

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1875.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ET AU TRAITEMENT

DE LA STÉRILITÉ CHEZ LA FEMME

Par le **D^r Eustache**,
Professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

I. La stérilité est une de ces questions qui sont toujours palpitantes d'actualité et d'intérêt. Le bonheur de la famille et l'avenir des peuples en dépendent : en France surtout, où les récentes statistiques nous démontrent une dépopulation progressive. Si les philosophes et les économistes doivent lever une croisade contre les idées modernes qui veulent limiter le nombre des enfants dans la famille, le médecin doit intervenir aussi, car il est souvent besoin de son ministère et de ses conseils pour mener à bien les tentatives infructueuses jusque-là.

En Amérique et en Angleterre, on l'a compris ainsi, et c'est d'outre-mer que nous viennent les essais les plus persévérants pour remédier à la stérilité de la femme. On n'a pas craint, et avec juste raison selon nous, de pénétrer les secrets de l'orga-

nisation de celle-ci, et de recourir, pour remédier aux imperfections de structure, à diverses tentatives chirurgicales et même à l'instrument tranchant. Ces opérations, aujourd'hui bien définies dans leur but et leurs manœuvres, sont professées en France, et j'ai été heureux pour ma part de les voir pratiquer plusieurs fois avec succès par le savant gynécologiste de Montpellier, M. le professeur Courty.

Mon intention n'est point de donner une étude, même superficielle, des diverses causes de stérilité chez la femme, et des moyens propres à y remédier. On n'aura pour cela qu'à consulter les ouvrages de Roubaud (*Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme*. Paris, 1855), de Marion Sims (*Notes cliniques sur la chirurgie utérine*, 1866), et enfin le *Traité des maladies de l'utérus* du professeur Courty. Le chapitre que ce dernier auteur consacre à l'étude de la stérilité, résume les acquisitions de la science à ce jour, et élucide parfaitement les cas où il est possible d'intervenir, et non moins possible d'espérer un succès.

L'intervention du médecin ne saurait en effet être utile dans tous les cas, mais il résulte de la lecture des auteurs précités qu'elle est réellement efficace dans un certain nombre de lésions utérines, très-fréquentes et très-rebelles, je veux parler des déviations et des déplacements de la matrice. Ici, pas d'altération organique ni fonctionnelle, mais un simple dérangement statique que l'on peut corriger. Tout dernièrement, une observation de ce genre s'est présentée à nous; nous y avons remédié par un moyen qui n'est guère connu et que nous n'avions vu conseillé *explicitement* nulle part. C'est cette observation que nous publions aujourd'hui et que nous recommandons à l'attention des praticiens; nous la faisons précéder et suivre de courtes réflexions, qu'elle nous a suggérées.

II. Depuis les belles découvertes de ce siècle sur la fécondation et les conditions qui y président, la stérilité n'est plus considérée seulement comme une punition du ciel et comme une chose d'ordre surnaturel et insaisissable. On sait que pour que la fécondation ait lieu, il faut que les deux éléments organiques,

mâle et femelle, se rencontrent, se pénètrent et se confondent sur un certain point des voies génitales de la femme. Il faut que les spermatozoïdes ne soient pas seulement déposés dans le vagin, mais qu'ils pénètrent plus haut et aillent à la rencontre de l'ovule, dans les trompes et même sur l'ovaire. Il peut donc exister, sur ce parcours, une foule d'obstacles mécaniques qui empêchent cette pénétration et qui auront la stérilité pour résultat. La plupart de ces obstacles siègent au niveau du col de l'utérus : obstruction, rétrécissements, allongement hypertrophique, lésions organiques, etc., et chacune de ces modifications de l'état normal devra être traitée d'une façon spéciale, si l'on en veut corriger les effets. Sous ce rapport, la thérapeutique du col de l'utérus est pleine d'enseignement et réalise les plus heureux résultats.

Mais ces diverses altérations sont relativement rares si on les compare au simple déplacement de cet organe, en vertu duquel il n'occupe plus l'axe du bassin, et se trouve rejeté vers un des points de la périphérie. Les déviations du col de l'utérus rentrent en effet pour une large part dans l'étiologie de la stérilité chez la femme. Joulin, dans son *Traité d'accouchements*, a voulu nier cette influence, mais tous les auteurs modernes sans exception sont d'un avis contraire. On a même dressé de curieuses statistiques qui montrent le degré de fréquence des cas de stérilité dus à cette cause. Ainsi Valleix, sur 117 observations de déviations utérines qu'il a recueillies, a observé la stérilité 19 fois. Dans la mémorable discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine en 1849, Baud allait plus loin quand il accusait les déviations d'être toujours la cause de la stérilité. Mais la statistique la plus instructive sous ce rapport est celle que nous trouvons dans l'ouvrage déjà cité de Marion Sims (p. 273). Sur 250 femmes mariées qui n'avaient jamais eu d'enfants, 103 étaient atteintes d'antéversion et 68 de rétroversion, c'est-à-dire 171 sur 250, près des trois quarts, 1 sur 1,52. Le même auteur se livre à un travail statistique non moins intéressant, duquel il résulte que la stérilité par antéversion est plus fréquente chez les femmes qui n'ont jamais été mères, tandis que la stérilité par rétroversion est plus commune chez

celles qui, ayant eu déjà des enfants, n'en peuvent plus avoir.

Je ne pousserai pas plus loin ces recherches statistiques ; il me suffira d'avoir donné la preuve non-seulement de la possibilité, mais encore de la fréquence de la stérilité, suite de déviations utérines. Si nous prenions maintenant chacun des déplacements de la matrice, nous pourrions en démontrer l'influence. Mais ce serait là un travail de longue haleine et dépassant les limites d'une simple note.

Il faudrait commencer par définir ce qu'on entend par déviations utérines : établir des divisions suivant que le déplacement porte sur une partie ou sur la totalité de l'utérus ; faire la différence des versions avec les flexions, étudier le déplacement en masse, l'abaissement ou prolapsus, et parler de l'inversion, des hernies, etc., en un mot faire l'histoire du chapitre, sinon le plus compliqué, du moins le plus long de la gynécologie. Quelques conclusions, résultant pour moi de la lecture attentive des auteurs, doivent être pourtant énoncées à la hâte.

1° Les déviations, dit M. le professeur Pajot, constituent des difficultés pour la fécondation, aucune n'entraîne l'impuissance absolue.

2° Les flexions sont toutefois plus graves, parce qu'elles ont pour effet de rétrécir notablement le calibre du canal au niveau de l'angle de jonction du col avec le corps.

3° Parmi les inclinaisons de la totalité de la matrice, les versions : l'antéversion est celle qui constitue l'obstacle le plus fréquent et par suite le plus sérieux.

4° Les latéroversions sont rarement assez prononcées pour amener la stérilité, si elles existent seules ; combinées avec la version, elles rendent le cas plus difficile.

5° L'abaissement et même la précipitation de la matrice hors du vagin ne sont pas un obstacle à la fécondation : une de mes clientes est enceinte pour la cinquième fois, malgré une chute complète de la matrice, à la suite de son premier accouchement.

6° L'état instable de la matrice, par suite de la laxité de ses attaches profondes et l'amplitude du bassin, entraîne fréquemment la stérilité, l'utérus se plaçant, au moment du coït, dans un état d'antéversion exagérée.

Ces conclusions, dont la vérité pour moi ne saurait être contestée, me suffiront en ce moment, et je passe à l'examen du cas particulier que j'ai eu sous les yeux. Il s'agit d'une antéversion utérine, avec un certain état instable de la matrice, en vertu duquel la déviation s'exagérât sous l'influence du moindre choc.

Il paraîtra peut-être imprudent, ou tout au moins hasardé, de traiter un pareil sujet avec quelques détails. Si le français n'a pas les mêmes licences que le latin en société, il doit quand même énoncer la vérité sans réticence, surtout quand la vérité est si utile et que l'on s'adresse à des médecins.

III. Comment les déviations utérines, et principalement l'antéversion, peuvent-elles amener la stérilité?

La raison en est facile à comprendre. Sans doute il n'est pas nécessaire que le méat urinaire et le museau de tanche soient situés exactement vis-à-vis l'un de l'autre, et que le sperme soit lancé, comme on l'a dit, dans la cavité du col; la fécondation aurait très-rarement lieu, si cette condition était indispensable. Toujours ou presque toujours, la verge glisse sur la lèvre du col et vient se placer en avant ou en arrière de celui-ci, à peu de distance de son ouverture. Le sperme est déversé au fond du vagin, et quand l'utérus revient à sa position première, son ouverture baigne dans le liquide, qui pénètre alors soit par aspiration (Pouchet), soit par capillarité (Coste).

Si l'on suppose l'utérus en antéversion, le sperme est versé contre la lèvre antérieure, l'ouverture du col est tournée en arrière ou même en haut, vers la concavité du sacrum; cette position étant fixe, l'utérus s'abaisse après le coït, mais son ouverture reste vicieusement dirigée et ne baigne jamais dans le liquide séminal. Celui-ci a beau séjourner dans le vagin, il ne pénètre point dans l'utérus.

Quelquefois, le plus souvent même, s'il faut en croire M. le professeur Pajot (*Bulletin de thérapeutique*, novembre 1874), la déviation utérine est accompagnée d'une dépression considérable de l'un des culs-de-sac du vagin, qui est le pied-à-terre habituel du mari, et qu'il désigne sous le nom pittoresque de *fausse-route vaginale*. Aran et Courty, qui ont noté le même

phénomène, appellent ce diverticulum « poche copulatrice » (1).

Cette disposition, quand elle existe, ne peut que nuire encore plus à la fécondation, en éloignant la semence de l'ouverture utérine; elle joue absolument le même rôle que l'allongement hypertrophique du col. Or, dit spirituellement M. Pajot, comme tous les hommes du monde avouent que, poussés par le désir d'avoir un enfant, ils portent leurs vœux aussi loin que possible avec la pensée de les réaliser plus sûrement, presque tous dépassent le but sans l'atteindre.

Il est encore une autre disposition des parties, qui fait que la semence ne peut atteindre l'ouverture cervicale de la matrice dans le cas d'antéversion, et conséquemment ne peut y pénétrer. J'admets parfaitement l'existence des fausses routes vaginales de M. Pajot et leur conséquence regrettable; mais chez beaucoup de jeunes femmes, on ne peut les retrouver: et, si la stérilité est amenée par une déviation qui parfois paraît peu prononcée et est toujours assez facilement réductible, je m'en rends compte par une sorte d'état instable de l'utérus. « Il est, dit Aran, de ces utérus très-mobiles sur leur axe de suspension, suivant avec la plus grande facilité les mouvements qu'on leur imprime, espèces de balances folles, pour ainsi dire, que le moindre poids fait osciller et quitter leur centre de gravité. »

En vertu de cette mobilité anormale, que j'attribue à l'amplitude exagérée du bassin dans certains cas, ainsi qu'à un véritable défaut d'éducation physique chez la plupart des jeunes femmes appartenant aux classes privilégiées de la société, la matrice subit un déplacement en vertu duquel elle pivote autour de son axe transversal. Elle est déjà en antéversion, et sous l'influence du coït cette déviation s'exagère; l'ouverture cervicale remonte et se cache en arrière; puis, quand le sperme est déversé et que le mari se retire, l'utérus, en revenant à sa position première, balaie en quelque sorte le liquide, qui ne vient plus baigner son orifice, et l'imprégnation n'a pas lieu. Ainsi je m'explique ces

(1) Une disposition pareille existe à l'état normal chez toute une classe d'invertébrés, les insectes. C'est du reste par assimilation que le mot de *poche copulatrice* est passé de la zoologie à la gynécologie.

cas de stérilité, disparaissant au bout de cinq ou dix ans de mariage, quand l'organe a acquis plus de fixité.

Que la déviation existe seule, ou bien que le mari se soit créé à sa suite une fausse route vaginale, ou bien encore que la déviation s'exagère sous l'influence de la trop grande mobilité de l'utérus, il n'en résulte pas moins que, toutes les autres conditions étant normales d'ailleurs (bonne conformation des parties, perméabilité, sécrétions, etc.), la stérilité résulte, dans les cas d'antéversion, du défaut de contact du sperme avec l'ouverture du museau de tanche. Cette importante question préliminaire étant résolue, il nous sera facile d'aborder l'étude des moyens à employer en pareil cas.

IV. Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont cherché tous à corriger la position vicieuse et à ramener l'utérus à sa situation normale. Les uns ont voulu guérir définitivement la déviation, les autres ont seulement voulu la corriger momentanément, pour que la fécondation puisse avoir lieu. Les premiers ont tenté diverses manœuvres, pratiqué diverses opérations ; mais la richesse de l'arsenal chirurgical est ici, comme partout ailleurs, équivalente de l'insuccès, sans compter les cas suivis d'accidents plus graves. Je n'interviendrai pas dans ce débat, et je me bornerai à mentionner les seules tentatives opérées en vue de la fécondation.

La première idée qui devait venir à l'esprit des praticiens, c'était de modifier la position des époux pour qu'il en résulte une modification subséquente de la direction de la matrice. On comprend quels conseils il conviendrait de donner, suivant que l'utérus est en antéversion, en rétroversion ou en latérotation. Disons seulement que ces conseils sont rarement suivis de succès. On devra toutefois débiter par là.

Quand on a noté l'existence de l'une de ces fausses routes vaginales précédemment indiquées, ou que l'on pourra craindre la disproportion entre la longueur de la verge et la profondeur du vagin, on recommandera en outre une intromission modérée.

Malgré ces sages conseils, que je ne crois pas devoir détailler davantage, on devra le plus souvent recourir à d'autres moyens.

MM. Pajot et Courty veulent que le congrès soit tenté pendant la réplétion de la vessie, quand l'utérus est en antéversion, après plusieurs jours de constipation quand il est renversé en arrière. Ils espèrent que, par leur ampliation exagérée, la vessie dans un cas, le rectum dans l'autre, repousseront le corps de l'utérus et amèneront le col dans l'axe du vagin. Aucun exemple bien probant de succès n'a été rapporté.

Il n'en est pas de même des tentatives de redressement passager à l'aide d'éponges et de pessaires. **M^{me} Boivin** plaçait une éponge entre l'utérus et le rectum : elle a observé plusieurs succès qui se trouvent consignés dans la thèse d'Ameline (Paris, 1827).

Les pessaires ont eu plus de vogue, parce qu'il est plus facile de les maintenir en place ; ils ont varié à l'infini. Sous ce rapport, la lecture de l'ouvrage de **M. Marion Sims** est des plus instructives. Non-seulement la question y est étudiée sous toutes ses faces, mais on y trouvera l'histoire de plusieurs succès.

Il semble, à la lecture de ces observations, que toutes les conditions soient remplies, et pour notre part nous eussions employé sans hésitation le pessaire de Hodge ou l'anneau de Meigs, si nous l'avions eu sous la main.

Il y a sans doute bien à dire contre l'emploi des pessaires en pareille circonstance ; mais leur fixité leur donne une grande supériorité sur les éponges, qu'il est le plus souvent bien difficile d'appliquer, et qui par leur gonflement augmentent parfois les difficultés de la pénétration du sperme. En outre, les pessaires, modifiés par les Américains, sont, dit-on, très-bien supportés, et leur généralisation serait peut-être utile. Mais il est difficile de les adapter à chaque cas ; il faut alors recourir à une foule d'essais désagréables, parfois dangereux, et l'on rencontre rarement ou des femmes assez résolues, ou des constructeurs assez habiles pour bien remplir l'indication et obtenir le résultat désiré.

C'est alors que certains médecins n'ont pas craint de conseiller et de tenter la fécondation artificielle, c'est-à-dire l'injection dans la matrice à l'aide d'une seringue, du sperme préalablement déversé à l'extérieur. Ce procédé, tout à fait hors nature, me semble devoir être condamné, et, sans faire profession ni de

religion ni de pudeur exagérées, est-il tout au moins convenable de ne pas traiter l'espèce humaine comme les autres espèces animales, et de se rappeler cette sainte loi du mariage : *erunt duo in carne una* (1).

Mais n'est-il pas possible de remédier à cette vicieuse disposition des organes de la femme, quand la stérilité en est la conséquence, et que les diverses tentatives précédemment conseillées ont échoué? M. Courty écrivait en 1866 : « On obtient aisément par la position, la combinaison de la palpation et du toucher, le cathétérisme utérin, un redressement passager; pourvu que ce redressement dure quelques heures, pourvu qu'il puisse être opéré par le mari au moment de pratiquer le coït, il est suffisant pour amener la possibilité d'une fécondation; j'ai vu quelques faits de ce genre qui méritent de fixer l'attention. »

Outre la complexité de ces manœuvres, il est des cas où elles sont d'une inefficacité absolue. Ainsi, je voulais y recourir dans l'observation que je vais rapporter tout à l'heure, et la chose était d'autant plus facile que le mari était médecin; mais nous fûmes obligés d'y renoncer à cause de la mobilité exagérée de l'utérus, qui reprenait immédiatement sa position vicieuse. Une idée bien simple me vint alors à l'esprit; nous la mîmes en pratique, et elle fut aussitôt suivie de succès. Voici en quoi elle consiste :

(1) M. le professeur Pajot, qui s'est beaucoup occupé et qui s'occupe encore de cette question, nous a montré un instrument de son invention pour pratiquer la fécondation artificielle dans des conditions à peu près normales. En effet, le procédé américain, qu'il condamne, s'éloigne par trop des conditions naturelles pour ne pas être totalement rejeté. Dans le nouveau procédé du savant professeur de Paris, le congrès s'exécute comme d'habitude; le médecin n'arrive que quelque temps après, muni de son instrument qui est construit sur le même principe que la sonde porte-caustique de Lallemand. Il introduit dans le vagin la curette qu'il charge de sperme, et qu'il rentre ensuite dans sa gaine métallique; après quoi, appliquant le spéculum, il cathétérise l'utérus avec l'instrument fermé et chargé, fait saillir la curette, et dépose ainsi du sperme dans la cavité du col. Ce procédé est un perfectionnement très-considérable et parfaitement admissible. Sans doute le médecin intervient, mais ce n'est qu'après que l'acte génésique a été pratiqué normalement. Ce n'est à vrai dire qu'une modification instrumentale (est-ce un progrès?) du procédé que j'ai moi-même employé.

Dès que l'éjaculation a eu lieu, et que le sperme remplit le vagin, que le mari pratique le toucher, et que, chargeant son doigt de la semence, il aille accrocher le col, qui se laisse assez aisément redresser ; l'ouverture de celui-ci est alors mise en rapport avec une certaine quantité de liquide fécondant, qui peut pénétrer plus loin et aller opérer la fécondation. C'est là un procédé bien simple, bien aisé à apprendre, même à un mari qui n'est pas médecin, et, en outre, un procédé qui ne change rien aux conditions du rapprochement des sexes, moins sans doute que les positions variées que l'on conseille en pareil cas. Il est applicable aux diverses déviations utérines ; il l'est surtout à ces exemples d'utérus très-mobiles, qui, pour moi, sont l'explication du nombre considérable de ménages longtemps stériles, lorsque la femme est ou trop jeune ou trop débile. Je ne l'ai tenté qu'une fois, et il m'a donné plein succès : c'est pourquoi je rapporte l'observation suivante avec quelques détails ; elle pourrait être suivie de beaucoup d'autres, si les vues que j'ai exprimés dans ce travail, sont aussi justes qu'elles me le paraissent (1).

OBSERVATION. — Au mois d'août 1873, un de mes confrères et amis, le D^r G...., vint me prier d'examiner sa femme et lui-même pour leur expliquer, si faire se peut, la stérilité de

(1) M. le professeur Pajot nous assurait dernièrement que notre procédé avait été indiqué et peut-être même pratiqué depuis longtemps, mais il n'a pu nous fournir aucun renseignement bibliographique certain. Depuis notre retour à Montpellier, nous avons cherché cette indication dans les auteurs du siècle dernier et parmi les contemporains sans la trouver nulle part. Nous abandonnâmes ces recherches quand, sur les indications de M. Gordon, bibliothécaire de la Faculté, nous avons parcouru l'article que M. Guéneau de Mussy a publié en latin dans l'*Union médicale* du 4 décembre 1873, et nous y avons lu ce qui suit : « Sed haud illicitum mihi visum est, si, post diversa tentamina diutius uxor « infecunda manserit, ipsum maritum digitum post coltum in vaginam immittere, et ita receptum semen uteri ostio admovere. Et cum ostioli uteri « hæret, ut in pervium canalem, spermatozoidum motibus faventibus, prodeat, « sperare non absurdum. »

Cette citation prouve que M. Guéneau de Mussy, tout en recommandant cette manœuvre, ne l'a jamais expérimentée ; son article, que nous n'avons du reste connu que ces jours derniers, est postérieur à nos premières tentatives et à notre premier succès.

leur mariage, et leur indiquer le moyen d'y remédier. Le mari a 28 ans ; bonne constitution ; pas de maladies antérieures ; éjaculation facile et abondante ; sperme de bonne qualité. La femme en a 22 ; elle est aussi très-bien portante, de taille moyenne ; menstruation très-régulière, sans trace de leucorrhée et sans douleur. Ils sont mariés depuis trois ans et demi, et malgré toutes sortes de tentatives, malgré deux saisons au Vernet et à Sylvanès, jamais il n'y a eu trace de conception. Le mari me raconte ses divers essais, qui comprennent tout ce qui a été conseillé en pareille circonstance. Désespéré de ces succès multiples, il ne me parle de rien moins que de tenter la fécondation artificielle.

Après m'être assuré du bon état physique des malheureux époux et n'y avoir rien trouvé de défectueux, je procède à l'examen de la femme. Celle-ci est très-vigoureuse et assez chargée de tissu adipeux. Le bassin est large, et mesure 29 centimètres entre les deux épines iliaques antérieures et supérieures. Le vagin est très-ample vers son fond ; l'utérus est assez facilement atteint, le doigt n'arrive pas directement sur le museau de tanche, mais sur la lèvre antérieure du col, près des insertions vaginales. Le col est donc porté en arrière, vers la concavité du sacrum et un peu à gauche ; le fond est dirigé en avant et à droite, et je le sens assez distinctement à travers le cul-de-sac antérieur. Malgré cette antéversion et ce léger degré d'obliquité à droite, le col est accessible, et en passant le doigt en arrière, je peux le ramener dans l'axe du petit bassin, sans trop d'effort et sans douleur. Mais à peine je le lâche, qu'il reprend sa position première ; d'un autre côté, si au lieu d'introduire le doigt fortement en arrière, je le pousse directement en avant, de façon à butter contre la lèvre antérieure du col, la déviation s'exagère, et l'utérus se place dans une direction transversale, perpendiculaire à l'axe du bassin. En poussant plus fortement je le soulève sans douleur et dans cette nouvelle position. Par l'application du spéculum de Cusco, je confirme mon diagnostic, et après avoir saisi le col, non sans difficulté, je m'assure de la parfaite perméabilité de la matrice, et de la profondeur de sa cavité, qui est de 5 centimètres et demi. Dans ces conditions,

et en l'absence de toute autre cause plausible, je fus donc amené à penser que cette déviation et cette mobilité anormale de la matrice étaient les seules raisons qui pussent expliquer la stérilité. Je fis partager mon avis au mari et je lui fis saisir parfaitement l'état des parties; mais, malgré la mise en pratique des conseils qui découlaient de cette constatation (modifications de la position et du coït), les règles revinrent encore deux fois, et le 23 octobre, les époux revenaient me conter leur insuccès, me demandant autre chose.

J'essayai d'appliquer une éponge dans le cul-de-sac postérieur; la brièveté du col ne permit point de la fixer. Je recommandai alors le procédé que j'ai précédemment décrit, et qui dut être tenté pour la première fois le lendemain des règles; nous échouâmes en novembre et en décembre. J'avais fait part de ces essais à mes amis les D^{rs} Grynfeldt et Arles, et ce ne fut que le mois suivant que je pus leur annoncer mon espoir de succès. Les dernières règles étaient venues le 9 décembre, et devaient revenir, selon toutes probabilités, le 7 janvier. Le mari voulut essayer ce moyen en qui il avait du reste toute confiance, les trois jours qui devaient précéder la menstruation, au lieu d'y avoir recours les jours qui suivent. En conséquence, le 4, le 5 et le 6, l'expérience fut tentée: il y avait en ce moment quelques symptômes prémonitoires: tels que douleurs de reins et pesanteur périnéale. Tous ces phénomènes disparurent; la menstruation ne se montra point: c'était le premier retard que la femme éprouvait. Les mois suivants, il en fut de même, et je pus affirmer la grossesse. Jusqu'au cinquième mois, le col resta tourné en arrière; il se redressa un peu à cette époque, et la grossesse suivit son cours jusqu'au 30 septembre, qu'eut lieu l'accouchement. Je dois noter que l'engagement du fœtus se fit dès le huitième mois, ce qui me confirma l'existence de l'amplitude du bassin, que j'avais cru reconnaître sans toutefois recourir à la pelvimétrie: la délivrance se fit en position occipito-postérieure persistante et dut être terminée par le forceps; les suites de couches furent fort simples, et aujourd'hui, la mère est très-fière de nourrir elle-même un superbe garçon de la meilleure apparence. — Comme cela arrive presque toujours en

pareil cas, la déviation s'est reproduite, et le mari se demande s'il ne lui faudra pas recourir encore au précepte des homœopathes : *Similia similibus...*!!

Cette observation présente un intérêt réel, tant au point de vue du résultat obtenu que des conditions particulières qui ont amené et entretenaient la stérilité chez notre malade. Ainsi le déplacement de l'utérus était peu considérable, et n'aurait pu être considéré comme suffisant s'il n'était venu s'y joindre une mobilité exagérée. Cette mobilité, à son tour, était-elle le résultat de la trop grande amplitude du bassin, ou bien était-elle due à la faiblesse native des ligaments? Question intéressante pour la solution de l'étiologie des déviations utérines. En effet, c'est là une question encore controversée et qui paraît confuse dans les divers traités de gynécologie. Je serais porté à croire pour ma part que la faiblesse et la laxité des divers plans fibreux et musculaires qui doivent fixer la matrice est plutôt primitive chez les jeunes femmes, et qu'elle dépend alors des conditions physiques dans lesquelles elles ont été élevées. Ce n'est qu'à un âge plus avancé ou à la suite d'un ou plusieurs accouchements que ce relâchement se produit sous l'influence de lésions pathologiques de l'utérus ou des organes environnants. De là la conclusion naturelle que l'éducation physique de nos jeunes filles doit être profondément modifiée.

Enfin il serait non moins intéressant de signaler, à titre de particularité, le moment où la conception s'est opérée. Généralement, disent les auteurs, la conception s'opère dans les premiers jours qui suivent la cessation des règles, et par conséquent la déhiscence des vésicules de de Graaf et la chute des ovules. Ici le contraire a eu lieu; il y a eu même des tentatives infructueuses, au moment en quelque sorte consacré, qui ne sont que plus démonstratives de l'exception à la règle admise. Mais je ne développerai pas davantage, dans cette simple note, les considérations, intéressantes à divers points de vue, qui découlent de l'observation précitée. Qu'il me suffise d'avoir démontré la réalité des conceptions théoriques qui m'ont guidé en cette circonstance, d'avoir rapporté un succès complet et authentique, et d'avoir signalé un moyen probablement nouveau aux médecins, qui sont si souvent consultés en pareille matière.