

de cuivre imaginées par Gautier, des électrodes d'argent, substituant ainsi à l'action de l'oxychlorure de cuivre celle de l'oxychlorure d'argent. C'est là une modification sans grande importance, les deux sels ont une activité à peu près égale, et si je persiste à préférer le cuivre à l'argent, c'est que la méthode inaugurée par Gautier me donne toute satisfaction et que l'outillage en cuivre est plus simple et moins dispendieux que celui à l'argent.

Sous l'influence de ce traitement et, en général, au bout de cinq à six applications on voit d'abord les ménorrhagies se tarir, puis les autres symptômes de la métrite rétrocéder peu à peu. Il est rare que dix-huit à vingt applications ne soient pas suffisantes. Pendant tout le temps du traitement, la malade n'a nullement été immobilisée : elle a pu vaquer à ses occupations habituelles, tandis qu'un curetage l'aurait maintenue au lit plusieurs jours.

Je mentionnerai, pour mémoire, un mode de traitement vanté par Briggt et Massey, de Boston, et dont le principe est analogue à celui de l'électrolyse métallique interstitielle. Ces auteurs substituent à la tige de cuivre une solution d'iodure de potassium introduite lentement et à jet continu dans l'intérieur de l'utérus par une sonde à double courant. C'est cette solution qui est décomposée par le courant et agit ainsi par l'iode et l'oxygène dégagés à l'état naissant sur la muqueuse utérine en même temps que l'action dynamique du courant se produit sur la fibre utérine. Cette méthode dont je n'ai pas l'expérience personnelle me paraît rationnelle mais bien compliquée et j'estime qu'on peut atteindre les mêmes résultats avec des électrodes solides.

Métrite parenchymateuse. — Lorsque les phénomènes inflammatoires ont dépassé la muqueuse et envahi profondément les culs de sacs glandulaires et le parenchyme utérin, les applications électriques deviennent moins efficaces. Elles sont loin d'être inutiles, cependant. Mais ce n'est plus à l'électrolyse par courant galvanique exclusivement qu'il faut avoir recours ;

il faut y joindre l'emploi du courant alternatif. Nous sommes en présence en effet, d'une muqueuse malade que l'électrolyse cuprique modifiera et d'un tissu utérin engorgé que les courants alternatifs vont faire contracter et dont ils vont activer la circulation.

Le traitement rationnel consiste donc à employer simultanément les deux ordres de courants. Dans ces cas je fais d'habitude une séance de courant continu avec électrolyse interstitielle par semaine et une ou deux séances de courant alternatif. Les doses, la durée, la technique, sont les mêmes que celles qui viennent d'être exposées à propos des engorgements utérins d'une part, des endométrites d'autre part. Le traitement par l'électrolyse à l'argent employée seule, a bien réussi entre les mains de M. Boisseau du Rocher chez plusieurs malades du service de M. le docteur Reynier, à Lariboisière.

L'association du courant alternatif ne fait que hâter la guérison et si M. Boisseau du Rocher n'en a pas fait usage, c'est que vraisemblablement il désirait exclusivement étudier l'effet des sels d'argent électrolytiques et a dû par conséquent limiter à l'emploi de ces derniers ses opérations.

Fibrômes.

Nous croyons utile de résumer en quelques pages les points de l'histoire générale des fibromyômes qui nous semblent être de quelque importance pour expliquer l'action du courant galvanique et déterminer ses indications.

On sait que malgré les noms de tumeurs fibreuses, fibrômes, qui servent à désigner couramment certaines tumeurs de la matrice, malgré aussi la blancheur, la dureté du tissu qui les compose, rappelant bien plutôt l'aspect des tissus fibreux que celui du tissu musculaire c'est, en réalité du tissu musculaire qui forme leur véritable élément constituant. Aussi beaucoup d'auteurs les désignent-ils sous le nom de fibromyômes, myômes.

Leur constitution anatomique ne diffère point essentiellement de celle des parois utérines (Virchow. *Pathologie des tumeurs*, 1871, t. III, p. 348). Les fibres musculaires lisses qui forment leur principal élément vital se présentent à l'état isolé avec tous les caractères qu'elles affectent dans les tissus physiologiques et en particulier dans l'utérus. A l'état de groupement elles forment des faisceaux ayant entre eux des rapports très variables, et dirigés soit parallèlement, soit entrecroisés, figurant souvent des sortes de tourbillons (Cornil et Ranvier *Histologie pathologique*, 1884, t. I, p. 273) ces faisceaux sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif plus ou moins dense servant de support à l'élément vasculaire dont l'abondance est très variable. Ce système vasculaire comporte des veines, des capillaires et des vaisseaux lymphatiques. L'existence de ces derniers, contestée par Cruveilhier, est aujourd'hui certaine et on attribue à ces vaisseaux une grande part dans la formation des cavités kystiques (Le Bec, *Etude sur les tumeurs fibro-kystiques*) que contiennent certaines formes de ces tumeurs.

Les rapports de ces divers éléments entre eux varient dans une large mesure suivant la nature de la tumeur et aussi suivant son âge. Les tumeurs jeunes sont en général riches en vaisseaux et en tissu musculaire, plus tard elles sont envahies par le tissu fibreux et l'élément musculaire et vasculaire n'en forme plus qu'une petite part. Cette règle comporte bien des exceptions et certaines tumeurs sont d'emblée franchement fibreuses et extrêmement peu vasculaires. Ces dernières présentent à l'examen microscopique une consistance très dure, et à la coupe une surface blanche ne montrant que des traces peu nombreuses de vaisseaux. L'examen microscopique, outre la prédominance des fibres conjonctives sur les éléments musculaires, montre un nombre restreint de veinules de petit calibre, les artérioles existant surtout à la surface de la tumeur.

Le type opposé, c'est-à-dire, celui dans lequel prédomine l'élément musculaire offre une consistance molle, la surface de section est rougeâtre et parsemée de nombreuses veinules.

Entre ces deux types extrêmes peuvent naturellement prendre place un grand nombre de types intermédiaires.

Le fibro-myôme au début, peut être considéré comme une simple tuméfaction du tissu utérin (Virchow) il a très rarement, à ce moment, l'aspect fibroïde qu'il contractera plus tard, les fibres musculaires utérines normales sont en continuité directe avec les fibres néoplasiques ; il en est de même pour les vaisseaux, la ligne de démarcation qui sépare le tissu normal du néoplasme est ainsi insensible.

Peu à peu les caractères différentiels s'accusent : dans le néoplasme les fibres musculaires vont diminuer et le tissu fibreux s'accroître en proportion. D'autre part, autour de la tumeur s'opère une sorte de condensation du tissu utérin. Puis une capsule de tissu cellulaire englobe le fibrôme, formant une ligne de démarcation très nette entre l'utérus et la tumeur. La présence presque constante de cette couche celluleuse permet l'énucléation de la tumeur *post mortem* ou au cours d'une opération, et, d'autre part, facilite sa migration vers la périphérie de l'organe (fib. sous-péritonéaux) ou vers la cavité (fib. sous-muqueux). Cette enveloppe capsulaire du fibrôme peut faire défaut sur un ou plusieurs points. La tumeur alors, conserve avec le tissu utérin d'étroites connexions et ses fibres se continuent directement avec les fibres musculaires utérines par ces sortes de ponts fibro-musculeux. Ces sortes de fibrômes présentent plus que les autres la constitution myomateuse, ils restent spongieux, subissent des expansions et des retraites en rapport avec la quantité de sang qui les imprègne, et, par suite de leur richesse en fibres musculaires, offrent aussi des variations de volume actives dues à leur état de contraction ou de relâchement.

Le fibrôme prend, semble-t-il, constamment naissance dans la trame musculaire de l'utérus (Cornil et Ranvier, p. 275) mais, sous des influences mal connues, probablement par suite des contractions utérines il tend à s'énucléer lorsqu'il est entouré de la gaine celluleuse dont nous avons parlé ci-