

de pratiquer une saignée au niveau de la veine dorsale du pénis. VELPEAU perfora, dans un cas, les deux corps caverneux au moyen d'un fin trocart explorateur, et il en obtint un bon résultat. Les bains de siège froids et les lavages froids sont très efficaces.

Bien plus souvent l'érection est incomplète, de trop courte durée ou fait complètement défaut. Ce trouble fonctionnel entraîne l'**impuissance**, c'est-à-dire l'impossibilité de pratiquer le coït ou tout au moins une certaine difficulté dans l'accomplissement de cet acte. La **stérilité** est la conséquence habituelle, mais non absolument nécessaire, de l'impuissance, car la pénétration du sperme dans les voies génitales de la femme est possible sans intromission du pénis.

Au point de vue de l'**étiologie** nous ferons remarquer que les érections complètes et durables sont liées à un bon état fonctionnel des testicules ; en effet, les cas publiés par CURLING et A. COOPER, dans lesquels le coït était encore possible après une castration double, doivent être considérés comme de très rares exceptions. L'absence d'érections s'observe également à la suite d'un certain nombre d'affections congénitales et acquises du pénis (nodosités des corps caverneux, tumeurs, etc.), ainsi que chez les individus affectés d'hydrocèles et de hernies volumineuses. Certaines substances alimentaires et médicamenteuses sont aussi considérées comme des causes d'impuissance ; tels sont le houblon (ou le lupulin), le camphre, l'arsenic. D'après d'autres auteurs l'arsenic serait, au contraire, un aphrodisiaque. La possibilité de pratiquer le coït est naturellement liée à un certain âge ; toutefois cette condition varie dans de très larges limites. La forme la plus connue d'**impuissance temporaire** est celle que l'on désigne sous le nom d'**impuissance psychique** ; les exemples les plus nombreux en sont fournis par les jeunes mariés. Souvent c'est une faiblesse imaginaire, la crainte de ne pouvoir s'acquitter des devoirs conjugaux, la pudeur, le manque de courage, la timidité ; souvent aussi la cause doit en être recherchée dans l'onanisme et les excès vénériens. Cette impuissance psychique temporaire ou incomplète, de même que les formes mentionnées en premier lieu, peuvent entraîner l'**impuissance paralytique**, laquelle est liée au défaut complet d'érection, et à l'absence de toute excitation sexuelle normale.

Le **pronostic** et la **possibilité d'un traitement efficace** dépendent des causes de l'impuissance. Sous ce rapport nous avons déjà antérieurement fourni les indications nécessaires à propos des différentes affections génito-urinaires. Dans l'impuissance psychique le traitement moral a une grande importance. Généralement on se trouvera bien de prescrire au malade l'**abstention du coït** ; en outre, certains médicaments, les toniques, le changement de climat, le traitement par l'eau froide, les bains de mer, constituent souvent des adjuvants d'une réelle valeur.

Dans la forme paralytique on peut essayer en même temps les substances réputées **aphrodisiaques**, telles que la teinture de cantharides,

le phosphore, la noix vomique, le seigle ergoté ; en outre, on aura recours à l'électricité. SCHULZ conseille d'appliquer le pôle positif d'un appareil à courant constant sur la colonne vertébrale et le pôle négatif sur le sacrum ou le périnée ; BÉNÉDICT applique le pôle positif sur la colonne lombaire et le pôle négatif sur le pénis ou le périnée. Nous n'avons pas d'expérience personnelle sur ce mode de traitement, mais SCHULZ et BÉNÉDICT disent en avoir obtenu de très bons résultats.

§ 291. — En ce qui concerne les **caractères du sperme** et son **mode d'évacuation**, on observe des **pertes morbides de ce liquide** (pollutions nocturnes et diurnes, spermatorrée), l'**absence de spermatozoïdes dans le liquide éjaculé** (azoospermie), ou enfin l'**absence complète de ce liquide éjaculé pendant le coït** (aspermatisme) ; ces deux dernières formes entraînent la stérilité.

Les **pertes séminales morbides** (pollutions, spermatorrée) constituent une affection certainement moins fréquente qu'on est souvent tenté de le supposer. Les malades se plaignent volontiers d'écoulements spontanés du sperme, alors qu'en réalité ils provoquent l'éjaculation par la masturbation ; d'autre part, on confond souvent avec la spermatorrée certaines sécrétions muqueuses de l'urètre, et particulièrement la sécrétion très abondante de la prostate, observée dans les inflammations chroniques de cet organe. Enfin il faut bien prendre en considération le fait que, très souvent, de petites quantités de sperme arrivent dans l'urètre sous l'influence de la pression sécrétoire (DAVY, LEWIN), et que, lorsque le sperme se trouve accumulé en quantité notable, il survient pendant le sommeil des éjaculations spontanées (**pollutions nocturnes**) à des intervalles de 2 à 4 semaines ou encore plus rarement, sans que ce phénomène puisse être considéré comme pathologique. Mais ces pollutions nocturnes peuvent devenir morbides en ce sens qu'elles se produisent plus souvent que ne le comporte l'état des forces et de la nutrition de l'individu qui en est affecté, et qu'elles se trahissent le lendemain par une sensation de faiblesse et de fatigue, de la céphalalgie, une diminution d'énergie intellectuelle.

Un état plus grave encore est celui dans lequel des pertes séminales se produisent pendant le jour, à l'état de veille, sous l'influence de la plus légère excitation (**pollutions diurnes**).

Souvent une excitation purement psychique (lecture de livres obscènes, tableaux érotiques, etc.) suffit à provoquer l'écoulement du sperme, qui peut n'être pas précédé d'érection, et s'accompagne d'une sensation de brûlure le long de la verge. Dans les cas les plus graves le malade même en l'absence de toute excitation sexuelle, perd du sperme dans la miction et la défécation.

Quant aux **altérations pathologiques** que l'on a pu constater, elles consistaient dans quelques cas en une inflammation chronique de la portion prostatique de l'urètre, de la prostate, de l'une ou des deux vésicu-

les séminales ; dans d'autres cas, on a trouvé des états inflammatoires à des degrés divers au point d'abouchement des conduits éjaculateurs dans l'urètre, ou bien encore il s'agissait d'une irritation du gland due à un phimosis étroit. Les excès vénériens et l'onanisme jouent un rôle étiologique dans un grand nombre de cas ; cependant, si l'on songe à la fréquence de cette cause et à la rareté relative de la véritable spermatorrée, il semble que l'on ait plutôt affaire à des troubles d'innervation, à des affections du système nerveux dont la spermatorrée constitue l'un des symptômes.

Les conséquences fâcheuses de la spermatorrée ne sont pas dues à la légère perte de sucs qui en résulte pour l'organisme, mais bien à la répercussion qui se produit sur le système nerveux. Une sensation de grande faiblesse et de fatigue, des palpitations, du vertige, de la céphalalgie, une mélancolie profonde, des bourdonnements d'oreilles, des troubles de la vue, de la dyspepsie, tels sont les symptômes que l'on observe habituellement chez les individus affectés de spermatorrée. Lorsque la maladie est de longue durée, il se produit certainement dans la moelle épinière des altérations, qui se manifestent par des points douloureux à la pression, localisés en certains endroits le long de la colonne vertébrale, par des douleurs violentes dans les parties périphériques, par une gêne des mouvements, etc.

L'**examen microscopique** du liquide évacué est le seul moyen de **diagnostic** ayant une valeur décisive. Nous rappellerons, en outre, que la plupart des malades qui viennent consulter le médecin pour une spermatorrée, n'en sont pas atteints en réalité, mais qu'ils provoquent l'éjaculation par des habitudes de masturbation.

Le **pronostic** est défavorable, au point de vue de la guérison, toutes les fois qu'il s'agit de la véritable spermatorrée (troisième forme décrite plus haut). Dans les autres cas on obtient souvent la guérison en faisant disparaître la cause de cette affection. Les troubles psychiques persistent souvent très longtemps.

Le **traitement** doit s'attacher à régler le genre de vie du malade, à combattre les affections organiques que l'on a réussi à constater, et particulièrement à mettre fin aux états inflammatoires mentionnés plus haut par l'introduction de bougies d'étain, par des injections etc., suivant le procédé décrit précédemment. Les cautérisations avec le nitrate d'argent en substance, suivant la méthode de LALLEMAND, sont inutiles et dangereuses. Chez les individus affectés de pollutions nocturnes fréquentes, nous avons obtenu parfois de fort bons résultats du traitement indiqué plus haut combiné avec des bains de siège froids, qui doivent être pris le matin immédiatement après le réveil. En outre, pendant le sommeil, on n'accordera au malade qu'une légère couverture. Il devra prendre son repas du soir de bonne heure, et on lui prescrira à l'intérieur le bromure de potassium, le camphre, le monobromure de camphre, le lupulin, de

petites doses de morphine. RAVOTH conseille des frictions excitantes sur la région du sacrum. BÉNÉDICT et SCHULZ disent avoir obtenu de bons résultats de l'électricité suivant le procédé décrit à propos de l'impuissance.

§ 292. — L'**absence de spermatozoïdes** dans le liquide d'éjaculation (azoospermie), est due, ou bien au défaut de sécrétion du testicule, ou bien à un obstacle à l'excrétion du sperme, obstacle pouvant siéger dans le testicule, l'épididyme ou le canal déférent. Nous avons déjà appris à connaître ces états pathologiques à propos des diverses affections de ces organes. Dans les maladies générales qui s'accompagnent d'un haut degré d'anémie, on observe aussi l'absence de spermatozoïdes, lesquels reparaissent ensuite une fois le malade guéri.

L'**absence complète de liquide éjaculé pendant le coït** (aspermatisme), peut être observée sous deux formes différentes : tantôt le malade n'a jamais d'écoulement de sperme (**aspermatisme permanent**), tantôt les éjaculations se produisent seulement dans certaines circonstances, par exemple sous forme de pollutions nocturnes, mais jamais dans le coït (**aspermatisme temporaire**).

L'**aspermatisme permanent** est dû souvent à un obstacle au passage du sperme par l'urètre : phimosis très étroit, rétrécissement, oblitération ou déviation du conduit éjaculateur. SCHMITT trouva, dans un cas, une atrophie de la prostate et probablement aussi des vésicules séminales. Mais souvent la cause reste ignorée, et l'on a alors recours à l'hypothèse d'une anomalie organique congénitale.

L'**aspermatisme temporaire** exclut une lésion organique grossière, et reconnaît probablement comme cause un défaut d'excitabilité des nerfs sensitifs. L'hypothèse, d'après laquelle ce trouble fonctionnel peut être dû également au manque d'excitabilité du centre des réflexes dans la moelle épinière, ne se trouve nullement confirmée par l'observation clinique, puisque dans les lésions traumatiques, on ne tarde pas à voir survenir une impuissance absolue, l'absence de toute érection. Par contre, l'atonie de la musculature des vésicules séminales peut être une cause d'aspermatisme. Dans nombre de cas, on a attribué ce dernier à des phénomènes spasmodiques à la suite d'une forte excitation du centre d'arrêt des réflexes pour l'éjaculation de cause cérébrale, dont GOLTZ a démontré l'existence dans la moelle lombaire ; aussi GUTERBOCK distingue-t-il un **aspermatisme organique, atonique et psychique**.

Dans la forme organique d'aspermatisme, le **traitement** qui consiste à faire disparaître soit un phimosis étroit, soit un rétrécissement, pourra donner de bons résultats. Quant aux autres formes d'aspermatisme, nous trouvons mentionné dans l'ouvrage de KOCHER, un cas de guérison spontanée (HIRTZ), et un autre dont la guérison fut obtenue par des applications du vinaigre cantharidien sur le gland, qui devint plus sensible sous l'action de ce médicament (CURLING). HICQUET guérit deux malades par l'électricité, les irrigations froides, la noix vomique, etc.