Gazette Gyn 1887 V-2

De la Fécondation artificielle, par le professeur Paolo Mantegazza.

Le procédé opératoire de la fécondation artificielle est très simple et n'exige aucune habileté particulière; mais il est important de pouvoir déterminer avec certitude si l'on peut compter sur un résultat positif. Comme cette intervention opératoire n'est jamais acceptée (cela se comprend) par les époux qu'avec la plus grande répugnance, il devient évident qu'elle doit être absolument rejetée si l'on n'a pas les plus grandes chances de réussir.

Tout d'abord, il faut établir avec certitude si la faute de la stérilité n'est pas imputable au mari, et il faut se rappeler que l'impuissance n'est que rarement avouée. C'est ainsi, par exemple, que je rencontrai un jour, par hasard, un homme sans enfants, très robuste en apparence, qui était porteur d'un membre extraordinairement court, dont les corps caverneux paraissaient comme atrophiés. Si jamais la fécondation artificielle, s'adressant à une femme offrant tous les attributs d'une santé florissante, était indiquée, c'était bien dans ce cas particulier. Malheureusement, je ne réussis pas à convaincre les époux.

D'autres hommes ont un membre de longueur et de dimensions normales; mais le sperme ne fait que s'égoutter, soit par suite d'une stricture, soit pour toute autre cause, et, de ce fait, ne peut parvenir que difficilement jusqu'à la matrice. Il est aussi des hommes d'une puissance amoindrie qui ne font parvenir leur sperme que dans la partie antérieure du vagin et donnent ainsi lieu à la stérilité.

Après que vous aurez interrogé l'homme avec la plus scrupuleuse exactitude sur la manière dont il accomplit le coït, vous procéderez à l'examen microscopique du sperme. A ce point de vue, je crois attirer l'attention sur un point qui, autant que je sache, n'a jamais été touché.

J'ai à diverses reprises, chez la même femme, essayé sans succès la fécondation artificielle, quoique le sperme de l'époux eût fort belle apparence, offrît les réactions favorables, possédât des spermatozoaires en grand nombre et très mobiles. Cependant, après avoir reposé, ce sperme ne montrait jamais les cristaux que je constatai dès l'année 1860 et précédemment décrits par Böttcher.

Cette anomalie du sperme ne pourrait-elle pas être la cause de sa déchéance prolifique? Je suis porté à le croire; mais, avant de porter un jugement définitif, je tiens encore à prendre l'avis de mes confrères. Il faut donc, avant tout, laisser reposer le sperme, afin de constater s'il s'y forme des cristaux, et ne pas se contenter du seul examen microscopique.

history-of-obgyn.com

Pour ce qui concerne l'examen de la femme, nous nous trouvons, abstraction faite de circonstances occasionnelles et passagères, en présence de deux ordres de perturbateurs de la fécondation : les uns mécaniques, les autres fonctionnels.

Modifications dans la longueur de l'utérus, étroitesse du col et autres causes mécaniques s'opposant à la pénétration du sperme dans la matrice, ne sont pas pour moi des contre-indications à la fécondation artificielle; mais elles agissent comme perturbatrices de ces fonctions, qui peuvent se ranger empiriquement et avec justesse sous la dénomination de dysménorrhées. Je sais fort bien que ces cas de dysménorrhée sont les résultats d'obstacles mécaniques et que, par exemple, quand le col est dilaté, les douleurs et les autres désagréments de la menstruation peuvent disparaître.

Mais il est beaucoup de cas (et pour la stérilité, ce sont précisément les plus épineux) où, malgré la guérison de la dysménorrhée par un traitement mécanique, la fécondation reste lettre morte. Tous les médecins qui ont un peu d'expérience sur ce point se rappelleront bon nombre de ces cas. Il est certain que, dans tous ces cas, la faute en est imputable à l'œuf, et, quoique l'on ne sache que peu de chose sur les causes histologiques de ce défaut, il se signale déjà à l'œil (microscopiquement) par quelques irrégularités de la menstruation, par exemple, à l'époque de leur apparition, menstruation diminuée, et par des symptômes nerveux de diverses sortes.

Ces dysménorrhées non mécaniques sont très difficiles à guérir et ont pour résultat une stérilité qui n'est pas curable par la fécondation artificielle. A quoi sert-il de faire pénétrer un sperme, fût-il excellent d'ailleurs, dans un utérus où il ne rencontrera pas un œuf fécondable? On peut, dans ce cas, faire une tentative, parce que cette intervention ne doit pas nuire; mais il importe, par avance, de prévenir les intéressés que le résultat est douteux.

La fécondation artificielle doit, selon moi, être préférée à la dilatation mécanique du col, puisque celle-ci peut avoir des conséquences fâcheuses. La fécondation artificielle est sans danger et agit aussi sûrement comme cause dilatatrice à l'époque de l'accouchement.

La fécondation artificielle paraît donc indiquée dans les cas suivants :

1° Dans l'hypospadias;

2° Quand le membre viril est très court;

3° Dans les cas où le sperme n'est pas projeté avec la puissance nécessaire et qu'il s'écoule en bavant;

4° Dans tous les cas où la fécondation est entravée, soit par un vice de position notable de la matrice, soit par une étroitesse considérable du canal cervical;

5° L'échec d'un traitement ayant eu pour but de dilater mécaniquement les abords de l'utérus, ne constitue pas une contre-indication à la fécondation artificielle;

history-of-obgyn.com

6° Dans tous les cas où, sans qu'il existe une dysménorrhée, la cause de la stérilité reste inconnue.

Après que tout plaide en faveur de l'indication de la fécondation artificielle, un devoir s'impose au médecin, c'est d'obtenir des deux époux leur consentement à l'opération. La femme y est généralement moins réfractaire; serait-ce parce que le désir d'avoir des enfants est plus puissant chez elle? ou bien ne serait-ce pas plutôt parce que le mari éprouve quelque confusion de jouer dans la circonstance un rôle si peu flatteur.

D'après moi, il convient d'opérer la fécondation dans les huit jours qui suivent la menstruation; si l'on échoue, on peut recommencer l'opération pendant la période qui précède la menstruation suivante.

J'ai essayé tous les procédés recommandés par les auteurs; le meilleur me paraît être le suivant.

Le mari est mis en demeure de pratiquer le coït et de faire couler son sperme, non dans le vagin, mais dans un petit récipient qui est plongé dans de l'eau à la température de 37 à 40° c.; puis le médecin est appelé. De la sorte, on se rapproche le plus possible des conditions normales. Je me sers de la seringue de Roubaud et je fais, après avoir appliqué le spéculum de Fergusson, de une à trois injections. On peut prescrire un repos d'une journée dans un lit; toutefois, cette prescription ne me paraît pas indispensable au succès de l'opération. Lors même que je faisais trois injections, je n'ai jamais observé de suites désagréables, et la crainte de divers auteurs ne me paraît pas fondée.

Après le coït, je trouvai le plus souvent le col de la matrice incomplètement fermé. Lorsque l'acte avait été accompli tout à fait normalement, *senza ritirata Maltusiana,* je trouvai toujours le sperme dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Il est alors très facile, aidé du spéculum, de le recueillir et de le faire passer dans la matrice, particulièrement lorsqu'il existe une rétroflexion. Dans le cas où la femme s'oppose formellement à l'intervention du médecin, je propose alors au mari de faire lui-même une tentative de fécondation artificielle, et je lui mets entre les mains la seringue de Roubaud, en lui en indiquant l'emploi. (*Deutsche-Medizinal-Zeitung.*)

history-of-obgyn.com