

les pertes séminales qui en ont provoqué l'évolution ont complètement cessé. Lallemand avait parfaitement indiqué ce fait capital, et il avait noté que les formes que revêtait le plus habituellement l'aliénation mentale consécutive à la spermatorrhée étaient l'hypochondrie, la mélancolie, la lypémanie compliquées parfois de tendance au suicide.

Ce long tableau de symptômes sur lesquels Lallemand s'étend avec tant de soin, et peut-être avec trop de soin, rappelle celui qui appartient à l'hypochondrie confirmée.

En général, quand un homme jeune encore a une hypochondrie grave, il est rare qu'il n'ait pas de spermatorrhée. Cependant des faits encore assez nombreux démontrent que l'hypochondrie peut apparaître en dehors des pertes séminales.

Parmi les symptômes si variés que j'ai énumérés, vous retrouverez encore ceux qui signalent le début de l'ataxie locomotrice, tels que la diplopie, l'amblyopie, les douleurs fulgurantes des membres, etc., etc., et, comme corollaire, je vous ai dit combien souvent l'ataxie locomotrice était précédée de pertes séminales.

Déjà, messieurs, je vous ai fait pressentir mon opinion, relativement à l'influence extraordinaire que les pertes séminales exagérées exercent sur l'ensemble de l'économie, principalement sur le système nerveux. Je suis convaincu que Lallemand a singulièrement rembruni le tableau, et qu'il a commis surtout une faute capitale, qui consiste à attribuer les perturbations du système nerveux à l'épuisement causé par la perte exagérée et trop souvent répétée de la semence, tandis que les troubles nerveux pourraient, à plus juste titre, être considérés comme la cause de la spermatorrhée.

Permettez-moi, messieurs, de donner quelques développements à cette idée.

Tout d'abord l'expérience démontre que dans un assez grand nombre de cas, les jeunes gens qui ont de la spermatorrhée, ont eu, dans leur enfance, de l'incontinence nocturne de l'urine : c'est là un symptôme nerveux assez grave, et bien souvent il y a déjà des bizarreries de caractère, de l'irritabilité et des signes peu équivoques d'hypochondrie à un âge où l'hypochondrie est fort rare. Si l'on peut pénétrer les secrets de famille, on apprend assez souvent que parmi les ascendants, que chez les frères ou les sœurs il y a eu des maladies graves du système nerveux, hypochondrie, folie, épilepsie, ataxie locomotrice, etc., etc. Nous trouvons donc pour expliquer la spermatorrhée, comme pour expliquer l'incontinence nocturne de l'urine, des causes héréditaires, des prédispositions personnelles, et dans ce cas, nous ne sommes pas en droit d'accuser la spermatorrhée d'avoir produit les accidents; il est bien plus raisonnable de penser et de dire que l'incontinence nocturne de l'urine et les pertes séminales sont la conséquence d'un état maladif de l'encéphale et surtout de la moelle, état dont il n'est pas bien facile de spécifier la nature.

Il est une autre considération sur laquelle je veux attirer votre attention.

Nous sommes souvent consultés par des hommes qui ont des pertes séminales et en même temps cette série d'accidents nerveux dont Lallemand a tracé si complaisamment le tableau. Si nous entrons dans quelques détails, nous apprenons que les pollutions nocturnes ne se répètent que deux, trois, au plus quatre fois par semaine; nous pouvons nous convaincre par l'examen microscopique des urines qu'il n'y a pas d'autre perte séminale que celles qui arrivent pendant la nuit. Or, chez un homme jeune, l'acte du coït peut s'exercer sans dommage trois ou quatre fois par semaine, et si l'on voit que chez l'un il y a des accidents nerveux de la plus grande gravité, tandis que chez l'autre la santé est bonne, il faut bien chercher d'autres causes que celles de la perte séminale. J'ajoute une chose, c'est que les pertes séminales involontaires sont beaucoup moins abondantes que celles qui sont précédées de l'excitation vénérienne ordinaire. D'un autre côté, l'examen microscopique démontre que, dans le liquide séminal des gens atteints de spermatorrhée, il y a beaucoup moins d'animalcules spermatiques que dans la semence qui est rendue dans l'acte du coït, et physiologiquement il devrait en être ainsi, puisque l'excitation érotique sollicite non-seulement une plus abondante sécrétion des vésicules séminales, mais encore du testicule lui-même.

Disons de plus que la surexcitation nerveuse extrême qui précède, accompagne et surtout termine l'acte du coït, laisse immédiatement après elle une prostration qui témoigne de l'influence considérable qu'elle exerce sur le système nerveux; tandis que rien de semblable ne s'observe après les pertes séminales involontaires qui ont lieu le plus souvent sans rêves érotiques, ou bien après une excitation si rapide et si peu sentie, que les malades ne s'aperçoivent quelquefois de l'émission du sperme qu'à la souillure de leur lit ou de leurs vêtements.

Je ne sais, messieurs, si ces considérations vous frappent comme moi; mais je suis forcément amené à cette conclusion que les troubles nerveux que l'on observe chez les malades atteints de spermatorrhée, sont causés par autre chose que par la spoliation du liquide séminal.

Ce qui ne veut pas dire que cette spoliation n'ait aucune influence.

J'admets, en effet, que, chez un homme jeune, valide, et dont le système nerveux est bien harmonisé, l'émission du sperme puisse avoir lieu deux fois par semaine, après le coït, sans aucun dommage pour la santé; mais si vous acceptez que chez celui qui a de la spermatorrhée, le cerveau et la moelle sont dans des conditions d'infirmité, une perte séminale moindre, et même sans excitation érotique suffisante, deviendra une cause puissante de troubles nerveux; et ces troubles prendront une exagération presque fatale si les pertes séminales se répètent avec une extrême fréquence comme cela s'observe trop souvent. De sorte que le mauvais état du système nerveux dispose à la spermatorrhée, et la spermatorrhée aggrave singulièrement que l'affection nerveuse, source première du mal.

Messieurs, les accidents que peuvent entraîner à leur suite les pertes sémi-

nales involontaires sont loin de se montrer tous chez le même individu, de se développer dans le même ordre de succession, et d'atteindre toujours leurs degrés extrêmes. Généralement tel ou tel phénomène prédominera sur les autres, et sa prédominance sera telle, que l'attention du malade sera appelée sur lui seul; de façon que, si le médecin n'y prend pas garde, il pourra commettre des erreurs de diagnostic, et croire à l'existence d'une affection tout autre que celle à laquelle il a réellement affaire. Je ne saurais trop vous le répéter, la maladie peut présenter dans son aspect, dans sa marche, des variétés infinies; et ces diverses formes sont subordonnées aux dispositions individuelles, à une foule de circonstances particulières qu'il serait difficile de signaler d'avance; elles sont encore subordonnées à des complications intercurrentes.

Chez un jeune homme que nous avons vu au n° 18 de la salle Sainte-Agnès, la maladie datait seulement de quatre mois, et paraissait avoir eu pour point de départ une blennorrhagie chronique. Cet individu, âgé de vingt-sept ans, nous racontait que la blennorrhagie, dont il était guéri seulement depuis neuf à dix mois, avait duré trois ans. La spermatorrhée s'était déclarée cinq à six mois après, ou du moins à cette époque seulement il s'était aperçu qu'il perdait de la liqueur séminale en allant à la garde-robe. Trois semaines avant le début des accidents, il était tourmenté par une constipation opiniâtre; mais, bien que cette constipation eût cédé, et que les évacuations alvines eussent repris leur consistance et leur régularité accoutumées, les pollutions n'en continuaient pas moins. Depuis lors aussi survinrent des pollutions nocturnes, et vous voyez déjà, messieurs, que ce fait est en opposition avec la règle la plus générale, puisque les pollutions nocturnes sont arrivées après les pollutions diurnes, qu'elles précèdent habituellement. Ces pollutions nocturnes avaient toujours lieu à l'occasion de rêves érotiques; les pollutions diurnes, qui d'abord survenaient, ainsi que le malade vous l'a dit, au moment de la défécation, se répétèrent de plus en plus fréquemment. S'il se livrait au coït, l'éjaculation avait lieu presque immédiatement, non-seulement avant la copulation, mais avant même que l'érection fût complète, et plus tard elle avait lieu même avant toute érection. Bien plus, ce jeune homme nous a raconté que, passant un jour devant la vitrine d'un magasin où était exposée une peinture représentant un couple amoureux, la vue de cette image lascive avait suffi pour déterminer une pollution abondante sans érection préalable.

Sa santé générale se troubla considérablement. Il se plaignait d'une excessive faiblesse, et le moindre travail lui causait de la fatigue; une promenade un peu longue provoquait des palpitations de cœur; son appétit était diminué, et il était bientôt dégoûté des différents mets qu'il essayait de prendre: ceux qu'il choisissait de préférence étaient des aliments épicés ou préparés à l'huile et au vinaigre. Cependant l'alimentation calma momentanément les douleurs d'estomac qu'il éprouvait avant le repas, et faisait cesser les renvois fâchés qui accompagnaient cette cardialgie; mais celle-ci et les renvois revenaient constamment deux heures après.

Un traitement tonique, des bains sulfureux, des bains de siège froids, des préparations de quinquina, qui furent prescrits dans un des services de cet hôpital où le malade avait fait un premier séjour, avaient amendé la situation. Son mal ayant repris bientôt la même intensité après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il y rentra de nouveau.

L'existence d'une ancienne blennorrhagie qui avait duré longtemps devait donner à penser que la spermatorrhée pourrait bien dépendre de quelque affection chronique du canal de l'urèthre, et nous cherchâmes s'il n'existait pas de rétrécissement. Le jeune homme nous disait que depuis trois ou quatre mois il éprouvait une certaine difficulté pour uriner; que le jet, qui se faisait attendre, sortait aplati et en spirale; que quelquefois il était interrompu, et qu'au moment où l'on pouvait croire le besoin d'uriner entièrement satisfait, il s'échappait encore quelques gouttes d'urine.

En explorant avec la sonde, nous constatâmes un premier obstacle situé à l'entrée du canal, un second vers le milieu de la région spongieuse, un troisième enfin au niveau de la région prostatique. Le traitement indiqué par Lallemand nous paraissait devoir avoir ici son application, lorsque le malade voulut quitter l'hôpital, où il était à peine resté trois jours.

Maintenant, messieurs, j'essayerai de vous rappeler quelques-unes des conditions sous l'influence desquelles se produisent les pertes séminales involontaires, conditions essentielles à connaître pour arriver à instituer une thérapeutique rationnelle.

Une courte digression sur le terrain de la physiologie me paraît ici nécessaire.

Lorsqu'on se demande quel est l'organe sécréteur du sperme, il semble qu'il n'y ait pas d'hésitation possible, et que le testicule doive être mis seul en cause. Il n'en est rien cependant. Les expériences sur les animaux, des faits observés sur l'homme lui-même, nous en ont donné la preuve.

Vous liez en deux endroits chez un animal, chez un jeune chien par exemple, les canaux déférents, et vous en opérez la section entre les deux ligatures. Le testicule est de cette façon complètement isolé du canal de l'urèthre. Néanmoins, l'animal va pouvoir encore se livrer au coït avec la même énergie, et l'éjaculation sera chez lui, à peu de chose près, aussi abondante qu'au paravant. Quelque chose d'analogue se voit chez l'homme. Un individu prend une blennorrhagie: que celle-ci, suivant l'expression vulgaire, vienne à tomber dans les bourses, ou, pour parler plus scientifiquement, qu'il survienne une inflammation et consécutivement une induration de l'épididyme suffisantes pour que les canaux épидидymaires s'oblitérent, le malade ne perdra pas pour cela ses aptitudes vénériennes; il pourra se livrer au coït comme par le passé, et l'éjaculation n'aura rien perdu de son énergie et de sa puissance. Cela dépend, messieurs, de ce que le liquide séminal est fourni par deux sources: la plus grande partie provenant des vésicules séminales, tandis que la partie la plus faible provient des testicules. Cette partie, il est vrai, est la

plus importante, car c'est elle qui contient la substance fécondante et les zoospermes. Or si, dans les conditions pathologiques dont nous parlons, les aptitudes vénériennes persistent, si l'éjaculation peut encore avoir lieu, le liquide spermatique aura perdu les éléments essentiels qui le rendent propre à la fécondation, et si les deux épидидymes sont affectés de la même façon, l'individu sera frappé d'infécondité.

Ces faits, entrevus par Hunter, ont été, dans ces derniers temps, merveilleusement mis en lumière par M. le professeur Gosselin (1).

Vous comprendrez dès lors comment certains hommes jeunes, d'une solide et vigoureuse constitution, présentant tous les attributs de la virilité, resteront inféconds. C'est là, messieurs, une particularité dont vous saisissez toute l'importance au point de vue de la pratique médicale, car il vous arrivera peut-être d'être consultés à ce sujet. Avant de chercher ailleurs les causes d'une stérilité dont on se plaint, interrogez scrupuleusement l'individu qui s'adresse à vous, examinez-le attentivement, voyez s'il n'a pas eu autrefois quelque accident blennorrhagique et s'il n'en a pas gardé une induration amenant l'oblitération complète des voies spermatiques. Le fait mérite d'autant plus qu'on s'y arrête, qu'il semblerait, de prime abord, que l'individu, dans ces conditions, ne devrait pas différer d'un eunuque. Il en diffère beaucoup, ne vous y trompez pas. Le vieillard au dernier degré de la caducité, qui, depuis nombre d'années, n'a pu avoir des rapports sexuels, ce vieillard tout impuissant, et par conséquent tout infécond qu'il est, ne ressemble pas au castrat, et ses testicules inutiles lui impriment encore son cachet de virilité; tant qu'il les gardera, il aura les attributs de la virilité, la voix grave, la barbe, etc., etc., et ceux-ci disparaîtront du jour où, par quelque circonstance, il aura perdu les organes qui paraissaient ne plus jouer aucun rôle. Un travail très-curieux de M. le docteur Charles Robin, lu à la *Société de biologie* le 26 janvier 1856, sur le sarcocèle, renferme la démonstration de ce fait (2).

Un individu est affecté d'un sarcocèle double, et bien qu'on ait pu croire à la destruction des testicules, cet homme ne devient réellement un eunuque qu'aussitôt après que le chirurgien a enlevé ces deux organes. C'est que, ainsi que l'a fait voir M. Robin, ces cas rentrent dans la catégorie de ceux observés par M. Gosselin, en ce sens que ce ne sont pas les testicules qui sont malades. Le sarcocèle appartient à l'épididyme, et reste séparé par la tunique albuginée de la glande elle-même dont il respecte le tissu, de telle sorte que la structure normale de ses filaments tubuleux est conservée, bien que ceux-ci se trouvent ordinairement étalés à la surface de la tumeur épидidymaire.

(1) *Nouvelles études sur l'oblitération des voies spermatiques, et sur la stérilité consécutive à l'épididymite bilatérale* (*Archives générales de médecine*, numéro de novembre 1853).

(2) *Mémoires de la Société de biologie*, 2^e série, t. III, année 1856. Paris, 1857, p. 167 et suiv.

Je vous ai déjà dit que chez les cryptorchides même chose s'observait, à savoir, que ces individus restaient *puissants*, tout en étant inféconds.

Cela bien établi, reprenons notre sujet. Pour qu'une glande entre en fonction, il n'est pas nécessaire que l'excitation porte directement sur elle. Une irritation de la membrane muqueuse buccale, une stomatite va solliciter une sécrétion abondante des glandes salivaires qui ne sont pas mises en cause, comme une irritation de la membrane muqueuse oculaire occasionnera de la même façon un flux plus abondant de larmes, comme une irritation de la membrane muqueuse gastro-intestinale déterminera une sécrétion plus considérable de bile et de liquide pancréatique, comme enfin une irritation de la vessie, une cystite sera accompagnée d'une sécrétion d'urine plus abondante, plus fréquente qu'à l'ordinaire, bien que dans ce cas l'organe affecté soit à une assez grande distance de la glande dont il excite sympathiquement les fonctions. Eh bien! dans cette action sympathique nous allons déjà trouver une cause des pertes séminales involontaires.

Lallemand avait fondé sur ce fait presque toute sa théorie de la spermatorrhée. Il admettait que celle-ci était presque toujours sous la dépendance d'une irritation de la prostate et des canaux éjaculateurs, et que le plus souvent cette irritation, qui existait aussi au col de la vessie, était la conséquence d'une inflammation chronique de l'urèthre dans la région prostatique du *verumontanum*. Suivant l'illustre professeur de Montpellier, la cause la plus fréquente des pertes séminales involontaires était une ancienne uréthrite, une ancienne blennorrhagie, et souvent ces pertes se liaient à l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre.

Ce genre de causes ne saurait être mis en doute, et l'irritation sympathique que les inflammations chroniques du canal de l'urèthre déterminent, peut avoir encore pour point de départ des affections siégeant dans les organes qui sont en rapport plus ou moins immédiat avec les vésicules séminales et les canaux éjaculateurs. Ainsi les affections du rectum, et parmi celles-ci les affections hémorroïdaires, la présence des oxyures verniculaires, et même, bien que plus rarement, les ascarides lombricoïdes peuvent être causes de la spermatorrhée.

Je vous ai dit que les pertes involontaires de la semence étaient, en quelques cas, provoquées par une constipation opiniâtre et habituelle; mais dans ces cas, cette émission du sperme est sollicitée mécaniquement par la compression exercée sur les vésicules séminales par le bol excrémental qui est expulsé avec peine et avec de grands efforts.

Si ces causes agissent peut-être le plus communément dans la production de la maladie dont nous parlons, il en est d'autres incontestables encore.

Ainsi, les pertes séminales peuvent survenir sous l'influence d'un état spasmodique, d'une façon analogue à ce que nous voyons se passer dans l'incontinence nocturne de l'urine. J'aurai à vous entretenir plus spécialement de cette dernière affection; mais afin de vous mettre mieux à même de saisir ma pensée

relativement au sujet qui nous occupe aujourd'hui, je vous rappellerai dès à présent ce qui a lieu dans l'incontinence nocturne de l'urine. Les individus chez lesquels elle s'observe (ce sont principalement des enfants) ont presque tous, pendant le jour, le jet d'urine plus roide que ne l'ont les autres : cette émission plus vigoureuse dans la miction volontaire prouve une énergie plus considérable de la contractilité de la vessie ; et chose plus curieuse encore, ces enfants qui, la nuit, ne peuvent conserver leurs urines dans leur réservoir naturel, les retiennent quelquefois plus facilement et plus longtemps que d'autres quand ils sont dans l'état de veille. Comment expliquer ce fait depuis longtemps signalé par Bretonneau ? Pendant le sommeil, la vessie entre dans un état d'éréthisme comparable à celui dans lequel entrent également les organes génitaux externes ; car vous savez que les enfants et les hommes jeunes sont presque toujours en érection pendant le sommeil. Or, l'incontinence d'urine reconnaît pour cause un phénomène analogue à cet éréthisme : elle est due à ce que, permettez-moi cette expression, le muscle vésical entre lui-même en érection. Il n'est pas besoin pour cela que la vessie soit pleine, ni même qu'elle contienne une grande quantité de liquide ; loin de là, l'émission se fait aussitôt qu'une faible quantité s'est accumulée dans la vessie ; et ce qui le prouve, c'est que c'est dans les premières heures de la nuit que l'enfant a son incontinence. On l'a fait uriner au moment de le mettre au lit, et c'est deux heures, et non huit à dix heures après qu'il s'est couché, que les accidents surviennent : c'est, je le répète, en vertu d'une contraction très-énergique, d'une sorte d'érection du muscle vésical à laquelle ne peut résister le sphincter chargé de fermer pour quelques instants l'orifice du col.

Les pertes séminales involontaires peuvent se produire suivant un mécanisme analogue. C'est dans les premières heures de la nuit que les pollutions ont lieu. Sous l'influence d'une excitation occasionnée quelquefois seulement par la position de l'individu dans son lit, les vésicules séminales entrent en érection, ou, si vous aimez mieux, se contractent énergiquement comme se contractait tout à l'heure le muscle vésical, et il y a une éjaculation du liquide séminal se faisant à l'insu du malade, de même que l'émission d'urine se faisait involontairement.

Enfin, la spermatorrhée peut être le résultat non plus d'une contraction trop énergique des organes sécréteurs du liquide séminal, mais au contraire d'un état d'atonie de ces mêmes organes. Elles sont alors non plus actives, mais passives, comme l'émission des urines, avec laquelle nous poursuivrons la comparaison, peut l'être elle-même, en certains cas, dans l'incontinence diurne. Des enfants et des adultes sont incapables de retenir leurs urines dès qu'une faible quantité s'est accumulée dans la vessie ; ces individus ont un jet faible, baveux, et non plus vigoureux comme ceux dont nous parlions tout à l'heure. Cette incontinence dépend d'une faiblesse du sphincter, faiblesse absolue et non plus relative, ainsi que cela avait lieu dans les cas précédents où il y avait une contractilité du muscle vésical supérieure à celle des fibres musculaires

disposées autour du col. Pour les pertes séminales même chose se passe : les conduits éjaculateurs, frappés d'atonie, sont incapables de résister à la faible contraction des vésicules et de retenir le sperme qui les traverse, de la l'éjaculation ou plutôt l'écoulement involontaire, dès que le liquide séminal est sécrété. Cette comparaison que j'établis entre cette espèce de spermatorrhée et l'incontinence diurne de l'urine, est d'autant plus acceptable, que l'analogie se poursuit jusque dans le traitement, les mêmes procédés pouvant présenter les mêmes avantages dans les deux maladies, ainsi que nous en a offert un exemple un malade de notre salle Sainte-Agnès, affecté d'incontinence d'urine, et dont je vous parlerai lorsque j'aurai l'occasion de faire l'histoire de cette dernière maladie.

Des considérations dans lesquelles je viens d'entrer vont découler maintenant certaines indications pour la thérapeutique à instituer contre les pertes séminales involontaires.

Jusqu'à l'époque où Lallemand publia ses importants travaux, la spermatorrhée avait peu appelé l'attention des médecins, on méconnaissait sa gravité et les funestes conséquences qu'elle entraîne ; enfin, elle était traitée sans aucune méthode et par des moyens tout à fait empiriques.

En se plaçant presque exclusivement au point de vue d'une irritation des voies spermatiques dépendant d'une inflammation chronique, Lallemand trouvait l'indication d'un traitement destiné à modifier les surfaces muqueuses siège de cette inflammation ; à cet effet, il recommandait comme le meilleur moyen, la cautérisation du canal de l'urèthre au niveau de sa portion prostatique, de façon à toucher le *verumontanum*, près duquel s'ouvrent les canaux éjaculateurs. A l'appui de ses opinions, il apportait un assez grand nombre d'observations suffisamment probantes pour que, lorsqu'on lit son livre, on reste convaincu de l'utilité de cette médication dans beaucoup de cas. Je n'ai point à vous décrire ici le procédé employé pour cette cautérisation, et je ne saurais mieux faire que de vous renvoyer au *Traité des pertes séminales involontaires* (1), où vous trouverez tous les développements désirables.

De quelque incontestable utilité que soit, dans des circonstances données, cette médication, Lallemand, à mon avis, a eu le tort de trop en généraliser l'application, et cela parce qu'il généralisait aussi outre mesure l'influence des phlegmasies uréthrales sur la production des pertes séminales involontaires. D'une incontestable utilité, je le répète, dans des circonstances données, c'est-à-dire lorsqu'elle s'adressait à cette espèce de spermatorrhée dépendant d'une inflammation chronique du canal de l'urèthre, la cautérisation n'est plus applicable aux autres espèces de pertes séminales. Ici nos moyens thérapeutiques doivent être tout différents. Tantôt c'est l'élément spasmodique qu'il faut combattre, et alors la belladone, d'une si merveilleuse utilité dans

(1) *Des pertes séminales involontaires*. Paris, 1842, t. III.

l'incontinence nocturne de l'urine, est appelée à nous rendre de réels services dans cette forme de spermatorrhée qui présente avec cette incontinence nocturne une certaine analogie. Toutefois la belladone est loin de réussir toujours aussi efficacement dans la première de ces deux affections qu'elle le fait dans la seconde, mais encore est-il que les cas dans lesquels l'emploi de ce médicament m'a paru très-avantageux, sont assez nombreux pour que je vous engage à l'essayer à votre tour.

Si la belladone est utile dans la maladie qui nous occupe, comme elle l'est dans l'incontinence nocturne de l'urine, ce n'est peut-être pas à cause de l'action stupéfiante qu'elle exerce sur la contractilité des vésicules séminales, mais bien à cause de l'influence incontestable qu'elle peut avoir sur le système nerveux tout entier, et surtout sur l'encéphale et la moelle épinière. Cette grande influence est démontrée par les effets que nous obtenons dans l'épilepsie, dans le tétanos et dans beaucoup d'autres névroses.

C'est au même titre, probablement, que les préparations de digitale, d'aconit, nous rendent encore de réels services dans le traitement de la spermatorrhée; c'est au même titre que j'ai eu quelquefois à me louer de l'usage interne du nitrate d'argent qui, certes, ne se recommande par aucune action stupéfiante.

Me plaçant toujours au point de vue d'une irritation de la moelle, ou tout au moins d'une modification peut-être congestive du cordon rachidien, je conseille souvent l'application répétée de ventouses sèches et quelquefois même de ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale; les lotions avec la teinture d'iode, les embrocations avec une grosse étoffe de laine imprégnée d'essence de térébenthine, sur laquelle je fais passer un fer très-chaud. Enfin, je n'hésite pas à conseiller l'application des moxas et des cautères volants, et j'agis ainsi avec énergie surtout quand je vois survenir chez les malades ces douleurs fulgurantes des membres, premiers indices de l'ataxie locomotrice, maladie terrible si souvent annoncée par la spermatorrhée.

L'hydrothérapie, en tant qu'agent antispasmodique, doit encore occuper un rang important dans le traitement des pertes séminales; et les bains de mer méthodiquement administrés, qui ne sont, en fin de compte, qu'un des modes d'emploi de l'hydrothérapie, rendent aussi de véritables services.

Lorsque les pertes séminales dépendent d'une contractilité trop énergique des vésicules et des canaux éjaculateurs, je prescris l'usage des *bains de siège chauds*, aussi chauds que les individus peuvent les prendre; de plus, je conseille des applications sur toute la région du périnée, de *sachets de sable chaud*. Elles doivent être faites le soir au moment où le malade se met au lit, et le matin au moment du réveil, et durer une demi-heure au moins chaque fois.

Il semblera sans doute étonnant à quelques-uns d'entre vous de m'entendre préconiser les bains chauds, lorsque ce sont, au contraire, des bains de siège froids qui sont conseillés par la généralité des médecins dans le trai-

tement de la spermatorrhée. Peut-être m'accusera-t-on d'esprit de contradiction, bien qu'en vérité je sois très-peu contredisant de ma nature, étant toujours disposé à accepter, de qui que ce soit, les médications même les plus bizarres, pourvu qu'elles me paraissent applicables sans aucun inconvénient. Si je parle ici de bains chauds; si, d'une manière plus générale, l'application du chaud me semble être préférable, dans les cas particuliers dont il est ici question, à l'application du froid, c'est que j'ai mes raisons pour cela. En maintes circonstances, je vous ai dit combien était grande la puissance antiphlogistique du calorique, et combien, par opposition, le froid était un énergique excitant. Des exemples les plus vulgaires démontrent péremptoirement la vérité de ces propositions. Lorsque l'on trempe ses mains dans la neige ou dans l'eau glacée, au refroidissement qu'on a éprouvé, succède bientôt une élévation considérable de la température; tandis que lorsqu'on trempe ses mains dans une eau très-chaude, à la chaleur, à la congestion momentanée des tissus, succèdent rapidement un abaissement de température, une décoloration notable de la peau. C'est que l'action du chaud est, en définitive, sédative, tandis que celle du froid est éminemment phlogistique. Ces propriétés du calorique sont d'une fréquente application en médecine; je me réserve de traiter un jour complètement cette importante question. Ainsi, relativement au traitement des pertes séminales, je conseille des applications de sachets de sable, des bains de siège aussi chauds que le malade peut les endurer. Vous devez cependant être avertis que dans les premiers temps de ces applications, les accidents que l'on cherche à combattre augmentent momentanément; mais cette surexcitation passagère est de courte durée, et l'amélioration ne tarde pas à se faire sentir.

Ces bains chauds, utiles lorsqu'il s'agit de pertes séminales liées à une contractilité, à une excitabilité exagérées des vésicules et des conduits éjaculateurs, sont nuisibles au contraire dans la spermatorrhée que j'ai appelée passive. Ici ce sont les *bains froids*, c'est l'*hydrothérapie* qui trouve formellement son indication, et il serait superflu de revenir sur ce que je viens de vous dire il y a un instant, pour vous expliquer comment agit cette médication par le froid.

Dans ce dernier cas aussi, certains médicaments doivent être administrés à l'intérieur. Les préparations de strychnine, la noix vomique, la fève de Saint-Ignace, occupent ici la première place. Ces préparations, données d'abord à faibles doses, seront successivement et graduellement portées jusqu'au point de produire leurs effets physiologiques.

Cependant, messieurs, il arrive encore trop souvent que tous ces moyens échouent. Il en est un autre que j'emploie depuis un grand nombre d'années et qui réussit quelquefois. Je veux parler du compresseur de la prostate. Laissez-moi vous dire, messieurs, comment j'ai été conduit à user de ce moyen mécanique.

En 1825 (j'étais alors attaché, en qualité d'élève interne, à la maison de