Revue Gyn Chir Abd 1906 V-10

TRAVAUX ORIGINAUX

STÉRILITÉ

CE QUE LE MÉDECIN DOIT SAVOIR ET FAIRE POUR LA TRAITER[1]

Par A. PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'inaptitude à la procréation s'observe chez la femme, chez l'homme, dans le *ménage*.

La proportion de ménages ayant duré de quinze à vingt-quatre ans et restés stériles se montre sensiblement la même dans tous les pays. Sur 100 ménages ayant duré de quinze à vingt-quatre ans, on en trouve approximativement :

11,3 de stériles à Paris.
12,8 — à Berlin.
11,3 — à Rio-de-Janeiro.

Sur 100 ménages stériles, l'ensemble des statistiques démontre que la cause de la stérilité se rencontre :

Chez la femme, environ 60 fois.
Chez l'homme, — 40 fois.

Chez la femme, comme chez l'homme, la stérilité est la consé-

1. Cet article, ainsi que tous ceux qui constituent ce numéro, font partie du Livre d'Or offert à M. le Professeur S. Pozzi, par ses élèves et ses collègues, le 8 Juillet 1906, en souvenir de vingt années d'enseignement à l'Hôpital Broca.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

quence, soit d'une malformation ou d'une maladie de l'appareil génital, soit d'un état général déterminant des troubles fonctionnels du même appareil.

On peut dire, déjà, que toute femme qui pond normalement est une femme fertilisable; que toute femme dont l'ovulation est nulle ou imparfaite est une femme stérile. De même, tout homme qui produit des spermatozoïdes normaux est un homme qui peut fertiliser, tandis que l'azoospermie est synonyme de stérilité; l'homme privé de spermatozoïdes peut être plus ou moins puissant, il restera fatalement stérile.

Les deux glandes génitales jouent donc, dans la stérilité, le rôle principal aussi bien chez la femme que chez l'homme.

Mais avec des glandes génitales existant et fonctionnant normalement, la stérilité peut encore s'observer lorsque l'appareil génital est mal conformé ou malade, c'est-à-dire lorsqu'il y a un empêchement de nature mécanique ou pathologique à la rencontre physiologique des éléments cellulaires procréateurs.

Conduite à tenir en face d'un ménage stérile. — Les deux questions posées au médecin par un ménage stérile sont invariablement les suivantes : 1° Pourquoi n'avons-nous pas d'enfants? 2° Que faut-il faire pour en avoir?

La femme doit d'abord être examinée complètement.

Examen de la femme. — L'interrogatoire doit faire connaître l'âge, l'époque d'apparition de la puberté, surtout et par-dessus tout la *physionomie de la menstruation.*

On doit rechercher avec le plus grand soin s'il y a périodicité ou irrégularité, si les règles sont douloureuses ou non, quelle est leur durée, et s'enquérir de la quantité et de la qualité de sang perdu.

Femme de vingt à trente ans, réglée d'emblée régulièrement de douze à quinze ans, et présentant des règles non douloureuses, toujours semblables à elles-mêmes au point de vue de la régularité, de la quantité et de la qualité, est 999 fois sur 1000 une femme fertilisable, mais unie à un infécond.

Femme réglée au temps voulu, toujours régulièrement, mais présentant des règles douloureuses, surtout dans les vingt-quatre premières heures, est une femme restée stérile parce que presque toujours elle a un utérus fléchi avec un rétrécissement plus ou moins considérable du canal.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

Femme réglée tardivement, de seize à vingt ans, irrégulièrement, perdant peu de sang, présentant non pas des coliques utérines franches, mais un malaise général, assez souvent des douleurs localisées au niveau de l'une ou l'autre région ovarienne, est une femme chez laquelle probablement l'ovulation est difficile et imparfaite.

Recherchez ses antécédents héréditaires, vous trouverez souvent le rhumatisme, la goutte, l'arthritisme. Recherchez ses antécédents pathologiques personnels, vous rencontrez l'urticaire, l'herpès, la migraine, etc. C'est du reste presque toujours une femme maigre.

Femme réglée normalement à l'âge de la puberté, ayant toujours eu des règles indolores, mais qui perd de moins en moins, qui a eu des interruptions de plusieurs mois et qui présente des retards s'accusant de plus en plus, pour en arriver quelquefois à l'aménorrhée complète, est une femme chez laquelle les œufs ne mûrissent plus. La glande génitale est en état d'impotence.

Ce sont ces femmes qui bien souvent prennent un embonpoint précoce, assez exagéré quelquefois, pour faire croire à l'existence d'une grossesse; c'est la grossesse graisseuse des anciens. Cette variété de femmes est assez fréquente dans les ménages stériles.

Femme de trente ans et plus, dont les règles ont été normales dès leur apparition, mais qui présentent, depuis quelque temps, une tendance à devenir plus fréquentes et plus abondantes, qui, de plus, perd des caillots, est une femme dont l'utérus s'hypertrophie et devient fibromateux, par suite d'absence de fertilisation.

Cet exposé succinct montre suffisamment l'importance d'un interrogatoire bien conduit, et son intérêt au point de vue suggestif.

L'examen direct va fournir des renseignements positifs.

La vue démontrera la bonne ou mauvaise conformation des organes génitaux externes. Chose incroyable, mais réelle cependant, on peut constater l'intégrité de l'hymen, ne laissant pas pénétrer le petit doigt, et cela en présence du mari, qui vient vous demander pourquoi il n'a pas d'enfants, et ce qu'il faut faire pour en avoir! Il est vrai que sur plus de 1000 cas, je n'ai rencontré cette chose... inattendue que quatre fois.

Le toucher renseignera sur la conformation du vagin (rechercher la brièveté et l'existence de la fausse route vaginale, la situation du col, son volume, l'état de l'orifice externe, puis l'état des culs-de-sac, l'existence ou l'absence d'une rétroversion, etc.).

Le toucher bimanuel vous fera constater la situation du corps de

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

l'utérus, son volume, sa mobilité et surtout sa direction par rapport au col : antéflexion ou antéversion. Inutile de dire que cette exploration doit être complète et que l'on doit rechercher la présence ou la non-existence de toute tumeur dans le petit bassin et particulièrement au niveau des annexes.

L'examen au spéculum démontrera l'état du col, de l'orifice externe, et aussi, et surtout, l'existence et la nature des sécrétions. Le bouchon muqueux, épais, la coloration blanche, opaque ou jaunâtre, impliquent presque toujours l'existence d'une infection chronique des glandes du col.

Le mari n'a pas fertilisé, mais il a infecté. Je considère que cet examen ainsi pratiqué peut renseigner suffisamment.

Aussi, je n'emploie jamais l'hystéromètre, estimant que le toucher bimanuel renseigne complètement sur le volume et les flexions de l'utérus.

Alors, ou bien l'examen a démontré l'existence d'une cause probable de stérilité, et il faut le dire et exposer le traitement à suivre; ce n'est plus une femme stérile que vous avez devant vous, mais une femme malade ou dont la principale fonction est troublée et anormale; occupez-vous d'elle d'abord, négligez le mari; ou bien l'examen vous a donné la preuve que l'appareil génital est impeccable au point de vue anatomique et physiologique, et alors la gynécologie n'a rien à faire, le mari seul étant le coupable ou plutôt l'incapable.

Traitement chez la femme. — ***Troubles fonctionnels de la menstruation.*** — *Règles douloureuses, mais régulières.* — Ce trouble est, dans la plupart des cas, la conséquence d'une flexion. *Flexion utérine congénitale, utérus en cornemuse* plus ou moins développé.

Le traitement *palliatif* consiste dans la balnéation vaginale chloralée bi-quotidienne, quelques jours avant et pendant la durée des règles.

Le traitement *curatif* repose sur la dilatation et le redressement du canal cervical. La dilatation lente et progressive, avec cathétérisme plus ou moins prolongé, constitue le seul traitement rationnel et efficace. Aussi, pour cette raison, je crois utile de donner ici avec détails la façon dont il doit être appliqué. C'est ce procédé que j'emploie depuis trente ans, et qui a été décrit ainsi par mon élève Baudron :

« Le traitement doit commencer deux ou trois jours après la fin des règles; il faut avoir, devant soi, trois semaines ininterrompues pour

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

l'appliquer dans toute sa rigueur. Il comprend deux phases bien tranchées :

« 1° La dilatation et le redressement de l'utérus avec les laminaires;

« 2° Le cathétérisme dilatateur répété avec les bougies de Hégar.

« La phase des laminaires dure en moyenne une semaine : il faut, en effet, chercher une grande dilatation, car le ramollissement et la malléabilité du muscle utérin sur lesquels Pozzi et Doléris insistent avec tant de raison, marchent de pair avec la dilatation. Plus l'organe est dilaté, plus il est souple; il est cependant une limite et, cliniquement, elle me semble atteinte quand on peut introduire le doigt dans la cavité utérine. Une laminaire n° 22 de la filière Collin, ayant séjourné vingt-quatre heures dans l'utérus, donne en général une telle dilatation; mais, avant d'y arriver, il faut procéder avec une sage lenteur, car là est le secret de la tolérance de ce traitement parfois très douloureux quand on veut aller trop vite. Il faut donc commencer par une tige de laminaire *extrêmement fine*, capable de s'insinuer facilement dans la cavité utérine quel que soit le degré de la flexion et de la sténose. Ce serait une faute, quand cette laminaire est retirée gonflée au bout de vingt-quatre heures, de la remplacer par une tige ayant le même calibre : on provoquerait à coup sûr de vives douleurs et peut-être même on compromettrait les résultats du traitement en le rendant intolérable. Il faut faire, en quelque sorte, une série de dilatations subintrantes, et, pour cela, chaque nouvelle laminaire doit pénétrer avec la plus grande aisance; la difficulté ne sera pas de l'introduire mais de la maintenir en place, d'empêcher qu'elle ne soit chassée par la contraction utérine. Une série de laminaires comprenant les n°s 6, 10, 14, 18, 22 de la filière Collin, m'a paru répondre à la presque totalité des cas.

« Il est quelquefois nécessaire de remettre pendant vingt-quatre heures le n° 14 ou le n° 18 quand la sténose est telle que la laminaire retirée présente une dilatation inégale et a la forme d'un sablier.

« Je n'ai pas à insister sur les précautions antiseptiques à prendre pendant toute la durée de ce traitement. Le vagin sera soigneusement irrigué, à chaque pansement, avec une solution de sublimé à 1/2000. Le col sera découvert avec un spéculum, et dans quelques cas il pourra être avantageux de le fixer avec une pince tire-balle. La tige sera maintenue en place à l'aide d'une longue lanière de gaze aseptique bien tassée dans le vagin, surtout dans le cul-de-sac postérieur, de façon que la paroi postérieure du vagin soit protégée contre l'extrémité inférieure de la laminaire qui pourrait la blesser.

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

« Pour cette opération, il n'est besoin d'aucun aide. Les malades doivent garder le repos absolu au lit, pendant toute la phase des laminaires, et cela, tant pour éviter toute espèce de complications inflammatoires que pour ne pas déplacer la laminaire; on fera en sorte de ne provoquer les selles que vingt heures au moins après la mise en place de chaque tige : si, en effet, la tige était chassée dans un effort de défécation, cela serait sans inconvénient, puisqu'elle aurait accompli son travail de dilatation.

« Les douleurs, quand on procède comme je viens de l'indiquer, sont nulles ou insignifiantes; en tout cas, elles cèdent toujours à un lavement laudanisé. La rétention d'urine a été signalée : je ne l'ai jamais observée. Enfin, il est un petit accident qu'il faut connaître : il peut arriver que la laminaire trop courte pénètre tout entière dans l'utérus et que le col se referme sur elle. J'ai observé cela deux fois : dans un cas il me suffit de dilater l'orifice externe pour retirer la laminaire; dans l'autre, je dus débrider l'orifice d'un coup de ciseau.

« Lorsque la dernière laminaire est enlevée, on la remplace par une mèche de gaze iodoformée qui reste en place durant vingt-quatre heures. Alors commence le *cathétérisme dilatateur* avec les bougies métalliques. Il ne faut pas employer les bougies type de Hégar, car elles ont le très grave défaut d'offrir un trop grand écart entre deux numéros consécutifs. Depuis de longues années, Segond a fait construire des bougies métalliques graduées par 1/6 de millimètre, comme les dilatateurs Béniqué. Ce sont de merveilleux agents de dilatation, car ils se succèdent pour ainsi dire sans transition et, par là même, sans provoquer de douleurs. Les premiers jours, on peut passer facilement les numéros compris entre 40 et 50, et il est avantageux, pendant une semaine, d'entretenir cette dilatation par un cathétérisme quotidien. Au bout d'une semaine, les numéros compris entre 30 et 40 sont suffisants, et, suivant l'état de souplesse et de redressement de l'utérus, on pratiquera le cathétérisme tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'aux règles. Pendant cette période du traitement, les malades reprennent graduellement leur vie normale, sauf, bien entendu, leur vie génitale. Elles peuvent se lever, marcher et sortir. Ce cathétérisme, en effet, se fait sans le moindre traumatisme. Il n'est même pas nécessaire de fixer le col avec une pince; il suffit, une fois la bougie engagée dans l'orifice externe, de fixer, en le redressant, le fond de l'utérus avec une main placée au-dessus du pubis et de pousser alors lentement et doucement le cathéter jusqu'au fond de la matrice.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

« Dès que les règles sont installées, le plus souvent avec quelques jours d'avance, très rarement avec du retard, tout traitement cesse, et, suivant que l'écoulement sanguin est plus ou moins abondant, les malades restent étendues ou se lèvent. Dès que les règles sont terminées, on recommence les séances de dilatation tous les jours pendant trois ou quatre jours. La malade reprend alors sa vie conjugale.

« Si une grossesse survient immédiatement, c'est le complément de la guérison ; sinon, après chaque période menstruelle et *avant toute possibilité de fécondation*, on pratique deux ou trois séances de cathétérisme dilatateur et cela pendant de longs mois. Ce n'est, en effet, souvent qu'au bout de longs mois (neuf et douze dans deux de nos observations) que la grossesse est survenue. Même, au point de vue de la dysménorrhée, la longue durée du traitement est nécessaire pour assurer la persistance de la perméabilité et du redressement de l'utérus. »

Quant aux *pessaires intra-utérins* appliqués à demeure contre l'antéflexion, j'en suis l'adversaire.

Les *opérations sanglantes* pratiquées sur le col, les hystérotomies, les stomatoplasties, n'ont pour moi que des indications absolument exceptionnelles.

Même, l'*évidement commissural du col*, opération si ingénieusement conçue par Pozzi, me paraît d'une application rare. Assurément dans les cas d'étroitesse de l'orifice interne et d'atrésie du col, l'opération de Pozzi donne de beaux résultats. Mais elle ne peut faire disparaître l'angle de flexion, pas plus que la sténose de l'orifice interne. De plus, comme toutes les opérations sanglantes pratiquées sur le col, en faisant disparaître l'intégrité des tissus du col, en faisant fatalement naître un tissu cicatriciel, elle crée, pour l'avenir en cas de grossesse, une cause de dystocie plus ou moins dangereuse.

Je me résume en disant que dans les cas d'antéflexion externe congénitale, entraînant la stérilité, le cathétérisme *dilatateur répété* constitue le moyen le plus efficace et le moins dangereux parce que seul il fait disparaître :

1° La sténose de l'orifice externe;

2° L'angle de flexion;

3° La sténose de l'orifice interne.

Règles non douloureuses, mais qui, après avoir été régulières, retardent en devenant de moins en moins abondantes et cessent

Digitized by Google

history-of-obgyn.com

quelquefois complètement, avec utérus normalement conformé. — Ici l'évolution est incomplète, imparfaite ou nulle. Le plus souvent, dans ces cas, il y a embonpoint notable ou exagéré. C'est l'état général qu'il faut modifier.

Le *régime lacté absolu suivi à plusieurs reprises pendant un mois ou deux*, donne le plus souvent, dans ces cas, les meilleurs résultats. C'est par centaines que j'ai observé des succès dans ces conditions.

On voit l'obésité disparaître, les règles reprennent leur physionomie normale au point de vue de la périodicité, de la quantité et de la qualité du sang perdu, et la fécondation ne tarde pas à s'effectuer.

Règles irrégulières d'emblée, peu abondantes, avec utérus peu développé, UTÉRUS INFANTILE, PUBESCENT, PUÉRIL. — L'appareil génital est incomplètement développé, il y a peu ou point de réflexes génésiques. Cet état est assez souvent constaté chez les femmes neuro-arthritiques. Il n'est pas rare de voir, dans ces cas, le développement complet de l'appareil génital, au point de vue anatomique et physiologique, se produire au moins spontanément de vingt-cinq à trente ans et la fécondité apparaître.

Toute intervention locale est inutile chez ces femmes et ne pourrait être que dangereuse.

Il faut favoriser le développement général de l'organisme par l'exercice et les conditions hygiéniques convenables. Les cures thermales, et en particulier celles de Bagnères-de-Bigorre, m'ont paru donner de bons résultats dans ces cas. Au point de vue local, les douches d'eau à 45° dirigées avec une faible pression sur le col, quotidiennes ou bi-quotidiennes, m'ont semblé accélérer le développement de l'utérus.

Il faut surtout, chez cette catégorie de femmes, faire appel à la patience et s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

Règles qui après avoir été normales cessent tout à coup, sans qu'on puisse rattacher leur disparition à une cause quelconque, l'utérus apparaissant normal après une ou plusieurs grossesses chez des femmes jeunes. — L'électricité statique plus ou moins longuement appliquée, et les eaux de Bagnères-de-Bigorre, m'ont assez souvent donné de bons résultats dans ces cas de stérilité secondaire.

Règles qui ont disparu chez des femmes jeunes, ayant eu déjà des enfants ou qui n'en ont jamais eu, et s'observant avec un utérus

Digitized by Google
history-of-obgyn.com

dont le volume est au-dessus de la moyenne. — Rien à faire dans ces cas, il y a ménopause précoce.

Règles ayant une tendance à se rapprocher, à devenir plus longues et plus considérables, avec caillots, chez une femme de trente ans et plus et non encore fertilisée, avec utérus hypertrophié. — Il y a dans ces cas hypertrophie interstitielle de l'utérus, ou utérus fibromateux. Contre l'hypertrophie interstitielle, la balnéation vaginale bi-quotidienne à 50° même pendant les règles, donne de bons résultats. Il en est de même des cures dans une station d'eaux thermales chlorurées sodiques : Biarritz, Salies, Salins, Brides, Rheinfelden, etc.

Quand on se trouve en présence d'un petit fibrome semblable, la myomectomie est indiquée avec conservation de l'utérus.

Il est bien entendu que toute tumeur de l'excavation déplaçant l'utérus, tout polype obstruant l'orifice externe ou le canal cervical utérin, commandent l'intervention chirurgicale.

Quand l'examen a permis de constater que l'appareil génital de la femme est normalement constitué et fonctionne régulièrement, alors seulement le mari doit être examiné.

Examen du mari. — Interrogatoire concernant les antécédents pathologiques : orchite simple ou double de nature ourlienne, blennorragique ou syphilitique.

Renseignement sur la façon dont s'accomplit le coït.

Examen direct des organes génitaux. Examen devant porter sur le pénis, puis sur le nombre, le volume et la situation des testicules. Examen histologique du liquide spermatique, s'il y a indication. Ne jamais affirmer que le liquide spermatique privé de spermatozoïdes n'en contiendra jamais.

J'ai connu trois maris qui se sont suicidés, lorsqu'ils ont appris que leur sperme ne contenait aucun spermatozoïde.

On a publié des observations démontrant que dans quelques cas d'orchite blennorragique ou syphilitique, le traitement ioduré peut donner de bons résultats.

En cas d'impuissance, l'hygiène seule doit être appliquée.

En cas de malformation des organes génitaux, avec sperme fertile, on peut pratiquer la fécondation artificielle.

Digitized by Google
history-of-obgyn.com