de dystocie grave.

Néanmoins le fibrome, plus que le cancer entraîne assez fréquemment la stérilité ; d'une statistique de 990 cas dressée par M. Lefour [1] la stérilité existe dans 1 cas sur $3\frac{1}{2}$ de fibromes, tandis que d'après Simpson et Spencer Wells la stérilité n'est observée d'une façon générale que dans 1 cas sur 8 ou $8\frac{1}{2}$.

---

(1) Thèse d'agrégation, 1880, p. 73.

Donc :

Stérilité par fibromes . . . . . $\frac{1}{3}$

Stérilité en général . . . . . $\frac{1}{8}$

Les fibromes sont susceptibles d'empêcher la

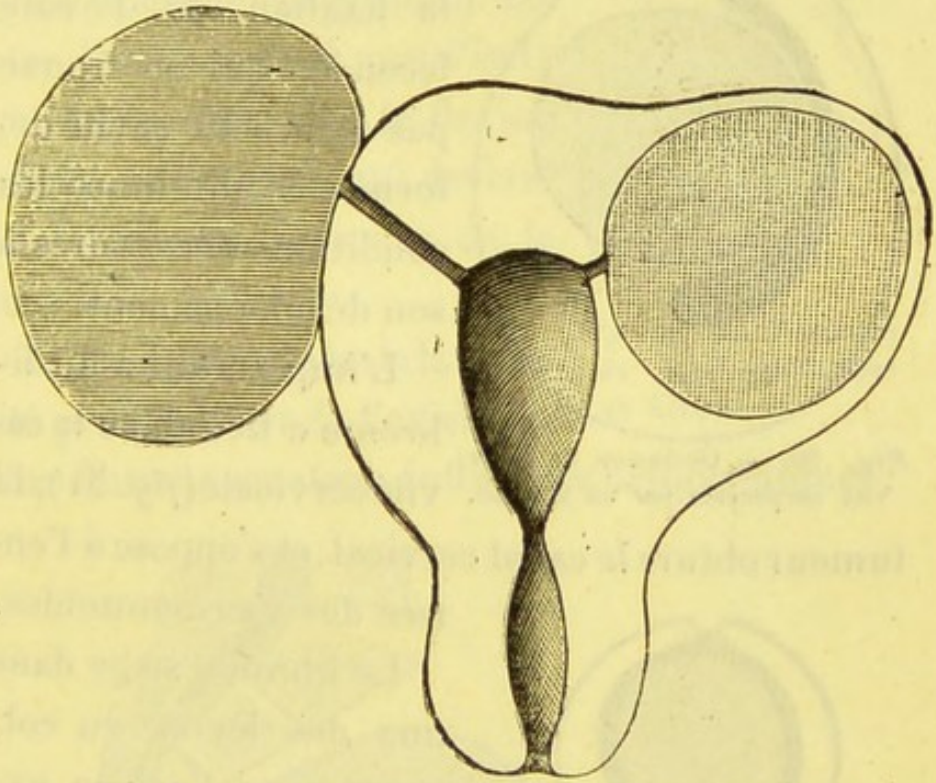

Fig. 29. — Fibromes amenant l'occlusion des trompes

conception de diverses façons que feront comprendre les figures ci-jointes :

Le fibrome siège à l'orifice tubaire, et si les deux trompes sont comprimées gênées ou déformées par les tumeurs fibreuses, le spermatozoïde ne peut arriver vers le pavillon ; d'autre part l'ovule est dans l'impossibilité de pénétrer dans la cavité utérine.

Le fibrome inséré dans la paroi corporéale, envahit la cavité du corps utérin, et empêche de la sorte l'ascension des spermatozoïdes, ou la fixation de l'ovule fécondé, qui ne trouve pas dans cette cavité déformée et diminuée les conditions nécessaires à son développement.

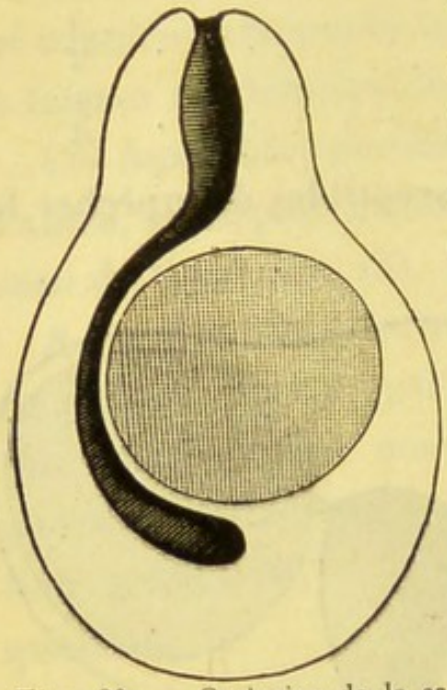

Fig. 30. — Occlusion de la cavité corporéale par un fibrome.

L'implantation du fibrome a lieu dans la cavité cervicale (*fig.* 31); la tumeur obture le canal cervical, et s'oppose à l'entrée des spermatozoïdes.

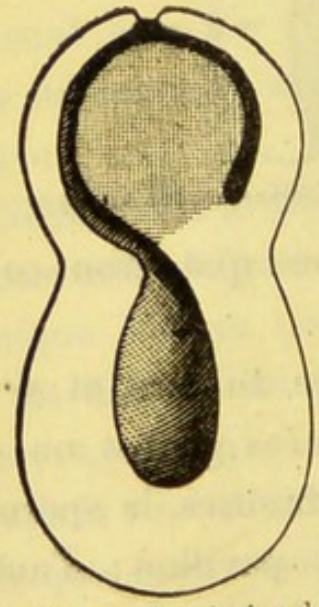

Fig. 31. — Occlusion du canal cervical par un fibrome.

Le fibrome siège dans une des lèvres du col, et repousse l'orifice externe latéralement a tel point qu'il devient inaccessible aux spermatozoïdes (*fig.* 32).

Le fibrome développé à la partie postérieure de l'utérus repousse l'organe en avant, de telle

sorte que l'utérus éctopié, et le vagin déformé empêchent les conditions normales du coït et la conception qui en est la conséquence (*fig.* 33).

Le fibrome peut enfin dévier l'utérus ainsi que l'indique la *fig.* 34 ; c'est la flexion même de l'organe qui devient en pareil cas la cause de la stérilité.

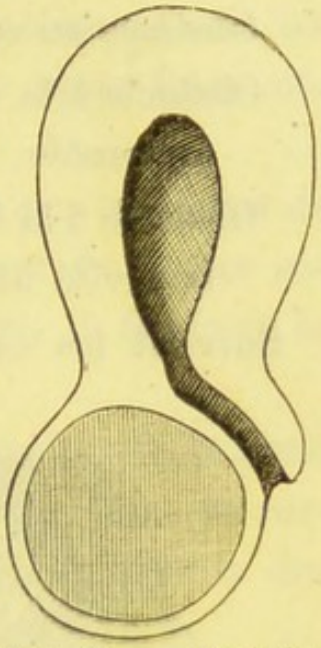

Fig. 32. — Deviation du canal cervical par un fibrome.

D'une façon générale la stérilité peut résulter de l'existence d'un fibrome sous trois influences pathogéniques :

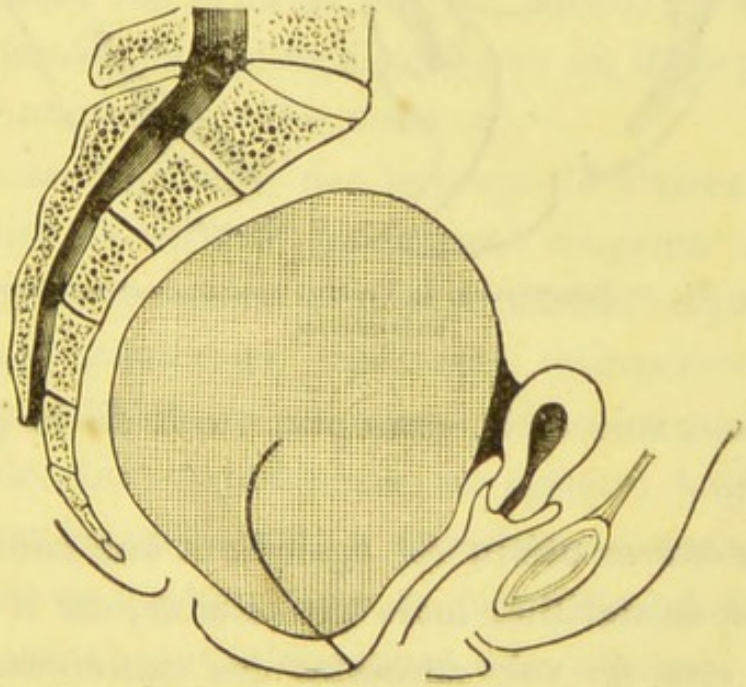

Fig. 33. — Déplacement en avant de tout l'utérus par un fibrome inséré sur sa paroi postérieure.

Obstacle au coït.

Obstacle à la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde.

Obstacle à la fixation de l'ovule fécondé dans la cavité utérine.

Suivant les cas, il y a donc impossibilité soit

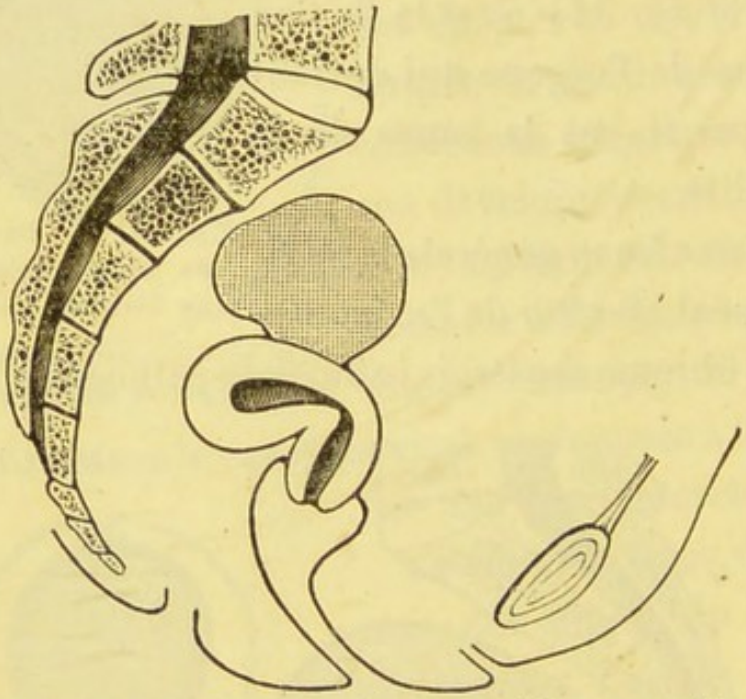

Fig. 34. — Rétroflexion de l'utérus produite par un fibrome ante-utérin.

du coït, soit de la conception, soit de la grossesse.

Le cancer utérin est également une cause relative de stérilité, mais très relative, car il n'est pas rare de voir enceintes des cancéreuses de l'utérus.

La grossesse s'observe de préférence avec les néoplasmes du col, d'ailleurs plus fréquents que ceux du corps.

Cette cause nous intéresse peu au point de vue pratique, car loin d'essayer de porter remède à la stérilité en pareil cas, il faudrait la souhaiter.

Ecoulements 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.

A 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 également alcalin, fortement visqueux, presque 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 ordinainairement claire ou légèrement 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 ni d'écoulement purulent ni sanguin.

A la vulve se trouvent des glandes sébacées et sudoripares, dont le produit, venant se mélanger aux débris épithéliaux, s'accumule dans les sillons vulvaires 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 ne put concevoir, 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 un rôle 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 vivacité. Virchow a démontré qu'une solution de potasse à $\frac{1}{5000}$ 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 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 purulent 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 ; elle 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, que le contenu utérin soit, dans certains cas exceptionnels, neutre, voire même acide, et qu'une cause introuvable de 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 ou vaginales de topiques alcalins. On prépare ainsi un milieu favorable aux spermatozoïdes.

4. Trompes. — *Salpingites.* — Les affections de la trompe sont une cause fréquente de stérilité.

Elles ne peuvent constituer un obstacle sérieux à la conception que quand elles sont bilatérales ; une seule trompe, pourvu qu'elle soit saine, suffit en effet à la fécondation.

Si les deux trompes sont kystiques (pyosalpinx, hematosalpinx, hydrosalpinx) ou simplement obturées, la stérilité est fatale. Il n'en est pas de même quand il s'agit d'une inflammation catarrhale ou parenchymateuse.

Dans ce dernier cas la conception est possible, bien que gênée, soit par l'obstacle mécanique apporté à la progression de l'ovule et des spermatozoïdes, soit par la réaction acide des produits inflammatoires qui atteint dans leur vitalité les éléments mâle et femelle.

A moins qu'il ne s'agisse de tumeurs salpingiennes bilatérales et nettement appréciables, le diagnostic de la stérilité sera le plus souvent très délicat. Le clinicien en sera réduit à de simples suppositions.

Le traitement devra être autant que possible médical, car lorsque le traitement chirurgical

devient nécessaire, comme il consiste dans l'ablation de l'organe malade, loin de faciliter la conception il la rend désormais impossible. Une exception cependant doit être faite pour les cas où par la laparotomie on peut, suivant les indications de Martin, rendre à la perméabilité un pavillon tubaire obturé.

Déviation des trompes. — Le déplacement des trompes accompagne d'habitude celui des ovaires, et n'est que rarement par lui-même une cause de stérilité. D'ailleurs ces déviations sont le plus souvent liées à d'autres états pathologiques des organes génitaux, et ne jouent en pareil cas qu'un rôle secondaire dans la production de la stérilité.

Malformation des trompes. — Les trompes peuvent être atrophiées, parfois réduites à de simples rudiments ; elles peuvent s'aboucher au voisinage de l'isthme. Ces malformations sont susceptibles d'empêcher par elles-mêmes la fécondation, mais l'impossibilité de les diagnostiquer sur le vivant les relègue dans le domaine de la théorie.

Tumeurs des trompes. — Ces tumeurs sont liquides ou solides.

Liquides : Pyosalpinx, hematosalpinx, hydrosalpinx, dont il a été précédemment question.

Solides : Fibrome, lipome, tuberculose, cancer.

Quelle que soit la tumeur, la stérilité existera à la double condition suivante :

1° Bilatéralité de la tumeur.

2° Obstruction du canal tubaire.

5. Ovaire. — *Ovarite.* — Quand un testicule est envahi par l'inflammation, ses canaux excréteurs s'obturent de telle sorte qu'il devient, sauf rares exceptions, impropre à la procréation ; il n'en est pas de même de l'ovaire, qui même avec un degré assez prononcé d'inflammation peut encore émettre des ovules, et en conséquence permettre la conception.

Toutefois l'ovarite s'accompagnant le plus souvent de salpingite et de métrite, il est rare qu'avec cette inflammation généralisée ou *génitalite*, la femme soit apte à concevoir.

Le traitement consistera à faire disparaître pas les moyens connus l'inflammation génitale, de manière à ramener ces organes à leur état physiologique, permettant seul les phénomènes normaux de la fécondation.

Déplacement des ovaires. — Les déplacements de l'ovaire sont fréquents, ils se font le plus souvent en arrière dans la fossette retro-ovarienne ou dans le cul de sac de Douglas.

L'ovaire dans son déplacement entraîne le plus

souvent le pavillon de la trompe, auquel il est relié par le ligament tubo-ovarien.

De telle sorte que bien que son déplacement gêne la migration de l'ovule et par là même la fécondation, il n'est pas rare de voir la grossesse survenir chez une femme, alors que le toucher permet de constater les deux ovaires prolabés dans le cul de sac de Douglas ou dans son voisinage.

Ces déplacements ne constituent donc qu'une cause relative de stérilité, contre laquelle les ressources de la thérapeutique actuelle sont d'ailleurs impuissantes, car malgré la bénignité de la laparotomie avec les mesures antiseptiques ; il n'y a pas encore de chirurgien assez audacieux pour ouvrir le ventre dans le seul but de remettre et fixer dans leur position normale des ovaires simplement déplacés.

Malformation des ovaires. — Les ovaires peuvent totalement manquer, la stérilité est fatale. Les parties génitales sont le plus souvent en pareil cas atteintes de malformations diverses. Dans d'autres cas, ils sont atrophiés, et la femme prend plus ou moins le caractère masculin.

L'atrophie congénitale des ovaires, tantôt ne comporte aucune trace d'ovulation, tantôt une ovulation rare, incomplète, suffisante cepen-

dant en quelques cas pour permettre la conception.

L'aménorrhée sera à peu près le seul symptôme qui permettra de soupçonner, sur le vivant, l'absence ou l'atrophie des ovaires, le médecin pourra donc supposer cette cause de stérilité, mais manquera d'éléments pour l'affirmer, il devra se borner à un simple diagnostic de probabilité. Même avec un diagnostic possible, la thérapeutique serait d'ailleurs impuissante.

Tumeur des ovaires. — Le kyste est la tumeur la plus fréquente, la tuberculose, le sarcome, le cancer sont au contraire rares.

Un kyste de l'ovaire gêne l'ovulation mais ne l'empêche pas complètement, la preuve est que certaines femmes deviennent enceintes avec les deux ovaires kystiques.

La tuberculose, le sarcome, le cancer de l'ovaire constituent le plus souvent des généralisations de néoplasmes utérins, de telle sorte que leur importance est secondaire au point de vue de la stérilité.

Le traitement est d'ailleurs nul quant à ce qui concerne la cure de la stérilité, car le traitement de ces tumeurs est chirurgical et consiste à enlever l'organe malade, alors que cette extirpation est possible.

Menstruation et fécondation. — La menstrua-

tion est constituée par l'union intime de deux phénomènes :

ponte ovulaire ;

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. Périgénitalia. — Toute maladie empêchant le jeu normal des trompes et des ovaires sera susceptible de produire la stérilité, parmi elles il convient surtout de mentionner :

La *pelvipéritonite*, entourant d'adhérences et de fausses membranes les trompes et les ovaires.

Les *tumeurs périgénitales*, qui dévient et immobilisent plus ou moins les organes de la génération chez la femme.

7. Surmenage génital. — Le surmenage génital est peu propice à la fécondation.

Une distinction doit être à cet égard établie entre les excès copulateurs et les excès voluptueux. Les premiers constituent un simple traumatisme, comme il existe par exemple chez les prostituées ; le second est l'abus de la jouissance produite par le coït ; au traumatisme local s'ajoute la fatigue nerveuse.

Les deux variétés prédisposent d'ailleurs à la stérilité, mais tandis que l'excès voluptueux empêche plutôt la conception, l'excès copulateur prédispose plus volontiers à l'avortement.

B. CAUSES MASCULINES

1° TESTICULES. — 2° CANAL DÉFÉRENT. — 3° VÉSICULES SÉMINALES. — 4° PROSTATE ET URÈTRE. — 5° ÉJACULATION. — 6° SPERME. — 7° EXCÈS SEXUELS. — 8° MALADIES GÉNÉRALES. INFLUENCES DIVERSES. — 9° ACTION MÉDICAMENTEUSE. — 10° VICES DE CONFORMATION. — 11° AGE.

1. Testicules. — *Anomalies testiculaires.* — *Anorchidie*, ou absence de testicules : stérilité forcée.

Monorchidie, existence d'un seul testicule. L'individu est fécond ; un seul testicule suffit amplement à la sécrétion des spermatozoïdes nécessaires.

Cryptorchidie, testicules cachés dans la cavité abdominale, n'ayant pas franchi le canal inguinal. — Le cryptorchide simple, c'est-à-dire l'individu dont un testicule est seul descendu dans les bourses est fécond, le double dont les deux testicules sont cachés, est tantôt stérile, tantôt fécond, suivant que les glandes génitales normales ou atrophiées fournissent ou non le pro-

duit de leur sécrétion. — Examiner le sperme pour porter le pronostic.

Traitement nul ; le médecin ne peut que constater l'anomalie.

Atrophie des testicules. – Un testicule atrophié devient impropre à la reproduction ; la glande est réduite au rôle d'attribut inutile.

Les principales causes de cette atrophie sont les suivantes :

a. Causes générales ou éloignées :

1. Atrophie congénitale ;
2. Lésions du système nerveux ;
3. Lésions circulatoires (bistournage chez les animaux) ;
4. Age (spermatozoïdes rares avant 16 ans et après 80 ans).

b. Causes locales :

5. Tumeur du voisinage ;
6. Orchi-épididymite.

Parmi ces diverses causes l'orchi-épididymite occupe certainement le premier rang, et il n'est pas inutile de rappeler les différentes sources de cette inflammation.

a. Orchi-épididymites aiguës :

1. Traumatique (orchite des cavaliers).

2. Blennorrhagique.
3. Après urétrite simple non blennorrhagique.
4. Par effort.
5. Par masturbation.
6. Par maladie générale : oreillons, fièvre typhoïde, variole, pyohémie, rhumatisme.

b. Orchi-épididymites chroniques :

1. Succédant à la forme aiguë.
2. Chronique double à la suite d'affections urétrales ou prostatiques.
3. Tumeurs : syphilis, tuberculose, sarcome, cancer.

Pour que la stérilité existe avec ces diverses maladies, il faut que les deux testicules soient atteints, car avec une de ces glandes saines la fécondation reste possible.

Tumeurs du testicule. — Les tumeurs du testicule altèrent promptement la spermatogénésie, tels la syphilis, la tuberculose, le fongus, le cancer, varicocèle, les tumeurs fibro-cartilagineuses.

L'hydrocèle, quand elle est volumineuse, aboutit au même résultat ; toutefois la ponction peut momentanément permettre le fonctionnement normal du testicule ; Roubaud a cité l'ob-

servation d'un individu stérile, par suite d'hydrocèle double qui, à la suite d'une double ponction, put féconder sa femme.

Dans ces divers cas le traitement de la stérilité sera celui même de sa cause.

2. Canal déférent. — Toute cause susceptible d'obturer le canal déférent arrête le sperme en chemin, et si l'action s'exerce des deux côtés, la stérilité en sera la conséquence. Les traumatismes, inflammations, tumeurs agissent dans ce sens.

3. Vésicules séminales. — Les inflammations de la trompe altèrent le sperme par le mélange des produits inflammatoires, de plus la vésicule se contracte et se rétracte, de telle sorte qu'elle devient impropre à remplir son rôle de réservoir et donne lieu à la spermatorrhée.

Les traumatismes et tumeurs peuvent amener des troubles analogues.

La stérilité existera quand les deux vésicules sont atteintes.

4. Prostate et urètre. — Les canaux éjaculateurs viennent s'aboucher dans l'urètre en traversant la prostate, aussi toute maladie de la prostate sera-t-elle susceptible de gêner l'éjaculation ; si les canaux sont obturés, la stérilité est fatale, s'ils sont simplement rétrécis, l'éjacula-

lation devient baveuse et peu propice à la fécondation bien que compatible avec elle.

Au niveau de l'urètre les rétrécissements sont une cause assez fréquente de stérilité, parce qu'ils gênent l'éjaculation en empêchant la projection du sperme; si le rétrécissement traité par les moyens connus est guéri, la fécondation redeviendra possible.

Les deux malformations les plus fréquentes de l'urètre sont l'*épispadias* (ouverture de l'urètre sur la face supérieure de la verge) et l'*hypospadias* (ouverture analogue sur la face inférieure) ; elles empêchent l'éjaculation normale et la projection du sperme au fond du vagin, toutefois bien que peu propices à la fécondation elles n'entraînent pas fatalement la stérilité, car nous savons que dans quelques cas exceptionnels la conception peut se faire avec du sperme déposé au niveau de l'orifice vulvo-vaginal. On peut remédier à ces malformations par une opération plastique, sinon la fécondation artificielle trouverait ici son indication, de même que dans tous les cas où l'éjaculation est anormale.

5. Ejaculation. — L'éjaculation consiste dans l'émission du sperme par une série de jets successifs à la fin du coït ; or, l'éjaculation peut être

altérée, ou parce qu'elle se fait mal, ou parce qu'elle est remplacée par un état pathologique, la spermatorrhée.

1° Elle peut se mal exécuter de trois façons :

Baveuse,

Incomplète,

Nulle.

Baveuse, le sperme s'écoule du méat urinaire doucement et sans projection ; un rétrécissement ou une malformation de l'urètre en est la cause habituelle.

Incomplète, l'éjaculation a lieu à la fois dans la vessie et au dehors, les deux sphincters, qui limitent la loge prostatique, cédant au moment des secousses éjaculatoires.

Nulle, par une anomalie fonctionnelle, le coït se terminant à sec sans éjaculation ; on dit alors qu'il y a aspermatisme.

2° La spermatorrhée est constituée par l'écoulement continuel du sperme ; elle est à l'éjaculation normale, ce que l'incontinence d'urine est à la miction physiologique.

Cet écoulement peut être d'origine nerveuse et dépendre d'un vice fonctionnel du système génital, ou d'origine locale et reconnaître pour cause une maladie de la prostate, des vésicules séminales ou de l'urètre.

A moins qu'il n'y ait incontinence absolue du sperme, et que l'éjaculation se fasse *à blanc*, c'est-à-dire sans émission de liquide spermatique, la fécondation est ordinairement possible avec la spermatorrhée. Toutefois ce trouble génital indique le plus habituellement un détraquement du système nerveux ou des organes sexuels peu propice à la fécondation.

6. Sperme. — A l'état normal le sperme constitue un liquide blanc opalin, à odeur caractéristique et pénétrante. Spermatozoïdes au microscope.

Au point de vue de la fécondation, les différents spermes peuvent être rangés en trois classes :

1° *Bonne qualité* : couleur blanc opalin, liquide épais, empesant fortement le linge, très odorant. Au microscope : spermatozoïdes nombreux et vivaces.

2° *Médiocre qualité* : liquide blanc gris, plus fluide, empesant faiblement le linge, d'odeur peu marquée. Au microscope : spermatozoïdes plus rares et moins vigoureux.

3° *Mauvaise qualité* : aqueux, empesant à peine le linge. Pas d'odeur caractéristique. Au microscope : pas de spermatozoïdes.

Un sperme de bonne qualité est éminemment propice à la fécondation, celui de mauvaise qua-

lité reste stérile. Avec la qualité médiocre, stérilité fréquente mais non obligée.

L'*azoospermie* est l'absence de spermatozoïdes dans le sperme, terme qu'il ne faut pas confondre avec *aspermatisme*, qui indique l'absence d'éjaculation. L'azoospermie résulte le plus souvent d'une orchi-épididymite double, mais peut être congénitale, et provenir d'un vice de conformation de la glande génitale.

7. Excès sexuels. — Les excès sexuels débilitent tout l'organisme et amènent la déchéance de l'individu, et par là même une faible aptitude à la procréation.

La sobriété génitale prédispose au contraire de part et d'autre à la fécondation.

8. Maladies générales. Influences diverses. — Les maladies aiguës n'ont qu'une influence momentanée sur le système génital.

Les maladies chroniques conduisent la plupart à la stérilité, tels la syphilis, l'albuminurie, le diabète, on peut en dire autant des intoxications par l'alcool, le tabac.

Parmi les maladies générales, une exception doit être faite pour la tuberculose, qui, à moins de lésions du système génital, semble plutôt favoriser la conception par l'excitation du système génital qu'elle produit.

9. Action médicamenteuse. — L'iode, le bromure de potassium, ont été accusés d'éteindre le système génital. Cette action, si elle est bien exacte, ne saurait avoir qu'une influence passagère, et qu'il sera facile de faire disparaître par la suppression du médicament.

10. Vices de conformation. — La verge peut être anormale par ses trop grandes ou trop faibles dimensions, elle peut être déviée de sa direction normale par des brides cicatricielles.

Dans ces divers cas, quand le coït ne peut se faire normalement, avoir recours à la fécondation artificielle pour remédier à la stérilité.

Voici, emprunté à Roubaud, un cas intéressant de nanisme pénien (1).

Un étudiant en médecine, de dix-neuf à vingt ans, brésilien d'origine, se présenta à ma consultation dans le courant de novembre 1852. Sa stature était grêle, sa voix féminine, le système musculaire à peine développé, sans prédominance aucune du tissu adipeux ; les cheveux châtains, pâles et clairsemés, étaient sans vigueur ; la figure et la poitrine ne présentaient aucune trace de poils, le pubis n'en était pas entièrement dépourvu, mais ils étaient fins, assez courts et ne frisaient pas. Avant de me montrer ses organes, le

(1) Roubaud. — *Traité de l'Impuissance*, p. 160.

malade me dit que non seulement il avait des désirs vénériens, mais encore des érections fréquentes et que lorsqu'il se masturbait, l'éjaculation avait lieu avec tous les phénomènes voluptueux qui l'accompagnent d'ordinaire, tandis que pendant le coït, l'éjaculation, quelque effort qu'il pût faire, ne s'était jamais produite. Le cas était bizarre, et avant de me perdre dans l'hypothèse d'une surexcitation nerveuse qui aurait mis obstacle à la libre circulation du sperme, je demandai à voir les organes de la génération, quel ne fut pas mon étonnement de rencontrer une verge presque imperceptible, dont il était difficile de découvrir le gland.

« Le scrotum, les testicules, les canaux déférents, tout l'appareil en un mot, avait également des proportions lilliputiennes. La verge en érection avait à peu près la grosseur ordinaire d'un piquant de porc-épic et était longue de deux pouces. Les testicules atteignaient à peine le volume d'une aveline et étaient difficiles à rencontrer lorsque le scrotum, en se ratatinant, les refoulait en haut.

« A part cet arrêt de développement tout l'appareil génital était parfaitement conformé. Cependant l'ouverture du prépuce était étroite à ce point qu'il était peu aisé d'y faire passer le gland. Celui-ci n'avait jamais vu le jour, et entre lui et son enveloppe, s'était amassée une assez grande quantité de matière sébacée mêlée à du sperme, laquelle avait formé des calculs que je ne retirai pas sans occasionner au malade quelques douleurs.

« Evidemment la pression exercée dans le coït par les parois vaginales sur la verge était nulle, ou tout au moins insuffisante pour porter le prépuce en arrière dans les mouvements de va-et-vient, et pour déterminer l'excitation nécessaire à l'éjaculation.

« Le malade à qui je développais cette manière de voir, qu'il n'avait jamais soupçonnée, voulut bien, en sa qualité d'étudiant en médecine, se soumettre à l'expérience suivante : un cylindre en caoutchouc, de la grosseur d'un pénis ordinaire et dans l'intérieur duquel fut taillé un canal dont le diamètre était exactement celui de la verge en érection, fut maintenu au pubis au moyen d'une lanière, également en caoutchouc, passé sur les lombes comme un bandage de corps. L'élasticité de cette lanière permettait les mouvements de va-et-vient du coït au cylindre qui les transmettait à la verge emprisonnée dans son intérieur. Une prostituée s'étant prêtée à l'expérience, cette espèce de copulation s'effectua complètement, c'est-à-dire que l'éjaculation et les phénomènes voluptueux qui l'accompagnent eurent lieu comme dans les rapprochements ordinaires des sexes.

« Ce témoignage qui ne me laissa plus aucun doute sur la cause de l'impuissance du jeune brésilien, me suggéra le traitement que je crus devoir mettre en usage. Me rappelant cette loi physiologique d'une grande vérité, à savoir que le développement d'un organe est toujours en rapport avec son exercice, en d'autres termes, que plus un organe est mis en activité, plus il prend d'accroissement, je conseillai au

malade de se livrer au coït aussi fréquemment que sa constitution délicate le lui permettait, armé de l'appareil que je lui avais fait construire et dont le canal intérieur devait être tapissé d'un corps gras très pur, autant pour faciliter les mouvements du cylindre que pour donner un aliment à l'absorption. Je ne négligeai point les ressources d'hygiène et je prescrivis en même temps une nourriture succulente, un régime tonique et les exercices corporels, tels que l'escrime, la natation à la mer, etc.

« Je n'ai revu qu'une seule fois le malade, trois mois après sa première visite ; la verge s'était considérablement accrue et il m'annonça qu'il avait deux fois exercé naturellement le coït, en ayant soin, quelque temps avant la copulation, de faire pratiquer des lotions astringentes aux organes génitaux de la femme. Je ne sais, au moment où j'écris, si le sujet de cette observation est encore à Paris, ou s'il est retourné en Amérique, je regrette vivement cette absence, car j'aurais voulu connaître les résultats d'une médication que j'employais pour la première fois et qu'il n'est pas donné de recommencer souvent.

11. Age. — Le pouvoir fécondant de l'homme diminue avec l'âge, et décline à partir de 50 ans ; toutefois la procréation masculine reste possible jusqu'à un âge avancé, 60, 70 et même 80 ans.

«... Les exemples (1) de précocité et de longévité amoureuses ne manquent pas : sous ce rapport, et pour ne parler ici que de notre sexe, saint Jérôme assure qu'un enfant de dix ans fit goûter les plaisirs amoureux à une nourrice avec laquelle il couchait et qu'il finit par la rendre enceinte ; Planque rapporte l'histoire de deux enfants qui, à l'âge de 4 ans, avaient les organes génitaux si développés, qu'ils pouvaient accomplir l'acte vénérien. L'ancien *journal de médecine* renferme plusieurs observations de ce genre, et entre autres celle qui lui fut communiquée par Fages de Cazelles, et dans laquelle il dit qu'au mois de juillet 1753, il naquit à Cahors un enfant que l'on put croire en pleine puberté dès l'âge de 4 ans. Les organes de la génération avaient le volume et exactement la forme extérieure qu'ils présentent chez un homme de trente ans bien conformé ; il montrait en même temps un penchant bien décidé pour le sexe et il aimait, selon les expressions de l'auteur, à se trouver avec les filles nubiles, auprès desquelles il manifestait les désirs les plus passionnés, M. le docteur Ruelle (de Cambrai) a observé un fait de puberté non moins précoce sur un petit garçon de 3 ans et 4 mois (2).

Les exemples de vieillards dont les forces génitales se conservèrent jusque dans un âge avancé sont encore plus nombreux que ceux d'enfants à virilité précoce.

---

(1) Roubaud. — *Traité de l'Impuissance*, 1872, p. 253.
(2) *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Paris, 1843, t. VIII, p. 622.

Massinissa, roi de Numidie, engendra Methynnate, au dire de Valère Maxime, après 86 ans ; Wladislas, roi de Pologne, eut deux garçons à l'âge de 90 ans ; enfin tout le monde connaît l'histoire du célèbre anglais Thomas Parr, qui à l'âge de 100 ans, faisait partager à sa femme qui en fit l'aveu, toutes les voluptés de la couche conjugale.

C. CAUSES COITALES

1° *Erreur de lieu*
2° *Impuissance*
- *e* masculine
- *b* féminine
  - 1° Irigidité, coïtophobie
  - 2° vaginisme

Le coït, au point de vue physiologique, se résume dans le dépôt du sperme à l'entrée de l'utérus, or il peut devenir pathologique et par là même impropre à la fécondation de deux façons :

ou parce qu'il y a erreur de lieu : ignorance.
ou parce qu'il est impraticable : impuissance.

1. Erreur de lieu. — Le pénis pénètre dans le rectum et y dépose le sperme.

On a signalé des cas où l'urètre dilaté avait pu donner asile à la verge en érection, et l'éjaculation se faire dans la vessie. Témoin l'observation suivante :

Observation de Fletcher (1). Cas curieux observé chez une jeune mariée, remarquable à plusieurs titres : 1° l'opération amena la guérison, quoique tout le vagin fut oblitéré jusqu'à l'orifice de l'utérus ; 2° il n'y eut jamais accumulation du sang menstruel ; 3° le pénis du mari s'était introduit dans l'urètre, qui était si large qu'il put admettre facilement deux doigts du chirurgien. « A l'extérieur, les parties avaient l'apparence d'une bonne conformation naturelle.

« En écartant les lèvres et en examinant avec soin, on trouvait l'orifice du vagin situé plus haut qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire beaucoup plus près du clitoris qu'à l'état normal. Après une inspection encore plus minutieuse, voici quel était l'état des parties ; le vestibule était complètement fermé depuis la commissure inférieure jusqu'à l'orifice, qui, à première vue, semblait être celui du vagin, mais qui, en réalité, était l'orifice de l'urètre énormément distendu. La substance qui remplissait ainsi le vestibule était solide et ne donnait aucune idée de cavité derrière elle, comme il arrive le plus souvent dans le cas d'oblitération,

(1) Lefort. — *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*, 1863, p. 159.

lorsqu'il y a accumulation du sang menstruel; il n'y avait ni plénitude de la partie intérieure de l'abdomen, ni pression sur le rectum, causée par une collection sanguine. On pouvait introduire deux doigts dans l'orifice de l'urètre.

Dans cette catégorie on pourrait encore ranger les *ignorants* du coït, le cas suivant expliquera ma pensée :

En juin 1889 je recevais dans mon cabinet de consultation la visite d'un jeune couple, habitant une petite ville de la Bourgogne, et qui venait me consulter sur l'indication d'un de mes collègues et amis.

Le mari paraissait avoir une trentaine d'années, de taille moyenne, châtain, le regard peu expressif, semblant jouir d'une bonne santé; il exerçait en province un commerce de nouveauté.

La femme petite, blonde, gentille et souriante, respirait la jeunesse unie à une dose suffisante de naïveté; elle avait 20 ans.

Le mariage avait eu lieu deux mois auparavant, mais ainsi que me l'annonça le mari dès le début de notre entretien, l'union sexuelle n'avait pu encore être accomplie, et c'était à cause de cela qu'on venait me consulter.

Je voulus prendre le mari à part pour lui poser quelques questions relatives à cette impossibilité, mais j'ignore pour quel motif il n'y consentit pas, il m'as-

sura que de son côté tout était normal, *il en était certain* et que sa femme était l'unique cause de ses échecs amoureux, elle devait avoir un vice de conformation.

Je demandai alors à examiner la femme qui s'y prêta de bonne grâce, toujours gaie et souriante comme au moment de son entrée ; elle n'était pas de celles qui se laissent effrayer par la médecine et ses explorations.

Je trouvai la vulve normale, l'hymen intact en forme de croissant, assez complaisant pour permettre avec beaucoup de douceur et de vaseline la pénétration de l'index jusqu'au col utérin. Vagin et utérus paraissaient normaux.

Donc aucune anomalie apparente du côté de la femme ; la menstruation était d'ailleurs normale.

Mon examen terminé, je priai la femme de se relever et je fis part au mari du résultat, l'assurant que je ne trouvais du côté de sa femme aucun obstacle au coït sauf l'obstacle physiologique constitué par l'hymen et dont il viendrait certainement à bout.

Ce n'est pas possible, me répondit-il de mauvaise humeur, s'il en était ainsi, après deux mois de mariage nous n'en serions pas au même point que le premier jour. Quelle opinion avez-vous donc de moi ?

Je ne pus que lui répéter ma première affirmation.

Docteur, je ne le croirai que si vous me le montrez.

Bien qu'étonné par cette consultation bizarre, j'y mis toute la complaisance d'un jeune consultant, je

priai la femme de s'étendre à nouveau sur la chaise-longue, ce qu'elle fit avec sa bonne grâce habituelle, et sous l'œil inquiet et investigateur du mari, je fis pénétrer mon index dans le vagin, en le priant de bien remarquer la situation de l'orifice vaginal.

Après cette démonstration il resta quelques secondes pensif, puis tout à coup sa résolution prise : très bien, dit-il, docteur serez-vous là encore dans une heure.

Oui, pourquoi ?

Notre hôtel est à deux pas d'ici j'y vais avec ma femme, si de nouveau je ne peux réussir dans ma tentative, je reviendrai vous voir ; je ne veux pas quitter Paris dans cette situation.

Il me remit le prix de sa consultation, sortit. Je n'ai plus entendu parler de lui. Il est probable qu'il a trouvé en sortant de chez moi le succès désiré.

2. Impuissance. — Impuissance signifie coït impossible, ou parce que le mâle est incapable de pénétrer, ou parce que la femelle refuse la pénétration.

Voyons-la dans les deux sexes :

a. Impuissance masculine. — *Par défaut d'énergie.* — L'affaiblissement du corps et de l'intelligence amène l'hésitation sexuelle, souvent même l'impuissance : le coït devient difficile ou impossible.

Par perversion d'énergie. — L'homme est

puissant quand une excitation suffisante, par exemple celle du rêve, met en jeu sa capacité génitale, mais par une aberration morale la femme le laisse froid, de telle sorte qu'il ne peut jamais aboutir au coït.

Par excès d'énergie. — L'excès d'énergie consiste dans une érection continue ou rémittente désignée sous le nom de priapisme ; mais ce n'est là qu'un semblant de puissance, car cette érection est pathologique et n'est en aucune façon le prélude de jouissances sexuelles. Le mâle, en pareil cas, est physiquement puissant mais moralement impuissant, car cette érection ne peut aboutir à l'éjaculation.

Par trouble de l'appareil digestif. — Les mauvais estomacs sont mauvais mâles, toutefois il est rare que le trouble stomachal conduise à l'impuissance absolue. Roubaud cite un exemple assez singulier qui met en lumière l'influence des troubles digestifs sur les fonctions génésiques :

« M. X (1), garçon au café de la Rotonde, vint me consulter pour un affaiblissement des organes génitaux qui, me dit-il, lui était survenu depuis un mois

(1) Roubaud. — *Traité de l'Impuissance*, p. 409.

sans cause connue, les désirs vénériens n'étaient point éteints, l'érection, et, par suite, l'éjaculation, étaient seules impossibles.

« Le malade était âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament lymphatique, mais bien conformé et ayant toujours joui d'une bonne santé. Il ne s'était point livré à la masturbation ; il avait eu des chancres et une blennorrhagie traités l'un et l'autre à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Vidal (de Cassis), et avait été opéré antérieurement d'un varicocèle par M. Roux, cette opération n'avait laissé aucune trace, et, sans les aveux du malade, il eût été difficile de soupçonner une ancienne dilatation variqueuse des veines du cordon spermatique.

« Les organes génitaux, parfaitement conformés, ne présentaient rien d'anormal, et leur examen le plus attentif ne put me rendre raison du mal que j'avais à combattre.

« J'étais fort embarrassé du diagnostic à porter, et je pesais dans mon esprit les motifs d'une conduite à suivre, quand, machinalement, et bien plus, je l'avoue, pour occuper les loisirs du malade, que pour éclairer ma religion, je demande à voir la langue de mon visiteur, sur laquelle je porte instinctivement les yeux. A cette vue, un horizon s'ouvrait devant moi, car la langue, rouge et piquetée, ne pouvait me laisser de doutes sur l'existence d'une gastrite.

« Dès ce moment, mon diagnostic fut éclairé d'une vive lumière, et, lorsque je sus que les premiers symptômes de l'impuissance coïncidaient avec l'apparition

d'une douleur épigastrique de certains troubles dans la digestion, etc., j'eus la certitude (certitude médicale, bien entendu) que l'affaiblissement de l'organe copulateur était sous la dépendance sympathique de l'affection de l'estomac.

« Le traitement fut conforme à cette manière de voir et le malade qui espérait s'en retourner avec quelque formule aphrodisiaque (dans le sens ordinaire de ce mot), se montra fort mécontent de la tisane de mauve et du régime émollient que je lui prescrivis.

« Cependant il ne dédaigna pas entièrement les conseils que je lui donnais, et comme la santé générale s'améliorait sous l'empire de cette médication, il crut devoir la continuer, sinon pour remédier à son impuissance, du moins pour se débarrasser des malaises et des troubles digestifs qui le tourmentaient.

« Néanmoins, à mesure que la langue devenait moins rouge, l'épigastre moins douloureux, et les digestions plus faciles, les forces copulatrices reparaissaient à ce point que l'érection d'abord, et le coït ensuite furent possibles. Mais, et c'est ici que se montre un caractère bizarre, la copulation n'était réalisable ni pendant les digestions, c'est-à-dire pendant les deux ou trois heures qui suivaient les repas, ni dans la position horizontale qui déterminait une pression sur l'épigastre. L'érection de la verge se produisait comme dans les conditions normales, mais si l'une des deux circonstances que je viens de signaler, digestion ou pression épigastrique, existait, l'érection ne se soutenait pas et tombait dans le vagin même après quelques courtes

tentatives et avant l'éjaculation du sperme. Le matin, à jeun, était le moment de la journée le plus favorable à l'accomplissement de l'acte, pourvu toutefois que le malade évitât avec soin toute pression sur l'épigastre, par une posture dont je dois m'abstenir de parler ici.

« Cet état se prolongea assez longtemps parce qu'il était impossible au malade, eu égard à sa position sociale, de garçon de café, de suivre exclusivement la médication et surtout le régime alimentaire que réclamait sa gastrite. Comme il était venu me réclamer mes soins parce qu'il avait l'intention de s'établir marchand de vins et de prendre femme, je lui conseillai vivement de se marier, en lui faisant sentir combien serait plus rapide, sous l'empire des soins domestiques, la guérison de sa maladie d'estomac, et combien serait aussi plus facile le coït, alors qu'il serait exercé dans toutes les commodités de la couche conjugale.

« Pendant assez longtemps, le malade, reculant devant la honte d'un échec marital, n'osa suivre mes conseils, et commença par acheter un fonds de marchand de vins, qui, de serviteur le transformant en maître, lui permit de soigner et de guérir sa gastrite.

« Il y a deux mois à peu près, en mars 1854, il vint m'annoncer son mariage, en réclamant de nouveau et plus consciencieusement l'assurance qu'il était propre à remplir ses devoirs conjugaux. Un examen attentif et minutieux ne modifia en rien ma manière de voir, et cet homme aujourd'hui marié, se loue tout à la fois du traitement que je lui ai fait suivre et des conseils que je lui ai donnés. »

Par l'alimentation. — La bonne chère excite momentanément les facultés génitales, mais l'habitude conduit à la déchéance, à laquelle on pourra remédier par une hygiène appropriée.

Par maladies nerveuses. — Les maladies nerveuses qui engendrent la tristesse et l'hypochondrie, de même que l'abus de travail intellectuel éteignent les désirs sexuels et conduisent de la sorte à la stérilité.

Par maladie de l'appareil génito-urinaire. — Toute maladie de l'appareil génito-urinaire qui gène l'érection, l'éjaculation, ou qui altère les qualités du sperme, est susceptible de produire la stérilité.

Causes diverses. — La maigreur exagérée, de même que l'obésité trop prononcée, les intoxications par l'arsenic, le phosphore, le plomb, le surmenage, quelle que soit sa forme, sont capable de conduire à l'impuissance.

Impuissance fantôme. — Certains débiles de la volonté sont impuissants uniquement par timidité. Une véritable syncope génitale survient toujours au moment décisif.

Le cas suivant rapporté par Roubaud (1) est un exemple bien singulier des caprices du sens génésique :

---

(1) Roubaud. — *Traité de l'Impuissance*, page 439.

« M. X .., fils d'un général du premier empire, avait été élevé dans un château de son père, et n'en était sorti, à l'âge de dix-huit ans, que pour entrer à l'Ecole militaire. Pendant cette longue solitude à la campagne, il avait été initié, á l'âge de quatorze ans, aux plaisirs de l'amour, par une jeune femme, amie de sa famille. Cette dame, alors âgée de vingt-et un, était blonde, portait des cheveux à l'anglaise, c'est-à-dire en tire-bouchons, et, eu égard aux précautions qu'elle était obligée de prendre pour cacher à tous les regards son intrigue amoureuse, elle n'avait jamais de rapports avec son amant que dans un costume de jour, c'est-à-dire chaussée de brodequins, serrée dans son corset et portant une robe de soie.

« Tous ces détails, que j'énumère avec intention, eurent la plus grande influence, non-seulement sur la faculté excitatrice du sens génital, mais encore sur toute l'existence de M. X...

« La jeune dame, fort passionnée, à ce qu'il paraît, abusa des forces du jeune néophyte, et il ne fallut rien moins que le régime sévère et la continence de l'Ecole militaire, pour rendre aux organes génitaux l'énergie qu'avaient compromise des pratiques anticipées et trop fréquentes, mais lorsque, rendu à la liberté et aux plaisirs de la vie de garnison, M. X... voulut jouir des droits que la nature semblait lui avoir restitués, il s'aperçut que les désirs vénériens ne s'éveillaient qu'auprès de certaines femmes, et avec le concours de certaines circonstances; ainsi, une

femme brune n'excitait en lui aucune émotion et le costume de nuit suffisait pour éteindre et glacer son transport amoureux.

« Pour que son âme tressaillît sous l'aiguillon du désir et de la volupté, il fallait que la femme fût blonde, coiffée à l'anglaise, chaussée de brodequins, emprisonnée dans un corset, vêtue d'une robe de soie, en un mot, réunît toutes les particularités que le souvenir de M. X... gardait de ses premiers ébats érotiques.

« Ce n'était point un de ses souvenirs d'amour intense, dont le magique pouvoir s'étend sur toute une existence. Dans ses premiers rapprochements sexuels, M. X... n'avait apporté que l'appoint de ses organes, son cœur était toujours resté étranger à cette union dont le but était le plaisir, et, à vingt-cinq ans d'intervalle, M. X... en me consultant pour son étrange infirmité, m'avoua n'avoir aimé, avec le cœur, qu'une seule femme, à laquelle, il n'avait jamais osé adresser ses hommages, parce que coïncidence bizarre, cette femme était brune.

« Sa fortune, son nom, sa position sociale faisaient depuis longtemps un devoir à M. X... de se marier, et il avait toujours résisté aux sollicitations de sa famille et de ses amis, parce qu'il se savait incapable d'exercer le coït dans le négligé de la couche conjugale. Certes, un semblable motif eût été difficile à pénétrer, car l'infortuné jouissait d'une santé à toute épreuve, était d'un tempérament bilioso-sanguin, avait une

taille au-dessus de la moyenne, et une constitution si robuste que, pendant plus de quinze ans, il avait été officier dans un régiment de grosse cavalerie.

« Bien évidemment, M. X... n'était atteint que d'une impuissance essentiellement relative, car lorsque la femme était blonde et lorsque les conditions énumérées plus haut se trouvaient, il accomplissait la fonction copulatrice avec toute l'énergie d'une forte constitution et l'ardeur d'un tempérament amoureux.

« Rentré dans la vie civile, et tourmenté plus que jamais par sa famille au sujet de son mariage, il voulut tenter un dernier effort, et vint me consulter dans le courant de l'hiver de 1852.

« Pendant la longue conversation que nous eûmes ensemble, je crus m'apercevoir que M. X... n'avait qu'une foi douteuse, non-seulement en moi, mais encore dans cette branche spéciale de la thérapeutique, et que, par conséquent, il me fallait, avant toute chose, et par quelque moyen que ce fût, conquérir sa confiance en faveur de la science et, en même temps, en faveur de l'efficacité du traitement que je lui prescrivais.

« Dans de semblables occurences, je l'ai déjà dit et je le répète, parce que le conseil est important, tout discours est superflu et tout raisonnement se brise contre l'incrédulité systématique du malade, il lui faut un phénomène physique, palpable, matériel, contre la négation duquel sa raison se révolte ; ce phénomène obtenu, sa confiance est d'autant plus absolue que son incrédulité a été plus profonde.

« En conséquence, je résolus de frapper un grand coup, et sachant bien, par l'expérience que j'en avais acquise que la moitié seule de mon ordonnance serait exécutée, je prescrivis une potion cantharidée et phosphorée assez énergique et conseillai le coït avec une femme brune et sans corset, deux heures après son absorption.

« Ainsi que je l'avais prévu, la potion fut avalée, mais le rapprochement sexuel ne fut même pas tenté, car jamais l'homme ne s'expose à un échec amoureux qu'il regarde comme certain.

« Mais l'effet que j'attendais des cantharides s'étant produit et le malade ayant été tourmenté toute la nuit par une érection qui n'était pas sans quelque souffrance, la scène changea de face, et M. X... crut avoir enfin rencontré l'agent médicamenteux qui seul pouvait contre-balancer la fâcheuse influence de son moral.

« Le lendemain, ne pouvant venir me voir, mais voulant reprendre un second flacon de ma liqueur magique, comme il m'écrivait, il me demanda s'il pouvait encore se servir de la même ordonnance, ce à quoi je m'opposai dans la crainte d'une cystite, et lui envoyai une prescription où les cantharides et le phosphore ne jouaient qu'un rôle essentiellement secondaire.

« Cette seconde potion, fort peu active, je l'assure, fit autant d'effet que la première, et le malade put enfin exercer le coït avec une femme brune et dépouillée de son corset.

« Mais pendant assez longtemps, pendant plus de six mois, les rapprochements sexuels ne furent possibles qu'avec l'aide d'une potion qui était censée contenir l'agent médicamenteux assez puissant pour contrebalancer l'empire de l'âme, ce ne fut que progressivement et à la longue que M. X... parvint à se passer, pour l'accomplissement de l'acte copulateur, du concours de la médecine, et aujourd'hui même, il est parfaitement convaincu que le médicament que je lui ai prescrit a exclusivement agi sur ses organes, et ce serait peut-être s'exposer au retour des phénomènes morbides, si l'on parvenait à le convaincre que le traitement qu'il a subi est un traitement purement moral. »

b. Impuissance féminine. — L'impuissance chez la femme peut être

d'origine morale : *frigidité*, *coïtophobie*,

d'origine physique : *vaginisme*.

1° *Frigidité*, *coïtophobie*. – La femme frigide est une déshéritée du sens sexuel ; pour elle, le coït est un acte dépourvu de toute jouissance ; elle subit le mâle, mais ne le désire pas. Cette anomalie est plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

La *coïtophobie*, encore désignée sous le nom de *dyspareunie* consiste en une véritable répulsion pour le coït, qui n'est plus une simple cor-

vée comme tout à l'heure mais un acte répugnant, ou parce qu'il est douloureux, ou parce qu'il inspire un dégoût instinctif.

Ce sont là de véritables aberrations génésiques qui ne constitueront d'ailleurs qu'une cause relative de stérilité, car avec de la bonne volonté la femme pourra en général permettre un coït suffisant pour être fécondant.

Il faudrait toutefois se garder de croire que ces déshéritées de la jouissance sexuelle, sous les apparences du moins de femmes incomplètes sont des dégénérées, souvent au contraire elles revêtent toutes les allures du type féminin parfait, ainsi que l'explique fort bien le passage suivant de Roubaud (1) topique à cet égard.

« Le tempérament lymphatique n'est pas le seul à produire cet état (frigidité et aversion de plaisirs sexuels) ; il en est un autre peu étudié des physiologistes, qui tire ses attributs plutôt de la nature intellectuelle que de la nature physique, et que pour ces motifs, j'appelle tempérament intellectuel.

« Pour caractériser ce tempérament, je ne puis mieux faire que de me rappeler ce que me disait un jour une femme d'infiniment d'esprit. Elle disputait à une rivale heureuse la possession d'un homme, non pour les

(1) *Traité de l'Impuissance*, page 523.

plaisirs que l'amour pouvait lui procurer, mais pour la position sociale, c'est-à-dire pour le mariage, dont cet amour pouvait être la conséquence. D'un tempérament sanguin, d'une beauté rare, d'une amabilité peu commune, elle était en tout supérieure à sa rivale, qui, néanmoins avait le grand avantage d'être aimée. La lutte s'établit entre ces deux femmes, d'un côté, le cœur, le dévouement, l'amour ; de l'autre la beauté, l'adresse et l'esprit. « Je suis la plus forte, me disait un jour celle des deux femmes dont les prétentions étaient le résultat d'un calcul ; mes sens et mon cœur sont là, ajouta-t-elle en frappant son front, et la tête est bonne... »

« Oui, les femmes de tête, comme dit le vulgaire, chez lesquelles la raison domine en souveraine, sont souvent insensibles aux charmes d'une douce liaison et aux enivrements de l'amour. Physiquement, rien ne décèle cette froideur, j'ai même connu des femmes qui la cachaient sous des apparences passionnées et sous les attributs d'un tempérament fougueux. Ce n'est que dans les mœurs, la tournure d'esprit de ces femmes qu'il est possible de pénétrer les conditions d'une semblable insensibilité. Presque toujours ces femmes ont quelque chose de viril dans le caractère, une volonté ferme et un jugement qui ne s'inspire pas de la timidité de leur sexe ; ces attributs de leur nature morale donnent à leur démarche et à leurs mouvements une sûreté et une fierté qui ne sont pas ordinairement l'apanage de la femme, et pourtant elles ne portent pas les signes de ces visages dont parle le poète ;

leurs formes sont élégantes et arrondies ; leur beauté quoique mâle n'a rien de dur et de viril ; leurs manières sont séduisantes, leur voix douce ; en un mot, elles sont complètement femmes, et n'ont pas comme les viragos, les penchants obscènes de la tribade ; elles éprouvent non de l'aversion, mais une indifférence absolue pour les plaisirs vénériens quelle que soit d'ailleurs la source d'où ces plaisirs découlent.

2. *Vaginisme.* — Dans les conditions normales, le vagin doit admettre sans difficultés le pénis ; y a-t-il difficulté ou impossibilité à cette introduction, le *vaginisme* est constitué.

Le vaginisme réside donc dans l'obstacle apporté au coït par les voies génitales féminines, c'est l'impuissance de la femme.

Jusqu'à présent l'obstacle féminin à l'union sexuelle est simplement moral, j'arrive maintenant à l'obstacle physique, matériel.

L'hyperesthésie

la contracture

sont les deux causes, qui isolées ou réunies constituent cet obstacle ; donc trois variétés de vaginisme :

Le vaginisme hyperesthésique.

Le vaginisme contractural.

Le vaginisme contracturo-hyperesthésique.

a. Vaginisme hyperesthésique. — La sensibilité de la vulve est normalement très accentuée, mais dans les conditions normales elle est exclusivement voluptueuse au moment de l'union sexuelle.

Si cette sensibilité devient douloureuse, le coït peut être gêné, ou même empêché, l'introduction du membre viril ne devenant possible qu'au prix de souffrances très vives.

Cette sensibilité pathologique, sans contracture des muscles de la région, peut être généralisée à toute la vulve, ou limitée à certaines régions de préférence au pourtour de l'orifice vulvo-vaginal, au niveau des caroncules hyménéales ou myrtiformes. Parfois même une seule de ces caroncules est hyperesthésique, et son contact est si pénible qu'il arrache des cris à la femme.

Cette sensibilité anormale de la vulve existe tantôt avec des lésions appréciables de la muqueuse, inflammation, éruption, tantôt avec une muqueuse absolument saine d'apparence ; il s'agit dans ce dernier cas d'un véritable état névralgique des nerfs de la région.

b. Vaginisme contractural. — Les deux muscles qui ferment l'entrée du vagin, encore appelés *custodes vaginæ*, les *custodes virginita-*

tis étant les adducteurs des cuisses, sont ainsi que l'indique la *fig.* 35 le constricteur de l'anus et le releveur périnéal (ou releveur de l'anus ainsi qu'on le désignait autrefois).

La contracture du *constricteur vulvaire* muscle involontaire, donne naissance au *vaginisme inférieur*, celle du *releveur périnéal*, muscle soumis à la volonté, au *vaginisme supé-*

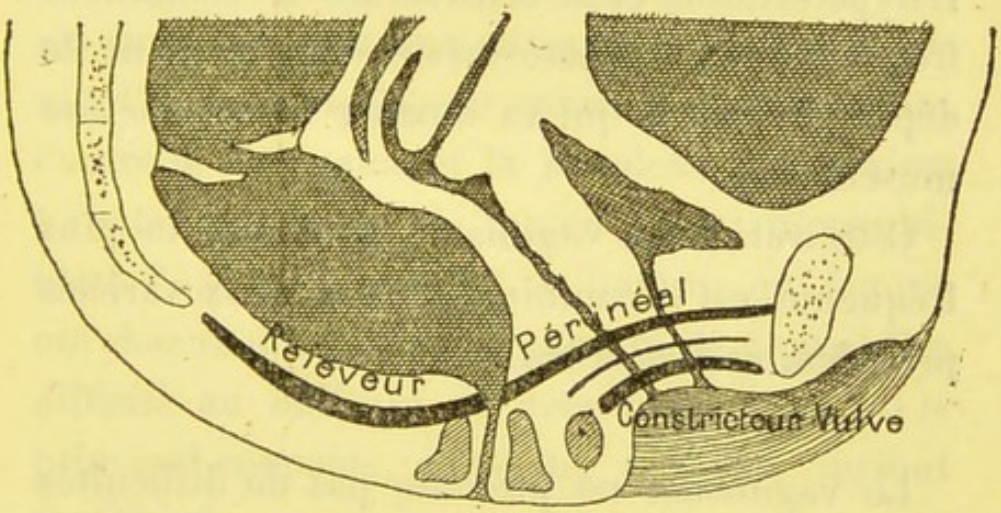

Fig. 35. — Coupe antero-postérieure du périnée et de ses muscles.

rieur. Quand les deux muscles sont contracturés simultanément, le vaginisme est complet.

De même que l'hyperesthésie vulvaire la contracture des muscles *custodes vaginæ* peut être idiopathique ou symptomatique.

Symptomatique, quand par son réflexe elle se produit à la suite d'une affection génitale quelconque.

Idiopathique, quand aucune cause ne peut lui être assignée.

La contracture du releveur périnéal peut se produire au milieu même du coït, alors que le pénis occupe le vagin ; elle pince alors le membre viril, et donne lieu au phénomène du *pénis captivus*, dont la science connaît quelque cas.

c. *Vaginisme contracturo-hyperesthésique.* – L'hyperesthésie et la contracture se combinent fréquemment, l'hyperesthésie étant le point de départ du réflexe qui va amener la contracture musculaire.

Cette variété du vaginisme, peut être la plus fréquente, est la combinaison des deux variétés précédemment décrites.

Le vaginisme ne présente pas de difficultés au diagnostic, quand avec des organes normaux ou à peu près normaux, il y a difficulté ou impossibilité de pratiquer avec le doigt l'exploration vaginale, soit à cause de la douleur, soit de la contracture musculaire, soit des deux réunies, l'existence du vaginisme peut être affirmée.

Toutefois certaines femmes souffrent au moment de l'exploration digitale du vagin, et néanmoins accomplissent normalement le coït. il est probable que chez elles l'excitation sexuelle,

précurseur du coït, change les conditions de sensibilité génitale, et permet l'intromission indolore, voir même voluptueuse du pénis, alors que son absence rend douloureuse l'introduction du doigt. Il n'y a là qu'un vaginisme apparent, sur lequel les renseignements fournis par les époux feront la lumière.

Le coït, pour être accompli dans les conditions normales, réclame les conditions nécessaires de la part des deux sexes, l'un devant fournir l'énergie suffisante pour la pénétration, l'autre la dimension et la souplesse nécessaires à l'acte copulateur. Or, quand il y a impossibilité à l'union sexuelle, et qu'homme ou femme ont chacun une part de responsabilité, il peut être difficile au médecin de déterminer quel est le principal coupable, celui qui doit être surtout incriminé.

Autrefois on avait recours à une épreuve aussi bizarre que peu décente, connue sous le nom de congrès, et dont la citation suivante donnera l'idée :

« Congrès (1) : — Jour et heure sont pris par les experts, ordinairement les mêmes que pour les vi-

(1) Debrand. — *Des rétrécissements du conduit vulvo-vaginal*, 1884, p. 183.

sites, ce qui fait prévoir l'issue du congrès. Le juge entend le serment des parties et des experts. Experts et parties se retirent alors en une chambre pour se préparer. Là, nouvel examen de l'homme, pour constater s'il ne lui est pas survenu de mal, depuis la première visite, et de la femme pour constater l'état de ses parties sexuelles et reconnaître si l'intromission a eu lieu, par la différence de dimensions que présente l'orifice vulvaire, avant et après l'acte.

L'homme se lave les parties à l'eau tiède et la femme prend un bain de longue durée. Cela fait, ils se couchent dans un lit en plein jour. Les experts demeurent dans la chambre, ou si les parties le requièrent, se retirent dans une garde robe voisine, la porte reste entr'ouverte. Les matrones se tiennent près du lit.

« Après une heure ou deux, les experts s'approchent du lit et visitent de nouveau la femme pour savoir si elle est plus ouverte que lorsqu'elle s'est mise au lit, et si l'intromission a été faite et aussi *facta sit emissio ubi, quid et quale emissum,* ce qui ne se fait pas sans bougies et lunettes à gens qui s'en servent pour leur vieil âge, ni sans recherches fort sales et odieuses (Tagereau).

« Procès-verbal est ensuite dressé et porté au juge, siégeant avec les procureurs et praticiens en cour d'église, dans une salle voisine, attendant la fin de l'acte. Presque toujours le rapport concluait à l'impuissance du mari. On annule le mariage, mais il est défendu à l'homme de contracter union avec une

vierge. L'homme est condamné aux dépens et à la restitution de ce qu'il a eu en mariage. Quant à ceux qui étaient mariés à une veuve, il leur est défendu de se remarier.....

... « A quelle époque a été institué le congrès ? Certains auteurs prétendent que c'est au milieu de XVIe siècle. Selon Bayle, qui se servait de l'édition de Hotmann, de 1610 (l'édition que nous avons consulté, est de 1656), le calcul d'Antoine Hotman est assez vague. Il dit que la pratique du congrès ne peut pas remonter au-delà de trente-cinq ans. L'auteur de cette phrase mourut en 1596, de sorte que, si l'on s'en rapporte à son témoignage on ne peut guère faire remonter le congrès au-delà de 1540. Tagereau s'exprime de la même façon, mais tel n'est pas l'avis du président Bouhier, qui a écrit une apologie du congrès. Il dit que Joannes Andreas, qui mourut au milieu du XIVe siècle, aurait écrit que, lorsqu'un homme nie son impuissance, il faut le mettre à même de le prouver, et des femmes doivent faire le rapport de ce qu'elles auront vu. Jacchias rapporte qu'en Italie, les médecins ayant visité certain mari accusé d'impuissance déclarèrent nécessaire qu'il fit preuve de puissance, *solus cum solo, nudus cum nuda, in communi lecto.* Il fut également usité en Angleterre, et il y en a un exemple illustre dans l'instance en divorce que la comtesse d'Essex intenta contre son mari. Paul Christaniens dit que ce procédé était depuis longtemps en usage dans les Pays-Bas. Quelle que soit l'époque

de sa fondation, il est certain que le congrès fut aboli le 18 février 1677, par un arrêté du Parlement, rendu sur le réquisitoire de M. de Lamoignon.

Actuellement nous sommes réduits à nous en rapporter au dire des époux intéressés et à diriger notre thérapeutique en conséquence.

Un régime hygiénique et tonique sera prescrit à l'homme dont l'énergie sexuelle est insuffisante, et chez la femme le vaginisme sera traité par des moyens appropriés.

Traitement. — Quelle que soit la variété du vaginisme, le *traitement* sera à peu près le même et consistera d'abord dans l'application des *moyens doux*, et s'ils sont insuffisants dans celle de *moyens violents*.

1. *Moyens doux.* — Cérat, douceur et savoir-faire sont venus à bout de beaucoup de vulves récalcitrantes. Au médecin à expliquer les détails parfois scabreux de ce trépied thérapeutique.

Les grands bains, l'hydrothérapie, l'administration du bromure de potassium, pourront heureusement préparer la femme, à arriver avec des nerfs calmes au sacrifice sexuel.

S'il existe une fissure, une vulvo-vaginite, une inflammation de l'utérus, on la guérira par des moyens appropriés.

Contre l'hypéresthésie, l'électricité faradique, les suppositoires à la cocaïne seront parfois d'un heureux secours.

Contre la contracture, la dilatation progressive avec des bougies de Hégar donne souvent de bons résultats.

On a conseillé l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther pour permettre l'accomplissement du coït sous son influence ; quand les circonstances obligent à ces ressources extrêmes, mieux vaut recourir aux moyens violents.

2. *Moyens violents.* — La femme étant anesthésiée, on peut :

soit dilater,

soit inciser,

l'orifice vulvo-vaginal.

Dilatation. — La dilatation sera faite, à l'aide des pouces introduits dans le vagin, et écartés énergiquement l'un de l'autre jusqu'à la rencontre des branches ischio-pubiennes, ou à l'aide de bougies de Hégar.

Incision. — Sims conseillait de pratiquer deux incisions sur la partie postérieure de la vulve à un travers de doigt de la ligne médiane, débridement analogue à celui qu'on fait au moment du passage de la tête fœtale pour éviter la déchirure du périnée ; cette incision doit avoir

2 centimètres de profondeur environ ; elle est pansée en surface, en faisant un tamponnement vagino-vulvaire à la gaze iodoformée, pansement à la fois hémostatique, antiseptique et dilatateur. Ce pansement peut être laissé trois jours en place.

Incision et dilatation combinées. — J'ai d'habitude recours à la méthode suivante qui est une combinaison des deux précédentes. Le bistouri étant enfoncé sous la muqueuse vulvaire, dans la direction du vagin et sans pénétrer dans ce canal, je fais de chaque côté de l'orifice vulvaire une incision *sous-cutanée* des muscles constituant l'obstacle, au siège correspondant à l'incision de Sims, et je complète par la dilatation avec les bougies de Hégar. Je termine par un tamponnement vagino-vulvaire à la gaze iodoformée que je laisse trois jours en place. Ce procédé a l'avantage d'éviter la formation de plaies et des cicatrices qui en résultent. Le coït est possible dix à quinze jours après l'intervention.

Au cas où il existe un hymen résistant ou des lambeaux hyperesthésiques de cette membrane, il faut avoir soin de compléter l'opération en enlevant avec les ciseaux soit la membrane en totalité, soit ses caroncules.

D. CAUSES VAGUES

1° MALADIES GÉNÉRALES ET NERVEUSES
2° HYGIÈNE ET ALIMENTATION
3° GEMELLITÉ, CONSANGUINITÉ, HÉRÉDITÉ
4° AGE — 5° STÉRILITÉ ÉNIGME.

Il est une série de causes probables de stérilité, mais dont la réalité n'est pas démontrée et dont il convient de faire une classe à part sous le titre de « causes vagues. »

1. Maladies générales et nerveuses. — S'il est un certain nombre de maladies générales et nerveuses qui amènent la stérilité, d'origine masculine et féminine, il en est d'autres dont l'influence est plus vague, telles le rhumatisme chronique, l'arthritisme, la scrofule ; et pour les maladies nerveuses, les diverses névroses, et en particulier l'hystérie chez la femme.

2. Hygiène et alimentation. — Tout surmenage épuise l'organisme et prédispose par là à la stérilité. Une hygiène alimentaire, en général bien conduite, sera au contraire, de part et d'autre, favorable à la procréation.

3. Gemellité. Consanguinité. Hérédité. — L'union entre consanguins prédispose, tantôt à la stérilité, tantôt à la fécondité, donc rien de positif à cet égard. L'hérédité semble favoriser dans une certaine mesure la stérilité, c'est à dire que dans quelques familles on voit volontiers les sœurs rester stériles ou avoir peu d'enfants. Dans l'espèce bovine, quand il y a des jumeaux de sexe différent, la femelle est en général inféconde, mais jusqu'à présent aucune influence semblable n'a été signalée dans l'espèce humaine

4. Age. — Chez la femme, la faculté procréatrice commence à la puberté et finit ordinairement à la ménopause, bien qu'elle puisse persister un certain temps après la cessation des règles. Chez l'homme les limites de la procréation sont plus difficiles et en quelque sorte impossibles à fixer.

5. Stérilité énigme. — Mari et femme, mariés depuis dix ans, vivent dans l'union sexuelle la plus parfaite, et néanmoins n'ont pas d'enfants. — Le mari commet une infidélité, et immédiatement devient père avec la femme séduite. — L'épouse suit le même exemple avec un autre homme, et la voici également enceinte. — Ce mari et cette femme étaient donc aptes à la pro-

création et néanmoins leur union restait stérile. — Pourquoi ?

Les explications, qu'on a essayé de donner jusqu'à présent, au sujet de cette incompatilité procréatrice, ne reposent sur aucune base sérieuse ; il convient de ranger jusqu'à nouvel ordre ces faits dans une classe d'attente, sous la dénomination de *stérilité énigme*.

Dans certains cas, l'*harmonie d'amour* semble indispensable à la procréation : C'est [1] lorsque la femme est le plus femelle et que l'homme est le plus viril ; c'est quand un mâle brun, velu, sec, chaud, impétueux, trouve l'autre sexe délicat, humide, lisse et blanc, timide et pudique. L'un doit donner et l'autre est constitué pour recevoir ; le premier, par cette raison, doit avoir un principe de surabondance de force, de générosité, de libéralité, qui aspire à s'épancher ; la seconde, au contraire, étant constituée en moins, doit, par sa timidité, tendre à recueillir, à absorber, avec une sorte de besoin d'économie, le *trop* de l'autre pour établir l'égalité, le niveau complet. Aussi le résultat de l'union conjugale, ou but de la procréation d'un nouvel être, ne

---

[1] Virey, De la femme sous ses rapports physiologique, moral et littéraire, p. 195 et 207.

peut être rempli que par cette unité physique et morale dont parlent Pythagore et Platon, au moyen de laquelle les deux sexes s'égalent, se saturent pour ainsi dire réciproquement...

« Si l'on unit deux tempéraments semblables, mâle et femelle, comme Voltaire et la marquise du Châtelet, qui ne pouvaient ni se quitter, ni se souffrir longtemps ensemble, cette similitude d'égalité produit une source de querelles et devient une cause de stérilité très remarquable. Aussi l'on a vu deux époux, ensemble stériles, et s'accusant même d'impuissance et de froideur, devenir, par leur divorce, féconds et ardents avec d'autres individus d'une constitution opposée ».

Bref, à côté de causes connues de stérilité, il en est que la médecine ne peut encore déceler et qui englobent une série de cas où notre seul diagnostic possible est un point d'interrogation.

RÉSUMÉ

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ

—

Quand un médecin est consulté par un couple stérile désirant avoir des enfants, il devra passer en revue les différentes causes possibles de la stérilité qui viennent d'être examinées en détail chez les deux sexes, et que je me contente de rappeler ici à la mémoire dans l'ordre même de leur étude.

I. — Causes féminines

1. Vulve : Malformations,
   Vulvite et éruptions vulvaires,
   Tumeurs.

2. Vagin : Malformations,
   Vaginite,
   Tumeurs.
3. Utérus : Métrite et endométrite,
   Déviations utérines,
   Eclopie utérine,
   Malformations,
   Sténose et atrésie du canal utérin,
   Déformations du col,
   Tumeurs,
   Écoulement utérin,
4. Trompe : Salpingites,
   Déviations,
   Malformations,
   Tumeurs.
5. Ovaire : Ovarite,
   Déplacement,
   Malformations,
   Tumeurs,
   Menstruation et fécondation.
6. Périgénitalia : Pelvipéritonite,
   Tumeurs périgénitales.
7. Surmenage génital.

II. — Causes masculines

1. Testicules : Anomalies,
   Atrophie,
   Tumeurs.
2. Canal déférent : Maladies.
3. Vésicules séminales : Maladies.
4. Maladies et malformations de la prostate et de l'urètre.
5. Éjaculation.
6. États pathologiques du sperme.
7. Excès sexuels.
8. Maladies générales. — Influences diverses.
9. Action médicamenteuse.
10. Vices de conformation des organes génitaux.
11. Age.

III. — Causes coïtales

1. Erreurs du coït.
2. Impuissance.

a) *Masculine.*

par défaut d'énergie,
par perversion d'énergie,
par excès d'énergie,

par trouble de l'appareil digestif,
par l'alimentation,
d'origine nerveuse.
Causes diverses par maladie de l'appareil génito-urinaire,
impuissance fantôme.

b) *Féminine.*

Origine morale :
Frigidité,
Coïtophobie.
Origine physique :
Vaginisme.

IV. — Causes vagues

Maladies générales, et du système nerveux,
Hygiène et alimentation,
Gémellité, consanguinité et hérédité,
Age,
Stérilité énigme.

On saura opposer un traitement approprié à chacune de ces causes ; pour quelques-unes d'elles la thérapeutique a été tracée chemin faisant surtout au point de vue de la stérilité, pour celles où il n'y a aucune indication spéciale,

le traitement ne diffère pas de celui exposé dans les traités de pathologie.

Il existe toutefois un groupe de causes qui chez l'homme ou la femme, mettant obstacle à la pénétration du sperme dans l'utérus et la trompe, sont justiciables d'un même traitement qu'il nous reste à examiner pour terminer et compléter cette étude sur la stérilité ; ce traitement n'est autre que la fécondation artificielle.

Fécondation artificielle. — La fécondation artificielle consiste à faire pénétrer à l'aide d'une petite seringue le sperme jusqu'au fond de l'utérus, à le déposer en un mot à l'embouchure des trompes, de manière à ce qu'il n'ait plus qu'un court trajet à faire pour arriver à destination.

Les causes qui pourront conduire à tenter cette intervention sont

Du côté du mari :

Un rétrécissement de l'urètre, une malformation (hypospadias ou épispadias) rendant l'éjaculation baveuse.

Impuissance, rendant le coït impossible, bien qu'il y ait éjaculation d'un sperme normal mais avec érection insuffisante pour permettre l'intromission du membre viril.

Du côté de la femme :

Une déviation utérine, notamment une flexion contre laquelle tout traitement aura échoué.

Une déformation du col pour laquelle la femme ne voudra pas subir d'opération plastique.

Un état spécial de l'utérus qui ne permet pas l'ascension du sperme, état qu'on pourra supposer alors qu'après le coït le sperme s'écoule en abondance par l'orifice vulvo-vaginal, anomalie bien connue chez certaines femelles animales ; quand le sperme n'est pas retenu, les éleveurs savent de suite diagnostiquer le coït infécond.

En pareil cas on sera autorisé à tenter la fécondation artificielle, aux deux conditions suivantes :

1° Le traitement de la cause supposée de la stérilité n'a pas permis la conception, et la fécondation artificielle peut rationnellement aplanir l'obstacle créé par cette cause.

2° Le microscope a révélé une composition normale du sperme avec spermatozoïdes bien vivants chez le mari.

Le *manuel opératoire* sera le suivant :

On prendra une seringue analogue à celle dont on se sert pour les injections intra-utérines ;

parmi les nombreux modèles préconisés, le plus simple est le meilleur, celui de Braun par exemple.

Quand on est sur le point d'en faire usage, l'instrument soigneusement nettoyé et aseptisé est trempé pendant quelques instants dans de l'eau à 40° pour le tiédir.

Rendez-vous étant pris pour un moment déterminé, un rapport sexuel devra avoir lieu quelques instants auparavant, et le sperme sera normalement éjaculé par le mari dans le vagin ou recueilli dans un condom.

La femme étant placée transversalement sur le lit en position vulvaire, un spéculum métallique bivalve, tiédi, est introduit dans le vagin sans être graissé, tout corps gras étant contraire à la vitalité des spermatozoïdes.

Le sperme est recueilli avec la seringue soit directement dans le vagin, soit dans le condom. L'extrémité de la seringue est introduite dans l'utérus à 4 ou 5 centimètres environ, et le contenu poussé avec lenteur. Aussitôt que le sperme apparaît à l'orifice extérieur de l'utérus, on retire l'instrument en continuant à pousser le piston de manière à assurer la réplétion de la cavité utérine.

On enlève la seringue puis le spéculum. La

femme est doucement replacée dans son lit, où elle doit séjourner pendant 48 heures.

La fécondation artificielle sera tentée pendant les deux jours qui précèdent ou qui suivent les règles. Une seule tentative si elle échoue ne saurait suffire ; et il faut parfois la répéter quatre ou cinq fois avant d'arriver au résultat désiré.

La fécondation artificielle, malgré ses cotés répugnants, est une opération parfaitement scientifique et rationnelle ; elle est malheureusement devenue la proie des charlatans qui l'ont fait tomber dans un certain discrédit ; elle doit cependant ne pas être abandonnée, car dans certains cas elle est seule capable de réussir alors que tout autre traitement échoue.

TABLE

ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

B

C

D

E

F

M

O

P

R

S

T

U

V

ST-AMAND (CHER). IMPRIMERIE DESTENAY, BUSSIÈRE FRÈRES