

des auteurs, à l'exemple de Ciniselli, mettent tous les effets constatés au compte de la coagulation de la fibrine que détermine l'action de l'aiguille positive. N'oublions pas toutefois que les expériences in vitro qui démontrent la réalité de cette coagulation se font dans des conditions très différentes d'une poche anévrysmale. Dans cette dernière, le liquide n'est plus immobile comme dans un tube à expérience, il circule, se renouvelle constamment si bien que ce sont de nouvelles particules sanguines qui viennent constamment au contact de l'électrode. Le caillot, dans ces conditions, doit être bien peu volumineux. N'est-il pas infiniment plus probable que l'électrolyse agit surtout sur la paroi interne du sac à la façon d'un irritant pour déterminer une endartérite curative, par le dépôt de couches successives fibrines qui s'opèrent sur un épithélium vasculaire enflammé? Pour être plus affirmatif il nous faudrait des autopsies et nous en manquons complètement. Ce serait cependant un point intéressant à élucider.

Varices et ulcères variqueux.

Nous avons obtenu Gautier et moi d'excellents effets par l'emploi du bain hydro-électrique à courant sinusoïdal dans les varices. Le bain est appliqué exactement comme chez les cardiaques et l'action thérapeutique est évidemment de même ordre. Le massage profond opéré par le courant, facilite la circulation, désengorge les tissus, diminue l'œdème et secondairement améliore beaucoup les varices elles-mêmes. C'est surtout dans les varices profondes des membres inférieurs que les résultats de ce traitement sont encourageants. L'engourdissement, la gêne de la marche, les crampes, sont considérablement améliorés ainsi. Quant aux ulcères variqueux, leur cicatrisation est très rapide en usant du bain électrique. Mais ce procédé qui toutefois nous semble le procédé de choix n'est pas le seul qui réussisse électriquement parlant. Boudet de Paris a employé l'électricité galvanique avec des résultats

absolument remarquables. Une électrode positive en zinc et recouvrait l'ulcère, une négative fermait le courant en un point indifférent. L'intensité du courant était de 6 à 8 milli-amp. La durée de dix minutes. J'ai été témoin quand j'étais son chef de clinique de très belles cures opérées ainsi. M. Doumer de Lille a préconisé le souffle statique qui a donné entre ses mains des succès presque constants. Il emploie un souffle aussi intense que possible et fait trois séances par semaine (Th. de Marquant, 1894). Souvent, dès la première séance, la sécrétion se tarit ou tout au moins diminue d'une façon appréciable. La diminution de la douleur ou la gêne de la marche suit une progression tout à fait parallèle. Le bourgeonnement du fond de la plaie et la désintégration de l'épiderme sont très actifs. Les phénomènes inflammatoires du voisinage s'amendent avec rapidité, etc.

Ce sont exactement les mêmes effets que ceux que nous obtenons par le bain hydro-électrique qui nous a paru toutefois avoir des effets bien plus rapides dans quelques cas où nous avons pu comparer les deux traitements.

L'électricité agit ici évidemment en réveillant la vitalité des tissus et en activant les échanges cellulaires au niveau de la plaie.

Asphyxie locale des extrémités.

Nous rangeons un peu artificiellement l'asphyxie locale des extrémités dans les maladies de l'appareil circulatoire quoique ce soit à vrai dire une tropho-névrose, mais cette tropho-névrose ne va pas le plus souvent sans lésion anatomique des capillaires atteintes d'artério-sclérose et de rétrécissement mécanique de leur calibre. L'électricité est le seul médicament qui ait jamais donné des résultats dans cette maladie. On a le choix entre les courants continus et les courants à hautes fréquences sous forme d'effluves prolongées. Il y a du reste souvent intérêt à employer concurremment ces deux modes d'électrisation. Pour les courants continus, je place le pôle positif sur le rachis vers

la région cervicale, les pieds ou les mains plongés dans l'eau tiède représentant le pôle négatif, courant de 10 milli-amp. d'intensité et de 11 à 15 minutes de durée. Séances journalières pendant longtemps jusqu'à cessation des accidents; le traitement réussit dans un quart des cas environ; souvent le résultat est incomplet ou même il y a échec absolu, mais comme c'est le seul sur lequel on puisse compter, il y a indication de l'essayer toutes les fois qu'on se trouve en présence de cette affection si tenace et si rebelle.

Maladies de l'appareil lymphatique.

Lymphangiômes. — Le traitement est le même que pour les angiômes d'après M. Bergonié, auquel nous empruntons l'observation suivante (Arch. d'électr. méd., 1894).

Le 17 avril 1893 se présente à la clinique, envoyée par M. le professeur Demons, une petite fille âgée de six ans atteinte de lymphangiôme de la joue droite. A l'aspect extérieur, on remarque que la joue droite est plus volumineuse, qu'elle retombe en déformant la commissure labiale et en l'abaissant; au toucher on trouve que la joue est très épaissie, de consistance molle, pâteuse. De plus, la muqueuse est sur toute sa surface très rugueuse et parsemée de petites éminences blanchâtres. Cette rugosité s'étend à partir du repli gingival inférieur jusqu'au repli gingival supérieur et à la commissure latérale droite; de l'autre côté, on ne trouve rien de semblable, pas plus que sur le voile du palais ou sur la muqueuse palatine. Cette tumeur ne subit aucune variation dans son volume. Lorsque la malade fait des efforts, il n'y a pas non plus augmentation de volume. Il n'y a jamais eu d'écoulement sanguin. En un mot le diagnostic de lymphangiôme est bien exact.

D'après M. Demons et aussi d'après la Société de médecine devant laquelle l'enfant a été présentée, le traitement le plus rationnel que l'on puisse appliquer est l'électrolyse. On emploiera la méthode bipolaire et de faibles intensités pour amener de petites rétractions cicatricielles.

19 avril 1893. — Deux aiguilles de platine de 0,6 millim. sont enfoncées d'à peu près un centimètre dans la tumeur. On remarque que la pénétration des aiguilles est très difficile, la surface de la muqueuse étant comme cornée. Int. 15 m.a. durée sept minutes 1/2. Lorsqu'on retire les aiguilles on voit une coloration grisâtre de la partie où les deux aiguilles étaient enfoncées. Pas trace de sang.

21 avril. — Deux jours après la première séance on remarque que la tumeur a légèrement augmenté de volume; de plus, à la surface de la muqueuse existent deux escharres, toutes les deux grisâtres et présentant un aspect tout à fait différent des escharres que l'on observe dans l'électrolyse des angiômes. La petite malade n'a pas souffert et n'a éprouvé aucune gêne dans la mastication.

24 avril. — Au niveau du point d'implantation des deux aiguilles, deux escharres ont été éliminées, entraînant une perte de substance assez considérable. La joue a légèrement augmenté de volume. Pas de phénomènes inflammatoires, pas d'hémorragie, pas de douleurs.

5 mai. — Cicatrisation complète, deuxième séance d'électrolyse bipolaire. Int. 30 m.a. Durée 5 minutes.

19 mai. — Une escharre du volume d'une fève est tombée. Une zone périphérique indurée existe encore, quoique le volume de la joue soit redevenu presque normal.

1^{er} décembre. — Quatrième séance d'électrolyse. Deux aiguilles d'acier sont enfoncées parallèlement de 1 cent. 1/2 à peu près au centre du reste de la tumeur, elles pénètrent très difficilement dans un tissu très résistant. L'intensité est amenée progressivement à 47 m.a. Cette intensité est conservée pendant trois minutes, puis ensuite ramenée lentement à zéro.

22 décembre. — La plaie est tout à fait guérie. L'asymétrie des joues est à peine sensible.

16 février 1894. — Pour enlever les quelques petits lacs lymphatiques qui existent encore à la surface de la tumeur on fait une cinquième et dernière séance d'électrolyse dont on