

de la difficulté de l'exploration des viscères de l'abdomen et des dangers de la malaxation d'un intestin fortement distendu. Que pourrait faire, d'ailleurs, la laparotomie en présence de cas encore assez fréquents (thèse de M. Thibierge) de simples accumulations de matières fécales et de parésie intestinale ? »

A quel procédé faut-il accorder la préférence ?

De nombreuses observations sont là pour témoigner que toutes les formes électriques ont donné de bons résultats. Je citerai, en particulier, une observation qui m'a été communiquée par mon confrère, M. Semmola, professeur de thérapeutique à l'Université de Naples. Il s'agit d'un jeune homme atteint d'une occlusion intestinale, due à une paralysie intestinale transitoire, causée par un épuisement nerveux, s'accompagnant de parésie vésicale. Le procédé employé fut le suivant : Pôle positif introduit dans le rectum, sous forme d'un cathéter. Pôle négatif de forme olivaire, promené sur l'abdomen, sur le cœcum, sur le colon et sur l'S iliaque. M. Semmola déterminait ainsi des fluctuations dans l'intensité du courant. Trois applications par jour. Dès la troisième application l'ischurie cessa et après la neuvième application, le malade eut des évacuations alvines régulières. Mais aucune méthode ne peut présenter un ensemble d'observations aussi encourageant que la galvanisation intestinale par le lavement électrique. Aucun n'est mieux exempt de tout danger. Nous croyons donc que cette méthode doit être préférée ; mais il va sans dire que, quand on n'a pas l'instrumentation nécessaire sous la main, on peut recourir à la faradisation.

Notre conclusion, très ferme et très raisonnée, est, en somme, que l'électricité doit être placée au premier rang parmi les moyens que le médecin possède pour combattre une affection si redoutable. Malheureusement, il faut bien le reconnaître, ce moyen est encore trop peu connu et trop dédaigné.

Fissures de l'anus.

En 1897, le professeur Doumer, de Lille, a eu l'idée d'essayer dans les fissures de l'anus les effluves de hautes fréquences obtenues au moyen du résonnateur de Oudin. Il a employé l'électrode à manchon de verre, simple tige de laiton glissée à frottement dans un tube de verre de faible épaisseur. Les faits ont dépassé son attente, tous les malades ont guéri dans un temps très court. Depuis, tous ceux qui ont employé cette méthode n'ont pu que confirmer les premières observations de M. Doumer. Pour moi, j'ai eu trois cas à traiter et tous les trois ont parfaitement et rapidement guéri. Le mode de traitement est des plus simples : l'électrode reliée au solénoïde du résonnateur est introduite avec précaution dans l'anus, assez profondément pour intéresser toute l'épaisseur du sphincter. On laisse jaillir les étincelles violettes, pendant cinq à huit minutes. D'ordinaire le soulagement est rapide, parfois immédiat, la sphinctéralgie diminue, les fissures se cicatrisent peu à peu, la contracture cède ; dans quelques cas l'amélioration s'est fait attendre quelques jours et n'a été bien marquée et définitive qu'après la cessation du traitement.

Détail à noter : la constipation et les hémorroïdes disparaissent conjointement.

Je rapporte ici quelques intéressantes observations de Doumer :

OBSERVATION LXXXIII. — Le premier malade que j'ai soumis à ce traitement est un officier de 38 ans qui était affligé d'une fissure avec contracture et sphinctéralgie depuis un an. Il avait déjà subi avec un résultat très incomplet deux dilatations forcées de l'anus et il redoutait tellement cette intervention qu'il ne voulait plus y avoir recours.

Les douleurs, au moment où je le vis, n'étaient pas très vives ni continues, mais elles survenaient après chaque défécation et duraient alors plusieurs heures, si bien qu'elles apportaient une gêne très grande à l'exercice de la profession de cet officier. La fissure était profonde, longue de 2 centimètres environ ; la contracture était moyenne ; constipation très opiniâtre ; parfois poussées hémorroïdaires intenses.