

suffit de pousser le liquide de l'injection à une profondeur très-peu considérable. Rien de plus erroné que cette opinion, rien de plus dangereux que cette manière de faire. Il est absolument faux de prétendre que l'inflammation est limitée au tiers antérieur du canal ; même dans les cas récents, elle s'étend fort au delà, et les injections ne peuvent être efficaces que si elles atteignent la surface affectée dans toute son étendue. Si vous ne prenez pas la peine de montrer vous-mêmes à vos malades comment ils doivent pratiquer leurs injections, aucun d'eux ne les fera convenablement. Une expérience très-étendue m'a convaincu de la vérité de cette assertion. Maintes fois, des malades m'ont dit qu'il était inutile de leur prescrire des injections, parce qu'ils en avaient déjà fait beaucoup sans obtenir aucune amélioration ; mais, si je me faisais rendre compte alors de leur procédé d'administration, je découvrais bientôt qu'il était entièrement défectueux.

Il faut que la seringue de verre ou d'étain puisse jouer très-facilement sous la pression d'un seul doigt : car, si l'on est obligé de déployer une certaine force, la pointe de l'instrument peut être refoulée contre la paroi de l'urètre. La canule de la seringue doit être introduite doucement à une profondeur d'un demi-pouce au moins ; puis, le malade doit appuyer légèrement les lèvres du canal contre l'instrument, avec le pouce et l'index de la main gauche, afin de prévenir le reflux du liquide. Si celui-ci a été injecté en quantité suffisante, il distend le canal jusqu'au niveau de la portion membraneuse. C'est bien à tort que quelques personnes sont effrayées des accidents que déterminerait l'introduction du liquide dans la vessie : la capacité de la seringue ne doit pas dépasser 1 gros $\frac{1}{2}$ (6 grammes) ; c'est la dose convenable pour une injection. Une fois le liquide introduit en totalité dans le canal, on retire l'instrument, et l'on doit maintenir le méat parfaitement clos avec le pouce et l'index pendant deux minutes au moins ; lorsqu'on cesse de comprimer, le fluide injecté est expulsé de l'urètre avec force par suite de l'élasticité naturelle du canal. Tous ces détails ont leur importance ; je ne manque jamais de m'assurer par moi-même que mes malades savent faire leurs injections ; beaucoup le disent qui sont à cet égard dans l'ignorance la plus complète, et qui se font plus de mal que de bien avec leurs essais infructueux.

Il n'entre pas dans mes intentions d'étudier avec vous toutes les substances diverses qui peuvent être employées en injections ; je vous renvoie, pour cela, aux traités spéciaux. Quel que soit l'astringent que vous ayez choisi, vous devez toujours commencer par une

solution faible, dont vous augmenterez la force progressivement ; vous prescrirez cinq ou six injections par jour. *La solution ne doit pas être assez concentrée pour causer une douleur vive au moment où elle est injectée.* Vous ne devez pas prendre ici pour guide le hakim égyptien. J'ai vu des injections très-fortes et très-douloureuses ne déterminer aucun accident, et amener au contraire une guérison rapide ; c'est ce qui arrive avec le nitrate d'argent, modificateur puissant que je n'ose pourtant pas vous recommander, parce qu'il est très-difficile à manier. Mais, en fin de compte, le procédé le plus sage et le plus prudent consiste à employer tout d'abord des injections astringentes faibles ; elles ne doivent produire qu'un peu de chatouillement, ou tout au plus une légère cuisson.

Il est souvent difficile de trouver du premier coup le degré de concentration convenable : aussi je préviens toujours mes malades, et je leur conseille d'ajouter de l'eau à leur solution, si elle est trop irritante. Du reste, lorsque les premières injections ont une force convenable, la sensibilité de l'urètre diminue très-rapidement, et l'on peut augmenter chaque jour la force du liquide.

Je vous ai dit, messieurs, que les injections astringentes sont indiquées dans toute espèce de gonorrhée, au début de la maladie, et que si elles sont convenablement pratiquées, elles réussissent presque toujours à couper court aux accidents dans l'espace de deux ou trois jours. Mais il n'en est plus ainsi lorsque l'inflammation est arrivée à son summum ; dans ces cas-là, les injections peuvent encore être un adjuvant utile du traitement antiphlogistique, mais il faut commencer par de l'eau mucilagineuse chaude, à laquelle on ajoutera, au bout de quelques jours, et avec la plus grande réserve, quelque substance astringente. J'ai oublié de vous dire qu'*avant de prendre son injection, le malade doit toujours uriner, afin de nettoyer le canal de l'urètre.* Bien des gens, je le sais, trouveront tous ces conseils inutiles, et m'accuseront de prolixité ; mais comme je ne connais aucun auteur qui ait daigné s'occuper de ces détails, j'ai cru de mon devoir de vous les faire connaître, persuadé que je suis de leur utilité.

Je dois vous avertir, en outre, que vous aggraverez étrangement la position de votre malade, si vous lui prescrivez des injections astringentes pendant la deuxième période (période inflammatoire) de la blennorrhagie, avant d'avoir combattu les accidents inflammatoires par un traitement antiphlogistique convenable ; cette médication sera même insuffisante, si vous n'ordonnez pas le séjour à la chambre pen-

dant quelques jours, et un régime végétal. Si le malade refuse de se soumettre à ces justes exigences, il ne peut retirer aucun avantage des injections astringentes ; bien plus, à cette période de la maladie, elles lui seront nuisibles. Dans le premier et dans le troisième stade, le repos et la diète ne sont pas absolument nécessaires ; il est certainement préférable d'observer ces deux conditions, mais pour bien des malades cela est absolument impossible ; ceux-là doivent tout au moins s'abstenir de l'usage de la viande, et éviter la fatigue de la marche.

Je ne me suis occupé jusqu'ici que des cas parfaitement simples ; mais lorsque la blennorrhagie est compliquée de rétrécissement, lorsqu'il existe d'anciennes affections de la vessie ou de la prostate, le traitement que je viens de vous faire connaître n'est plus applicable ; il ne l'est pas davantage dans les gonorrhées anciennes et négligées, et chez les malades d'une constitution débile ou scrofuleuse.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que vous ne devez employer au début que des injections faibles, 1 ou 2 grains de sulfate de zinc, par exemple, pour une once d'eau, et j'ai ajouté qu'il fallait prescrire cinq ou six injections par jour. Mais, à mesure que vous augmentez la force du liquide, vous devez diminuer le nombre des injections. Du reste, vous serez bien rarement obligés de recourir à une dose qui dépasse 3 grains (18 centigrammes) pour une once de véhicule. J'ai l'habitude d'ajouter à cette solution 1 ou 2 drachmes (4 ou 8 grammes) de mucilage, et environ 10 grains (60 centigr.) de pierre de calamine en poudre (1). J'attache beaucoup d'importance à l'addition du mucilage ; il atténue les propriétés irritantes du sel métallique ; et comme il en facilite la division, il en assure le contact avec la muqueuse urétrale. Quant à l'action de la calamine, elle est sans doute purement mécanique, tout au moins me serait-il difficile de la concevoir autrement ; en tous cas, une longue expérience m'a démontré l'utilité de cette combinaison, qui est recommandée dans la *Médecine pratique* de Thomas. Quelques médecins ajoutent encore au liquide un peu de baume de copahu ; mais cette substance a le grave inconvénient de trahir par son odeur le secret du malade.

Je n'ai point l'intention, je vous en ai déjà prévenus, d'énumérer ici tous les astringents que vous pouvez successivement employer ; mais j'ai à cœur de vous donner encore un important avis : servez-vous toujours, autant que vous le pourrez, des mêmes substances. Deux ou trois

(1) Carbonate de zinc.

peuvent suffire à toutes les exigences ; de cette façon, vous arriverez à en connaître à fond le mode d'action, et vous serez en état de déterminer avec précision le degré de concentration nécessaire dans chaque cas particulier.

Vous devez en outre interrompre de temps en temps, tous les deux jours, par exemple, l'usage des injections : cette précaution est fort utile, si vous la faites prendre quelques heures avant votre visite ; lorsque vous venez voir votre malade, les effets immédiats du liquide astringent ont cessé, et vous êtes à même d'apprécier exactement l'état des choses. Il arrive souvent d'ailleurs que l'amélioration est à peine perceptible, tant que les injections ne sont pas interrompues. Cette remarque conduit à une autre règle de pratique ; la voici : lorsque vous employez des injections fortes, et que vous avez produit ainsi une modification évidente, vous devez suspendre le traitement tous les deux ou trois jours, afin de vous assurer que vous ne le continuez pas au delà du terme convenable. Si vous voulez observer toutes ces règles, je vous recommande avec la plus entière confiance l'usage des injections ; et je soutiens encore qu'elles n'exposent ni aux rétrécissements, ni aux bubons, ni aux orchites.

On voit des rétrécissements survenir chez des hommes qui n'ont jamais eu de blennorrhagie ; les bubons et les orchites se développent dans le cours de la gonorrhée, quoique les malades n'aient point pris d'injections. Mais si celles-ci sont faites sans ménagement et sans prudence, elles ont une influence incontestable sur le développement de tous ces accidents. Et cela se conçoit aisément : rien n'est plus capable d'exaspérer l'inflammation urétrale qu'une injection mal faite ; ce reproche est surtout vrai pour le nitrate d'argent.

Lorsque la chaudepisse dégénère en blennorrhée, ce qui a lieu principalement chez les individus scrofuleux, le traitement devient aussi pénible qu'incertain ; mais comme je ne puis rien ajouter sur cette question à ce qui se trouve dans vos livres, je n'insiste pas davantage.

Quant à la nature du virus blennorrhagique, j'adopte sans restriction aucune l'opinion moderne qui a été confirmée tout récemment encore par les expériences et les inoculations de Ricord : *Le virus qui donne la blennorrhagie est différent de celui qui donne le chancre et les symptômes secondaires.* En conséquence, dans la blennorrhagie, il est absolument inutile de donner du mercure pour prévenir le développement des accidents constitutionnels.

Ricord emploie les injections de zinc, de plomb ou d'argent après

avoir combattu les accidents inflammatoires par le repos, par un régime doux et par une application de vingt ou trente sangsues au périnée. En général, il prescrit les injections astringentes après trois ou quatre jours d'un traitement purement antiphlogistique ; il ne les ordonne dès le début que si l'inflammation est très-légère. Mais mon expérience personnelle m'a démontré toute la justesse de l'opinion de nos prédécesseurs : ces mêmes topiques astringents qui sont indiqués lorsque la violence de l'inflammation urétrale est apaisée, conviennent parfaitement aussi avant que les accidents inflammatoires soient complètement développés. Je n'aurais pas insisté aussi longuement sur ce point, si je ne savais que beaucoup de praticiens condamnent absolument les injections, et ne prescrivent que le repos et la médication antiphlogistique. Or, je le répète, cette méthode n'est pas seulement ennuyeuse ; elle est, à beaucoup d'égards, très-nuisible.

Dans les blennorrhagies simples et récentes, je n'ai pas ordonné une seule fois, depuis plusieurs années, le cubèbe ou le copahu, et j'ai toujours réussi, à mon entière satisfaction, au moyen des antiphlogistiques généraux et locaux, secondés par les injections. Ricord commence toujours par traiter les accidents phlegmasiques ; c'est le seul point sur lequel je ne sois pas d'accord avec lui. Je n'ai d'ailleurs qu'une seule objection à faire à cette méthode, c'est qu'elle impose au malade plusieurs obligations pénibles : dans les maladies ordinaires, c'est peu de chose que le séjour à la chambre et la perte de quelques jours ; mais les individus atteints de gonorrhée redoutent par-dessus tout les précautions qui pourraient les exposer à quelque soupçon. Vous pensez bien, messieurs, que je ne m'arrêtera point à de telles considérations, si ma condescendance devait retarder ou compromettre la guérison du malade, mais le traitement que je vous ai fait connaître me met à l'abri de tout danger ; du reste, ce mode de traitement a été sanctionné par les anciens écrivains, dont l'école antiphlogistique moderne a abandonné bien à tort tous les errements.

Je dois m'occuper maintenant de deux affections que l'on rattache à la blennorrhagie, à savoir : l'ophtalmie et l'arthrite. Un grand nombre d'écrivains les plus autorisés admettent l'existence de l'arthrite blennorrhagique. Bacot nous dit que cette affection est le plus ordinairement caractérisée par un gonflement douloureux des genoux et des cous-de-pied, lequel n'apparaît, en général, que dans la période décroissante de la chaudepisse. Cette détermination articulaire est

plus fréquente, d'après le même auteur, chez les jeunes gens qui ont le teint fleuri de la constitution scrofuleuse ; parfois l'arthrite disparaît subitement sous l'influence d'une éruption de papules confluentes ou de petites pustules isolées. D'après Vetch, cette forme de rhumatisme est fort difficile à guérir ; mais, pour les détails du traitement, je suis obligé de vous renvoyer à cet auteur et à l'ouvrage de Bacot, car je n'ai pas une expérience suffisante sur ce point.

J'ai vu avec le docteur Nalty un homme de trente-cinq ans qui en était à sa quatrième chaudepisse. Chez ce malade, la marche des accidents était des plus remarquables ; tout allait comme d'habitude jusqu'au moment où l'écoulement et l'inflammation commençaient à diminuer ; mais alors (et il en avait été ainsi à chacune des blennorrhagies) les yeux devenaient douloureux, rouges et larmoyants ; il y avait de la photophobie ; en un mot, le malade présentait tous les symptômes d'une conjonctivite aiguë simple, développée sous l'influence du froid. La conjonctive scléroticale ne tardait pas à se prendre ; mais elle ne montrait aucune tendance à la suppuration ni au chémosis. Par ces deux caractères importants, cette inflammation différait complètement de la conjonctivite purulente. Au bout de quelques jours, la sclérotique et les membranes internes du globe oculaire s'enflammaient à leur tour, et la vision était pour quelque temps sérieusement compromise. Cependant la pupille n'était pas déformée, et l'iris n'était pas atteint, du moins sur sa face antérieure et sur sa petite circonférence. La rougeur du globe de l'œil était diffuse et généralisée ; elle n'était pas bornée, comme dans certain cas d'ophtalmie syphilitique profonde, à une zone située à quelque distance de la cornée. Chez notre malade, ces accidents exigeaient un traitement déplétif local très-énergique, et il était très-difficile d'en triompher.

A notre seconde visite, nous avons constaté l'existence d'une ulcération superficielle de la cornée, et nous avons prescrit le traitement suivant : colchique à l'intérieur, scarifications légères sur la surface interne de la paupière inférieure ; le lendemain, une goutte de collyre au nitrate d'argent (4 grains pour une once).

Pendant le développement et durant la période d'état de cette ophtalmie, l'écoulement urétral diminuait toujours, mais il ne cessait pas complètement ; si, par hasard, il devenait plus abondant, l'affection oculaire perdait immédiatement de sa violence.

Après que cette ophtalmie avait duré quelques jours, ce malade était pris d'une inflammation articulaire aiguë ; puis, lorsque les arti-

culations qui avaient été atteintes les premières cessaient d'être douloureuses, une autre jointure se prenait; de sorte que les genoux, les cous-de-pied, les coudes, etc., étaient successivement touchés; les articulations devenaient rouges, sensibles, douloureuses; la température de la peau était augmentée, les mouvements étaient impossibles. Quelquefois cette inflammation était tellement violente, que la jointure restait gênée et roide pendant plusieurs mois. Lorsque je vis cet homme, il souffrait d'une sciaticque du côté gauche, sans préjudice de son arthrite habituelle.

Voilà, messieurs, un fait intéressant, car il démontre péremptoirement l'existence d'une arthrite et d'une ophthalmie blennorrhagiques. Cette ophthalmie a tous les caractères de l'ophthalmie rhumatismale, nous devons donc l'attribuer à une impression anormale exercée par la blennorrhagie sur la constitution tout entière; d'un autre côté, l'affection des yeux et celle des articulations présentent des caractères identiques. Or, comme les déterminations articulaires ne sont certainement pas reproduites par le contact du liquide urétral, nous ne devons pas regarder cette dernière condition comme la cause déterminante de l'inflammation oculaire. Cette considération est d'une grande importance, car elle prouve qu'il est au moins une espèce d'ophthalmie blennorrhagique qui n'est pas déterminée par le contact direct du liquide infectant. L'existence de la sciaticque est également fort remarquable.

Sir Philip Crampton, qui a vu plus tard ce malade avec nous, m'a dit avoir observé déjà plusieurs cas semblables. Il pense que dans quelques-uns d'entre eux du moins, il faut admettre une inflammation goutteuse des yeux et des articulations, dont la blennorrhagie est la cause occasionnelle.

Le plus illustre des chirurgiens de l'Angleterre, sir A. Cooper, déclare que le rhumatisme blennorrhagique n'est point une affection rare. Il rapporte même une observation qui n'est pas sans analogie avec celle dont je viens de vous entretenir. « Je veux vous raconter, dit sir Astley, le premier fait de ce genre que j'ai vu, car il a fait une profonde impression sur mon esprit. Un Américain vint me consulter pour une gonorrhée; après qu'il m'eut raconté son histoire, je souris et lui dis: « Voici ce que vous avez à faire, et tout ira bientôt pour le mieux. » Mais à ces mots le malade m'arrête: « N'allez pas si vite, dit-il; chez moi une » chaudepisse n'est pas une petite chose: vous me verrez sous peu » atteint d'une ophthalmie, et quelques jours plus tard j'aurai un rhu-

» matisme articulaire; deux fois déjà j'ai pu en faire l'expérience, et » deux fois les choses se sont passées de cette façon. » Là-dessus je lui recommande de prendre les plus grandes précautions pour éviter le contact du liquide urétral avec les yeux, et je m'en vais avec sa promesse. Trois jours après, je suis mandé de nouveau auprès de ce gentleman, qui s'écrie en m'apercevant: « Eh bien! que vous disais-je » il y a deux ou trois jours? » Il avait un abat-jour vert, et il était affecté d'une double ophthalmie. Je lui ordonnai de rester dans l'obscurité, de prendre des purgatifs énergiques, et de se faire mettre des sangsues sur les tempes. Trois jours se passent encore; mon Américain me fait demander un matin un peu plus tôt que d'habitude, parce qu'il souffre dans un genou; je trouve l'articulation immobile et enflammée. Je prescrivis quelques topiques, et bientôt après l'autre genou se prend de la même façon. L'ophthalmie guérit à grand-peine, et le rhumatisme persista pendant plusieurs semaines. Ce fait m'avait profondément étonné, et je demandai à M. Cline s'il avait jamais vu le rhumatisme se développer sous l'influence de la blennorrhagie; il me répondit qu'il en avait rencontré déjà plusieurs exemples. Le second cas ne me surprit pas autant, et depuis lors j'en ai observé plusieurs. En fait, cette affection articulaire de la gonorrhée n'est point rare; est-elle produite par l'absorption du poison, ou par cet état d'irritation que détermine l'inflammation de l'urètre? Je l'ignore; mais ce qui est bien certain, c'est que la chaudepisse peut causer une arthrite et une ophthalmie, et cela, quoique les yeux aient été parfaitement à l'abri du liquide infectant. Cette ophthalmie attaque ordinairement les deux yeux, et elle a une durée assez longue; elle exige les mêmes moyens de traitement que la blennorrhagie elle-même: l'essence de térébenthine, le copahu ou l'oliban. Je ne crois pas que cette affection soit décrite dans aucun traité de chirurgie; mais quiconque a pratiqué doit l'avoir observée plusieurs fois. »

Tels sont, messieurs, les enseignements que cet homme illustre nous a donnés. Il n'indique pas clairement, il est vrai, les différentes formes d'ophthalmie blennorrhagique; il n'en fait pas connaître les diverses causes; il décrit avec un laconisme regrettable l'affection oculaire de son Américain; mais il en dit assez cependant pour nous montrer que cette ophthalmie était rhumatismale et non point purulente.

Il ne me paraît pas nécessaire d'invoquer l'absorption de quelque liquide virulent pour expliquer le développement de l'ophthalmie et de l'arthrite blennorrhagiques. Au point de vue de l'inflammation, les arti-

culations sont unies par d'étroites sympathies avec les organes les plus éloignés; vous savez avec quelle facilité l'arthrite légitime donne lieu à la péricardite, à l'hépatite, à l'ophtalmie, etc. Lorsqu'un rétrécissement de l'urètre détermine des accès fébriles intermittents, nous ne croyons pas pour cela à l'absorption de quelque virus; et pourtant ces accidents sont aussi surprenants que l'arthrite, qui se développe sous l'influence de l'irritation blennorrhagique de l'urètre.

Il est d'ailleurs un principe général que vous ne devez jamais oublier. Lorsqu'un organe important s'enflamme, il est impossible de savoir sur quel point du corps cet état morbide va faire sentir son influence. J'ai vu une œsophagite, déterminée par un cathétérisme violent, donner lieu à une inflammation de la muqueuse vésicale.

Lorsque sir Astley Cooper a publié ses *Leçons* en 1823, la question de l'ophtalmie blennorrhagique n'avait pas encore été étudiée avec l'attention qu'elle mérite: aussi les opinions des chirurgiens étaient-elles parfaitement contradictoires; la chose en était à ce point, que M. Green, qui avait suppléé sir Astley, a introduit dans les leçons de l'éminent chirurgien une opinion directement opposée, car il n'admet point avec Cooper que la blennorrhagie puisse déterminer une ophtalmie en dehors de tout contact infectant. Aucun travail suffisant n'avait été publié sur ce sujet avant le *Traité* de M. Lawrence sur les *affections vénériennes des yeux*; dans ce livre, qui a paru en 1830, cent vingt-sept pages sont consacrées à l'étude des trois formes d'ophtalmie blennorrhagique; l'auteur a joint à ses descriptions de nombreuses observations.

Chirurgien distingué, physiologiste éminent, M. Lawrence a plus fait que tous ses prédécesseurs pour élucider cette question obscure, et je ne saurais assez vous recommander la lecture de cette œuvre importante.

On a prétendu que le pus blennorrhagique ne pouvait pas produire d'ophtalmie par le contact direct chez l'individu atteint de chaude-pisse; l'auteur s'élève avec force contre cette assertion, et il cite un grand nombre de faits démonstratifs; je n'ai pas besoin d'ajouter que je suis parfaitement d'accord avec lui sur ce point. Il admet trois espèces d'ophtalmie blennorrhagique: I. Inflammation blennorrhagique aiguë ou purulente de la conjonctive. — II. Inflammation blennorrhagique légère de la conjonctive. — III. Inflammation blennorrhagique des tuniques externes de l'œil et de l'iris.

Vous ne devez pas oublier, messieurs, que cette dernière espèce ne

mérite point la qualification de métastatique; le plus souvent, en effet, c'est à peine si l'écoulement urétral diminue d'abondance.

Quelques auteurs, parmi lesquels on compte Scarpa, Boyer, Pearson et Beer, nient que le contact direct du pus urétral puisse donner lieu à une ophtalmie purulente grave; ils prétendent qu'il ne détermine qu'une irritation légère et momentanée. Mais les observateurs plus récents n'ont point admis cette manière de voir.

M. Middlemore résume ainsi cette question:

I. Le mode de production le plus ordinaire de l'ophtalmie blennorrhagique, c'est le contact du pus provenant de l'urètre ou du vagin d'un autre individu, mais non pas du malade lui-même. — II. Il n'est pas probable que le même individu puisse transporter l'affection de son urètre à sa conjonctive, en touchant cette membrane avec le pus blennorrhagique.

Si cette dernière proposition était parfaitement démontrée, je la regarderais comme l'un des résultats les plus curieux des travaux modernes. Mais je dois avouer que je suis loin d'être convaincu de la vérité de cette assertion. Et d'abord, j'ai vu un malade qui avait été atteint d'ophtalmie purulente, très-probablement à la suite du contact du pus de son urètre; je dis très-probablement, parce qu'il est presque impossible d'arriver ici à une certitude absolue. D'autre part, les expériences de Ricord ont établi que le pus d'un chancre peut produire un autre chancre chez le même individu, et cela avec la plus grande facilité; ce fait, bien constaté aujourd'hui, autorise à douter de la proposition que je combats.

Le poison de la gale est souvent transporté par les ongles du malade sur différents points de son corps, et les habits portés par un galeux peuvent encore infecter leur propriétaire après guérison (1). Je pourrais vous citer bien d'autres exemples de ce genre, mais je crois en avoir dit assez pour vous montrer que l'analogie ne plaide point en faveur de la proposition de M. Middlemore. Le docteur Vetch « a pris du pus dans les yeux de malades atteints d'ophtalmie purulente, et il a déposé ce liquide dans l'urètre des mêmes individus: il n'a déterminé par là aucun accident. Mais lorsqu'il introduisait ce même liquide dans l'urètre d'un individu sain, il voyait se développer une blennorrhagie violente; il conclut de là qu'un malade ne peut pas s'infecter lui-même. »

(1) On connaît aujourd'hui le *poison* de la gale; en conséquence, cette comparaison est sans valeur. (Note du TRAD.)