

instrumentale. L'expectation, tant au point de vue du diagnostic que du traitement, s'impose dans bien des cas. Au bout de quelques semaines la question s'éclaircit d'elle-même et, dès lors, on peut employer une thérapeutique active. Je n'ai point à parler ici ni des moyens médicaux, ni des moyens chirurgicaux habituellement employés et qui trouvent leurs indications suivant les circonstances; il s'agit ici d'électrothérapie et d'électrothérapie seulement; or, l'électrothérapie dans le cas d'engorgement simple utérin, constitue, comme l'a montré Tripier, dans des mains exercées, un procédé thérapeutique très actif.

Tripier est d'avis que l'électricité faradique peut lutter efficacement contre l'engorgement, favoriser la résorption des exsudats péri-utérins, et rendre aux ligaments suspenseurs de l'utérus leur tonicité.

Sur les deux premiers points nous sommes tout à fait d'accord. La faradisation énergique du tissu utérin produit des contractions tellement nettes, si facilement appréciables par l'opérateur qu'il est évident qu'une action décongestive peut s'ensuivre.

Et, de fait, les matrices flasques et engorgées diminuent très rapidement de volume sous cette influence. L'expérience montre également que les exsudats péri-utérins ne tardent pas à se résorber lorsqu'ils ne sont pas très anciens, ni trop avancés dans leur organisation fibreuse, mais je ne crois pas que l'on ait jamais rendu aux ligaments suspenseurs de l'utérus une tonicité quelconque. Si nous considérons que l'appareil ligamenteux destiné au soutien de l'utérus ne comporte que quelques rares fibres musculaires dont le rôle doit être infime sinon nul, comment admettre, en supposant même que ces fibres reprennent leur tonicité sous l'influence de l'excitant électrique, que leur action se trouve tout à coup devenue essentielle et prépondérante par rapport à celle des tissus fibreux et élastiques sur lesquels nous ne pouvons rien? Non, si l'utérus se redresse souvent à la suite d'un traitement électrique c'est que, devenant

moins lourd, l'élasticité naturelle des ligaments suffit à le maintenir, tandis qu'auparavant cette élasticité était pour ainsi dire forcée en raison du poids trop considérable qu'elle avait à surmonter.

Voyons maintenant la technique.

Tripier conseille exclusivement l'emploi du courant faradique avec la bobine à gros fils. Chéron utilise le courant continu avec interruptions rythmées. Je dois dire que les deux procédés donnent de bons résultats, et j'ajouterai que l'emploi du courant alternatif sinusoïdal agit non moins efficacement. Toutes ces méthodes aboutissent en effet au même résultat, la contraction du muscle utérin et des fibres lisses des vaisseaux. Peut-être même est il souvent préférable de les utiliser concurremment et de varier ainsi la nature de l'excitant.

Le courant faradique sera appliqué de la façon suivante: une électrode sous la forme d'une plaque d'étain 9/12^{cc} est maintenue au-dessus du pubis si l'utérus est rétrodévié ou simplement abaissé et engorgé et sur la région sacrée s'il s'agit d'une antédeviation. L'électrode active représentée soit par l'une des électrodes métalliques spéciales de Tripier, ou par une électrode en charbon, ou bien plus simplement par une simple tige de cuivre isolée des parois vaginales, au moyen d'un manchon protecteur en celluloïd est introduite dans la cavité utérine, ou la cavité cervicale seulement, quand l'introduction intra-utérine est difficile ou pénible pour la malade. Le sens du courant est indifférent. Les interruptions seront lentes, une ou deux à la seconde environ, et la bobine doit être poussée jusqu'à ce que les contractions utérines soient nettement perçues par le doigt introduit jusqu'au contact du col utérin, le long de l'électrode. Au début surtout les séances doivent être courtes; au bout de quatre à cinq leur durée moyenne atteindra cinq à six minutes; agir plus longtemps est inutile et peut être moins efficace. Un courant court mais énergique produit le maximum d'effet; mais, cette énergie maxima ne doit pas, bien entendu,

être obtenue d'emblée et ce n'est qu'en poussant lentement la bobine induite qu'on atteindra progressivement le maximum tolérable. Les séances seront renouvelées trois fois par semaine au début du traitement, puis deux fois quand l'amélioration est déjà nette. Le nombre moyen de séances nécessaires est de quinze à vingt; soit un mois et demi à deux mois de traitement.

Les courants galvaniques à interruptions rythmées s'appliquent de la même façon avec cette différence que le pôle utérin doit être négatif. On peut produire des intermittences à la main au moyen d'un bouton interrupteur, mais il vaut mieux utiliser un interrupteur mécanique à intermittences lentes. L'intensité du courant pour obtenir une bonne contraction utérine doit être poussée jusqu'à 15 ou 20 milli-ampères. La durée de chaque séance, leur nombre, reste le même.

Le courant alternatif est bien nécessairement à intermittences rapides; il faut donc pour ne pas fatiguer le muscle utérin le rendre intermittent; on l'interrompt donc rythmiquement, comme s'il s'agissait d'un courant continu. Le manuel opératoire ne diffère nullement de celui du courant faradique: son intensité se règle par la contraction utérine et par la sensation accusée par la malade. Il ne faut pas oublier que toutes ces applications doivent être absolument tolérables. S'il y a une douleur trop vive, c'est, comme l'a montré Apostoli, que les annexes sont malades, et nous verrons plus loin la conduite à tenir en pareil cas.

Ce traitement suffit communément, dans les cas légers, à replacer l'utérus en position normale et à lui rendre son volume normal. Mais, quand la déviation est très accentuée, très ancienne, on n'obtient qu'une amélioration momentanée. L'utérus après s'être décongestionné sous l'influence des contractions provoquées, s'engorge de nouveau puisque la cause de son engorgement persiste et même après deux ou trois séries de traitements l'action électrique s'épuise et on n'obtient plus aucune modification de l'engorgement utérin quoi qu'on fasse. Il y a donc

des différences à faire dans le pronostic, mais c'est là une affaire d'expérience de la part de l'électrothérapeute.

OBSERVATION LXXXIX (TRIPPIER). — M^{me} C. P..., âgée de 26 ans, nullipare. Depuis deux ans, douleur dans l'hypocondre gauche; douleurs utérines et lombaires deux ou trois jours avant l'établissement des règles. Envies très fréquentes d'uriner. Constipation opiniâtre. Irritabilité extrême.

Antéversion avec anteflexion. Abaissement. Le col est sain. Dernières règles le 10 juillet 1862. Le 19, faradisation recto-utérine par des courants de moyenne tension qui ne provoquent pas de contractions. Le 21, faradisation recto-utérine. Les courants de basse tension sont bien supportés et provoquent des contractions. Le 26, nouvelle séance. Les douleurs sont très vives, et hors de proportion avec les contractions. Le 29, retour au courant de moyenne tension. Règles le 4 août, moins douloureuses, plus abondantes, elles durent trois jours. Le 14, faradisation recto-utérine, courants de moyenne tension, peu de contractions. Les 28 et 30, courants de moyenne tension, contractions énergiques. Règles le 1^{er} septembre, douloureuses, abondantes, durant quatre jours. Les 13, 15, 17, et 19, faradisation recto-utérine. Le 22, l'antéversion a complètement disparu. L'abaissement persiste. En vue de remédier, autant que possible, à cet abaissement, je fais les 22, 24 et 26, des séances de faradisation bi-inguino-utérine. Règles le 27, douloureuses, durant trois jours. Le 20 octobre, cathétérisme utérin. Des tentatives très modérées pour franchir l'orifice utérin restent infructueuses. J'attribue à sa perméabilité insuffisante les douleurs qui ont accompagné les dernières règles. Faradisation bi-abdomino-utérine par courants de faible tension. Dilatation du col par un petit cylindre d'éponge préparée. Le 25, réapplication de l'éponge préparée. Le 28, faradisation bi-abdomino-utérine. Règles le 1^{er} novembre sans douleurs. Vers le 15, retour des douleurs pelviennes, douleurs cardiaques, crises de dyspnée. Les 20, 24 et 26, faradisation bi-inguino-utérine. Les deux premières séances sont suivies de l'application d'éponge préparée. Dès la première séance, les douleurs et la dyspnée ont cessé. Règles le 29, d'abondance moyenne durant quatre jours sans douleurs. Le 18 décembre, à la suite d'une très vive colère, surviennent de violentes douleurs de reins, suivies d'une hémorragie utérine qui commencent à cesser le soir du second jour quand je fus appelé. En questionnant la malade sur son état durant les jours qui avaient précédé cette hémorragie, je fus conduit à regarder comme très probable une grossesse, suivie, presque à son début de l'expulsion de l'œuf. Le 30, engorgement notable. L'abaissement a augmenté. Ecoulement qui ressemble fort aux lochies. Rougeur et sensibilité du vagin.

Le 6 janvier, douleur sciatique guérie par deux séances de pinceau faradique.