

## PROPOS SUR LE STÉRILET ET PLUS PARTICULIÈREMENT SUR UN MODÈLE FRANÇAIS

par J. E. MARCEL

(Paris-Royan)

---

Un soir, oh ! il y a si longtemps que j'en embrouille les souvenirs, j'ai rapporté à la Société Française de Gynécologie, l'histoire d'une Israélienne, entrée dans mon Service dans un état infectieux et hémorragique dramatique et chez laquelle le hasard d'une radiographie nous avait révélé le corps du délit : un anneau de GRÄFENBERG, dont la malade nous avait caché l'insertion, bien des années auparavant à Berlin. Et, voilà comment je fis la connaissance en « chair et en métal » — si j'ose ainsi m'exprimer — de ce fameux anneau, qui ne m'était pas inconnu, ne serait-ce que par la réputation fâcheuse, dont il était entâché — surtout de ce côté du Rhin — et que lui valaient les nombreuses complications infectieuses ou hémorragiques, dont on chargeait, peut-être indûment, son casier.

D'autant qu'à l'époque nous étions en France sous la menace directe de la Loi de 1920 et d'un Juge à Paris, particulièrement « iatrophobe » (paix à son âme !), qui interdisaient non seulement l'usage, mais même qu'on parlât de ces « appareils intra-utérins », que l'on n'appelait pas encore « stérilets ».

Et pourtant, dans tout un chapitre, consacré, il est vrai, aux « *Dangers des pratiques anticonceptionnelles* », quelqu'un qui m'est familier, traitait « à ciel ouvert » dans sa Gynécologie Médicale (1), parue en 1947, des différents procédés mécaniques anticonceptionnels et, en particulier, des « Stérilets », nom qui n'a pas attendu nos Amis du Planning Familial (2) pour enrichir notre jargon et qui, bien que ne figurant pas encore dans le Larousse, ne peut, vu son âge, constituer un « néologisme », que dans la mesure où on lui confère un sens nouveau.

Car ce curieux terme auquel son suffixe confère un caractère quasi pimpant — au point qu'on s'attendrait qu'il désignât davantage un jouet qu'un obstacle à la vie et quelquefois même au suicide — désignait, à l'origine, un champignon métallique ou mixte imaginé, jadis, par les Japonais, à chapeau plein ou troué, qui coiffait le museau de tanche et dont le pied était intra-cervical unique ou bifide isthmique, et qu'on confectionnait sur mesure — quelquefois même en or pour les Américaines de marque ! — mais toujours clandestinement, quand on ne l'im-

portait pas d'un Pays voisin. Il n'a pas complètement disparu d'ailleurs, car je viens d'en observer chez une estivante royanaise, qui avait été posé à Versailles, sur une ordonnance exécutée... à Neuchâtel (Suisse) !

Mais, il paraît qu'aujourd'hui on appelle dédaigneusement ces champignons, non pas « souchette », comme un vulgaire et comestible agaric, mais bien « stérilette », pour ne réserver le nom de « stérilets » qu'aux modernes « Intra Uterine Contraceptive Devices », plus connus sous le sigle IUCD, plus mystérieux et aussi... plus anglais bien sûr !, que pour ma part, je préférerais remplacer par DIU, c'est-à-dire, en bon français « Dispositifs intra-utérins », déjà adopté par certains.

Aussi bien stérilet que « stérilette » me paraissent, en définitive, impropres. Au masculin, comme au féminin le public n'en retient que la première partie, qui sous-entend la suppression de la fécondité. Le public, en effet, a été trop gavé de « contraception » et pas assez de régulation des naissances.

Je l'ai dit et je le répète. La preuve en est le nombre de femmes, qui avant ou après, s'inquiètent et demandent à être rassurées sur le caractère temporaire et réversible de leur « stérilisation », sans en être toujours convaincues.

Et pourtant, c'est ainsi : « stérilet » a pris droit de cité et aura la vie aussi dure que « synéchies » : l'habitude est maintenant prise et on sait que les mauvaises habitudes sont infiniment plus résistantes que les autres.

Peu importe ! Ce qui est sûr c'est que GRÄFENBERG demeure un précurseur, mais que si son idée était excellente, son application ou celle de ses suivants — excusable à l'époque — a été mauvaise.

Le principe d'opposer un obstacle mécanique intra-utérin à la maturation du gamète — quelqu'en soit le mécanisme aujourd'hui encore discuté — s'est avéré valable ; le matériau seul était défectueux.

La méthode, au reste, peu répandue tomba en disgrâce et dans l'oubli. D'autant qu'aux environs de 1920, au sortir de la Grande Guerre, le problème était essentiellement personnel et restreint, les populations visant davantage à l'inflation que la déflation démographique.

Il fallut, dès lors, attendre, après la nouvelle « purge » de 1939-40, des années de paix, plus ou moins généralisée et une ambiance propice, pour que, surtout sous l'impulsion des Anglo-Saxons, le problème du Birth Control, revint sur le tapis, que l'on organisât peu à peu le Planning Familial et recherchât, en conséquence, les méthodes les plus adéquates à la Contraception ou plutôt à la Régulation des naissances.

Et c'est ainsi qu'en 1959 OPPENHEIMER en Israël et ISHIHAMA au Japon reprirent avec des variantes et de similaires succès la Contraception intra-utérine. En fait, freinée quelque peu par l'expérience portoricaine du génial et regretté PINCUS et la vogue des progestagènes de synthèse, et aussi peut-être, par l'emploi des préservatifs

féminins, permanents ou intermittents, qui conservent encore des adeptes, sans oublier les méthodes dites « naturelles » à label Papal, la Contraception intra-utérine n'a véritablement ressuscité et pris son essor, que le jour où l'Industrie a mis à la disposition des Constructeurs une matière plastique neutre (polyéthylène), non traumatisante, inaltérable, facile à stériliser, opaque aux rayons et surtout, suffisamment souple et essentiellement élastique pour lui permettre :

1° une élongation, qui l'autorise à parcourir le col à travers une sonde étroite et

2° à reprendre instantanément, une fois dans la cavité, sa forme première et s'y placer définitivement en un plan frontal.

Grâce à quoi les modèles les plus variés et les plus fantaisistes allaient bientôt se contorsionner en boucles, spirales, volutes, bobines, parenthèses ouvertes ou fermées, roues type Rotary, bardées ou non de métal, avec ou sans appendices cervicaux, arabesques curieuses au gré de l'imagination de leurs Auteurs, avec en tête, bien entendu, les Etats-Unis (qui gardent la vedette avec la boucle de LIPES et le SAF-T-COIL) suivis de près par le Japon (où l'on s'offre de l'or plastique), du Danemark (où on y juxte une bande magnétique pour mieux les repérer) du Chili, de la Hongrie, de l'Egypte — j'en passe — et beaucoup plus tard de la France, bonne dernière. J'aurai à y revenir.

Plus de 3 millions 1/2 de femmes, dont le nombre s'accroît avec les jours qui passent, portent aujourd'hui et supportent ces DIU.

Pourquoi cet engouement ?

1° Parce que l'acceptabilité est de plus en plus grande de ces dispositifs intra-utérins qui ne requièrent aucune coopération des couples et ne les astreignent à aucune des disciplines que leur imposent les autres méthodes, autorisant, par conséquent, très économiquement, dans certaines conditions ou dans certains pays, une contraception de masse ;

2° parce qu'il existe des contre-indications aux autres méthodes contraceptives : notamment chez les multipares obèses, chez les malades psychiatriques et les grandes nerveuses, chez les diabétiques et dans la plupart des affections graves, dans lesquelles la contraception est *médicalement* indiquée ;

3° parce que d'autre part les contre-indications des DIU sont, en général, peu fréquentes mais qu'il faut connaître, les unes *absolues* (nulli ou paucipares, lésions tumorales, infectieuses ou malformatives), les autres simplement *relatives* (affections hémorragipares, béance de l'isthme) ;

4° parce que les *incidents* provoqués par les DIU sont, somme toute, rares (hémorragies, douleurs, expulsions) et que les *accidents* proprement dits (infections, perforation), sauf indications inopportunes, demeurent exceptionnelles. Pour ma part, j'ai été récemment obligé de

retirer un stérilet d'un modèle peu commun en partie métallique, chez une jeune femme, qui en était pourvue depuis plusieurs mois et qui se plaignait de douleurs, de ménometrorragies et d'une abondante leucorrhée. DE BRUX, à qui ce problème est familier (3) et auquel j'avais confié un fragment d'endomètre a conclu que les ménometrorragies étaient vraisemblablement liées à des « phénomènes vasculaires en rapport avec l'ulcération produite au niveau des tissus par le stérilet » ;

5° enfin, parce que l'efficacité de ces stérilets, qui varie, au reste, avec les modèles, quoique légèrement inférieure à celle de la « pilule », mais nettement supérieure qu'avec les préservatifs féminins ou masculins, est démontrée par le taux minime de grossesses — certaines extra-utérines — soit 1 à 2 ‰.

Ch. TIETZE (4) vantant l'efficacité des dispositifs intra-utérins, rapporte les statistiques collectives de 30 Médecins, basées sur les fiches individuelles de 275.750 femmes, soit 447.000 années d'utilisation allant de juin 1963 à juin 1967. Ces statistiques concernent 5 types de DIU : boucle de LIPPES (4 tailles), spirale de MARGULIES (2 tailles) nœud de BIRNBERG, anneau de HOLL et le SAF-T-COIL.

On peut en déduire, parmi d'autres :

- a) que les risques de grossesse sont maxima au cours de la première année d'emploi et, en particulier, pour les modèles de petites tailles ;
- b) que les risques d'expulsion s'observent principalement au cours de la première année, durant les 5 premiers mois et surtout dans le post-partum ;
- c) que le retrait pour causes médicales est la cause la plus fréquente de discontinuité de l'emploi des DIU.

Après ce survol panoramique revenons en France.

La contraception s'y est implantée avec un naturel retard, que motive les rigneurs de la Loi, récemment abrogée.

Ce qui veut dire que la méthode intra-utérine a été expérimentée davantage encore que les autres, dans la clandestinité. Officiellement — du moins par ses écrits — M<sup>me</sup> J. KAHN-NATHAN est certainement celle qui à Paris, possède les statistiques les plus riches et, aussi, les plus encourageantes. Déjà, dans un travail publié ici-même (5), elle faisait état d'une série de 300 cas, soigneusement sélectionnés, avec, à tous points de vue, des résultats quasi-parfaits « légèrement plus optimistes même que ceux de TIETZE ».

*A l'heure actuelle* — je souligne — malgré la législation nouvelle et jusqu'au jour déjà fort retardé, de la publication officielle des règlements d'Administration Publique et partant de la délivrance sur ordonnance des DIU — le Gynécologue, non spécialement averti, est très embarrassé pour s'en procurer. Il lui faut, en principe, passer par les fourches cau-

dines du Planning Familial, qui les importe des USA, et ne les délivre que si l'on est « persona grata » ou dotée de sa propre « marque de garantie ».

J'ai conté ma propre odyssée récemment à la Société Française de Gynécologie dans le temps où précisément MALGOUYAT de Bordeaux nous annonçait la naissance — enfin — d'un modèle français (6) plus curieusement répandu pour l'heure, m'affirme-t-on, à l'Étranger qu'en France (\*) !

Ce nouveau dispositif, je l'ai entre les mains, ce qui m'autorise à le présenter, sinon encore à en apprécier toutes les vertus.

*Sa forme ?* Grosso modo celle de la lettre Oméga. D'où son nom : « OM-GA », car on a prudemment soustrait de la dernière lettre de l'alphabet grec une voyelle pour éviter de fâcheuses et juridiques confusions avec un chronomètre de grande réputation.

*Sa nature ?* Un « copolymère de la famille des polyoléphines » qui a subi avec succès toutes les épreuves cliniques officiellement codifiées (\*\*), et de surcroît, un traitement de reprise, modifiant sa structure moléculaire et lui conférant « une mémoire élastique, jamais réalisée jusqu'alors ». Grâce à quoi, ce stérilet possède une extraordinaire souplesse lui permettant de s'adapter aux caprices morphologiques de la cavité utérine et d'en occuper l'espace vital, sans en offenser les murs. C'est cette harmonieuse adaptation qui serait responsable de l'absence presque totale d'incidents douloureux ou hémorragiques, tout en minimisant les risques de grossesse ou d'expulsion.

Et cette souple adaptation a l'insigne avantage de limiter le choix de l'appareil au modèle courant, qui convient, au reste, à 90 % des femmes, ce qui évite les erreurs d'appréciation, mais ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas d'autres modèles : pour les utérus bicornes, pour ceux de moins de 6 cm comme aussi pour ceux, dont une hystérogaphie préalable révèle une anomalie morphologique. (Fig. 1. A. B. C.).

L'OM-GA, qui est présenté prêt à l'emploi dans une pochette stérile, se compose :

1° de l'habituel tube creux, infiniment plus fin que les autres, dans lequel coulisse une tige pleine servant de pulseur ;

2° du stérilet proprement dit, placé dans un conformateur rectangulaire, qui lui « permet de pénétrer correctement dans l'introducteur et d'éviter, par conséquent, une insertion défectueuse ». L'appareil est ainsi « positionné dans son conformateur, d'autant qu'une minuscule boule terminale, siégeant entre ses deux boucles et coincée par deux

(\*) Il existerait un modèle parisien, mais dont il m'est difficile de faire état, faute d'en être informé.

(\*\*) Ces épreuves ont été établies au cours du Congrès National de la Société Tchécoslovaque de Gynécologie et adoptées par les Autorités de ce Pays (nov. 1966).

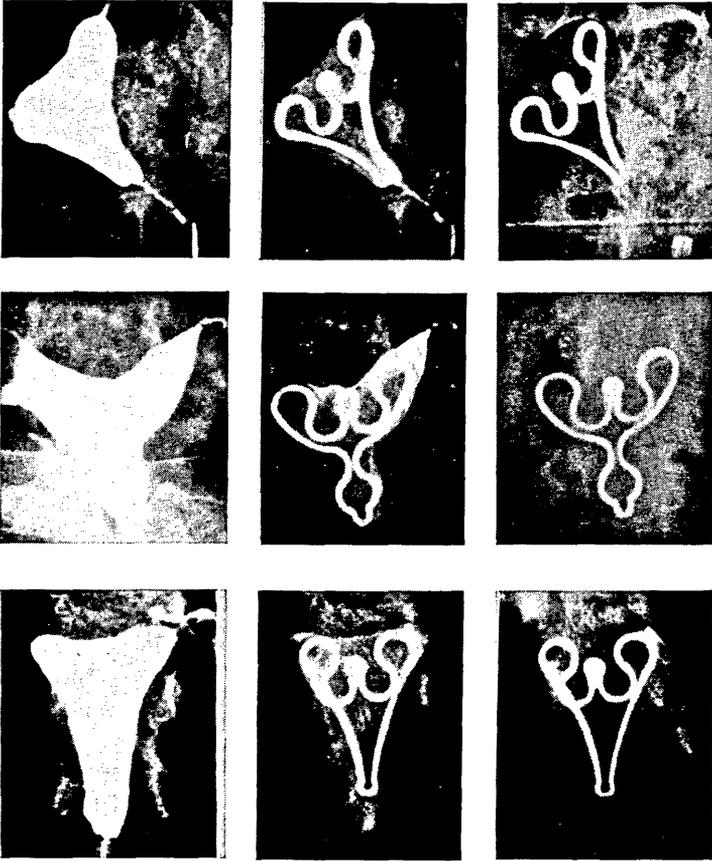


FIG. 1 A.

FIG. 1 B.

FIG. 1 C.

FIG. 1. A = Hystéro salpingographies de différents types d'utérus.

FIG. 1. B = OM-GA en place durant la vidange utérine.

FIG. 1. C = OM-GA à sa place définitive, l'utérus vidé.

linguettes pinces du conformateur » va permettre à l'OM-GA de s'insinuer lentement et sans à coups dans l'inserteur. (Fig. 2). Lorsque la boule touche l'extrémité de l'introducteur on enlève le conformateur, on pousse le pulseur jusqu'au contact du stérilet, tout en réglant un butoir supérieur, repéré de rouge et que l'on va replacer verticalement, pour permettre au dispositif de s'épanouir dans le sens frontal. (Fig. 3, 4, 5).

En fait la *technique* diffère peu de celle des autres appareils, hormis quelques détails particuliers. Elle ne me paraît pas mériter d'amples développements, d'autant que le plus petit croquis, disant plus long que les plus longs discours, elle a été suffisamment et éloquemment illustrée

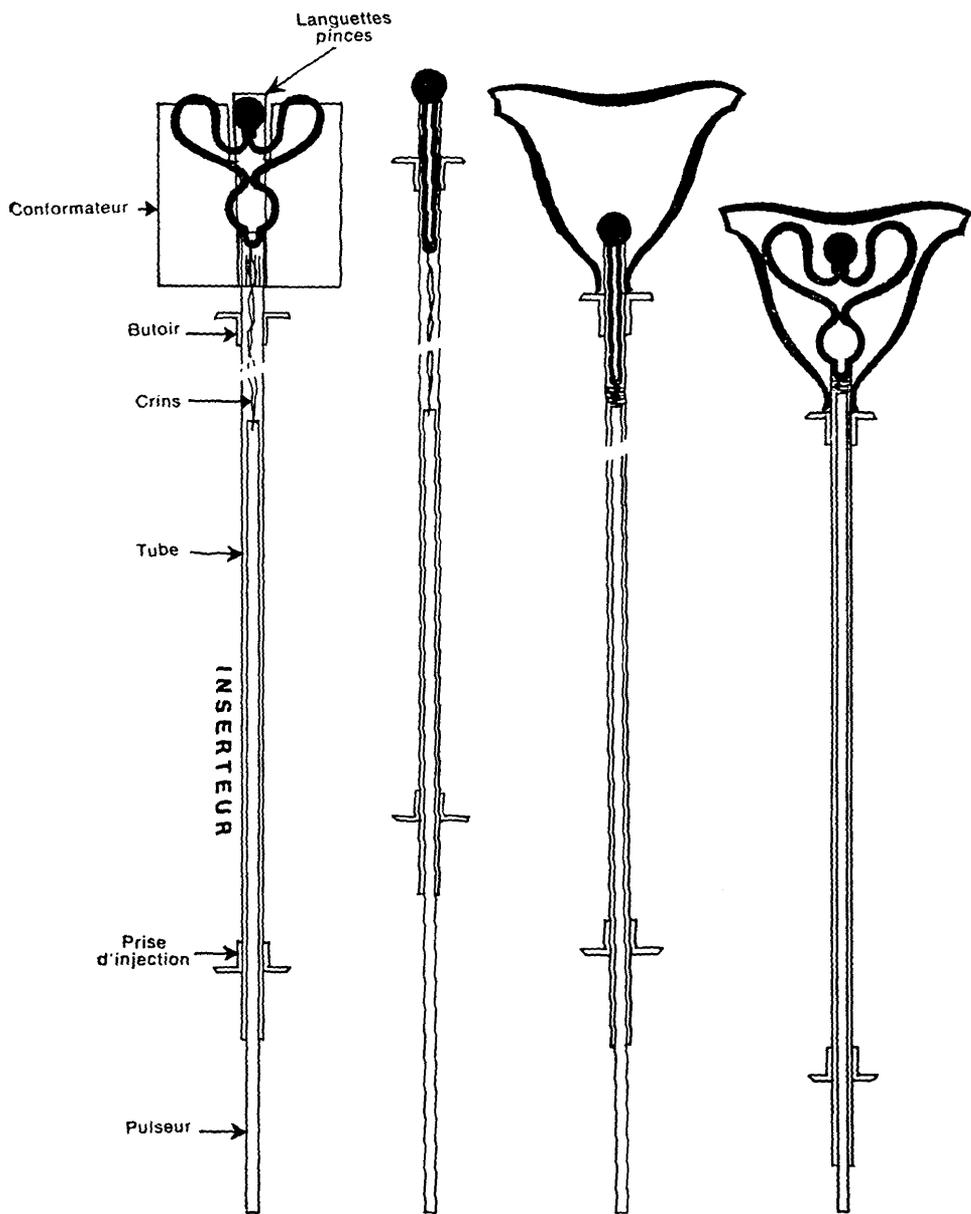


FIG. 2.

FIG. 3.

FIG. 4.

FIG. 5.

et ici et dans la notice très documentée et intelligemment présentée, qui accompagne l'appareil.

Restent les *principes*, je veux dire les *préalables*, qui sont, eux aussi, communs à toute contraception utérine bien comprise.

Ces préalables en confinent à mon avis, la pratique au seul Médecin Spécialisé, non pas tant eu égard à la technique — car tout un chacun se dit ou se croit gynécologue — mais à cause des indications précises, qui imposent à notre conscience et à notre responsabilité, une sélection sévère à la fois sociale et pathologique des femmes, qui aspirent à la pose des DIU avec le minimum d'inconvénients.

C'est là, je crois, une condition sine qua non d'une contraception utérine valable et inoffensive.

Et les résultats ? Je les emprunte à MALGOUYAT, grand Inserteur devant l'Éternel : il les a affichés à la Société de Gynécologie aux environs des Pâques dernières.

En 12 mois il a pratiqué 324 insertions : 150 avec les modèles américains et 164 avec l'OM-GA. Dans le premier groupe il a enregistré : 27 expulsions, 12 ablations et 6 grossesses, dans le second : 11 expulsions, 2 ablations et 0 grossesses.

No comment, comme disent nos amis d'Outre-Manche !

Voilà, donc, mes quelques propos sur l'OM-GA en particulier, et sur le stérilet en général, puisque tel est, maintenant, son nom.

Curieux sort que celui de ce minuscule objet qui joue, en ce bas monde, un si grand rôle. Il naît, il meurt, il ressuscite et le voilà parti pour une brillante carrière. A la fois solide et souple il s'allonge et tel un ver s'entortille, se recroqueville, tout à la fois bijou insigne, clip ou breloque, qui ne tient qu'à un fil...

Sa devise ? pour vivre heureux, vivons caché.

Son avenir ? Dépend de son innocuité et de nous aussi sans doute, de contingences extra-organiques et du progrès, bien sûr.

Mais déjà un obstacle se dresse sur son chemin, à lui, qui en réalise le plus extraordinaire : s'opposer à la vie.

C'est l'Encyclique « *Humanae Vitae* ».

Qui l'emportera ? Le Saint-Office ou l'Officine du Pharmacien, où le stérilet, inscrit au tableau A, sera probablement un jour en attente ? Les paris sont ouverts !

#### RÉFÉRENCES

1. MARCEL (J. E.) et FABRE (M.). — *Gynécologie Médicale*, Maloine Edit. Paris, 1947.
2. SIMON (P.). — Précis de contraception, Masson et Cie Edit. Paris, 1938.
3. ANCLA (M.), BRUX (J. de) et SIMON (P.). — Les métrorragies au cours de la contraception intra-utérine (étude anatomo-clinique et électronique). *Presse Méd.* 76, 9, 1968, 427.

4. TIETZE (Ch.). — *Fertilité*, Vol. I, n° 1, 1968, 5.
5. KAHN-NATHAN (M<sup>me</sup> J.). — *Gynéc. Prat.* T. XVII, 2, 1966, 190.
6. Société Franç. *Gynéc.* 22 avril 1968.

## SUMMARY

### Remarks on the sterilet with special reference to a french model

The term « sterilet », evocative for the large public of the notion of definitive sterilization and, for a long time, indicative of the cervical caps, practically given up nowadays, appears inappropriate and should be replaced by the expression « intra-uterine device » (IUD, in french DIU used in numerous foreign lands). It must be precised that intra-uterine contraception, conceived by Gräfenberg and given up for a long time, is presently object of a true resuscitation with the making of new devices in plastic material, the various shapes of which have chiefly been conceived in the U. S. A. Nowadays, intra-uterine contraception appears more and more used, because of its advantages with regard to the other methods and the possibility of an extensive application. Author avails this opportunity for presenting a new french model, the Om-ga, the insertion of which is few different of the other ones, but that procures completely satisfactory results, a fact that grants to this device some degree of superiority.

## RESUMEN

### Consideraciones sobre el esterilete y más particularmente sobre un modelo francés

El término « esterilete » que, para el público evoca la noción de esterilización definitiva y que durante mucho tiempo designó únicamente las capas intracervicales, hoy en día prácticamente abandonados, parece al autor improprio y tendría que estar reemplazado por el nombre de « dispositivo intra-uterino » (DIU) como en muchos países extranjeros. Hay de precisar que la contracepción intra-uterina, imaginada por Gräfenberg y abandonada durante un largo tiempo, conoce ahora una verdadera resurrección merced á los nuevos dispositivos en materia plástica, cuyas varias formas fueron imaginadas principalmente en los USA. La contracepción intrauterina parece actualmente cada día más empleada á causa de sus ventajas sobre los otros métodos y de la posibilidad de aplicarla en gran escala. Aprovecha el autor dicha oportunidas para presentar un modelo francés inédito, el Om-ga, cuya aplicación difiere poco de la de los otros, pero los resultados logrados hasta ahora aparecen de los más satisfactios, un hecho que le confieren un cierto grado de superioridad.

## **SUBFERTILITÉ** *par insuffisance spermatique*

---

# ARGININE VEYRON

« L'arginine a un intérêt indéniable dans ce que l'on pourrait appeler « les états subfertiles » : ménages sans enfants, avec spermogramme du mari au-dessus de 25 millions, mais régulièrement inférieur au chiffre nécessaire à la fécondation... Parmi les ménages subfertiles, chez certains, une grossesse tardive est susceptible de survenir parfois longtemps après le mariage. Elle s'explique par une montée occasionnelle du spermogramme et une augmentation de la mobilité. Malheureusement, beaucoup d'autres restent toujours légèrement au-dessous de la limite de fertilité. C'est à ceux-ci que nous pensons, avec l'espoir de combler leur désir. »

\* Quelques traitements modernes de la stérilité conjugale — Nos résultats par Mme I. BERNARD, M. KOLENC, Mlle A. M. MELI et Mme PARTIMBENE-COCHET — Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie n° 5 — Mai 1963 — pp. 378 à 389.

**Coffret de 20 ampoules buvables de 5 ml dosées à 1 g.**  
P. cl. 20 — R.S.S.

**Sirop (3 g. par cuillère à soupe) Flacons 125 et 250 ml**  
P. cl. 35 et 67 — R.S.S.

*Les deux présentations permettent la prescription soit à doses moyennes  
(2 à 4 ampoules par jour)  
soit à doses élevées, selon la technique de BALLERIO & GIAROLA  
(3 à 4 cuillerées à soupe par jour)*

## **SUBFERTILITÉ** *par insuffisance spermatique*

---

# ARGININE VEYRON

« L'arginine a un intérêt indéniable dans ce que l'on pourrait appeler « les états subfertiles » : ménages sans enfants, avec spermogramme du mari au-dessus de 25 millions, mais régulièrement inférieur au chiffre nécessaire à la fécondation... Parmi les ménages subfertiles, chez certains, une grossesse tardive est susceptible de survenir parfois longtemps après le mariage. Elle s'explique par une montée occasionnelle du spermogramme et une augmentation de la mobilité. Malheureusement, beaucoup d'autres restent toujours légèrement au-dessous de la limite de fertilité. C'est à ceux-ci que nous pensons, avec l'espoir de combler leur désir. »

\* Quelques traitements modernes de la stérilité conjugale — Nos résultats par Mme I. BERNARD, M. KOLENC, Mlle A. M. MELI et Mme PARTIMBENE-COCHET — Comptes rendus de la Société Française de Gynécologie n° 5 — Mai 1963 — pp. 378 à 389.

**Coffret de 20 ampoules buvables de 5 ml dosées à 1 g.**  
P. cl. 20 — R.S.S.

**Sirop (3 g. par cuillère à soupe) Flacons 125 et 250 ml**  
P. cl. 35 et 67 — R.S.S.

*Les deux présentations permettent la prescription soit à doses moyennes  
(2 à 4 ampoules par jour)  
soit à doses élevées, selon la technique de BALLERIO & GIAROLA  
(3 à 4 cuillerées à soupe par jour)*