

de quelques heures est utile, mais il est indispensable en cas de fibrôme hémorrhagique. Il est même préférable que les malades se mettent au lit et y restent jusqu'au lendemain.

*Contre-indications du traitement électrique.* — L'expérience a montré que si l'électrisation réussit à modifier un grand nombre de tumeurs fibreuses, elle échoue dans certains cas qui peuvent d'avance être précisés, elle peut même, parfois, être non seulement inutile mais nuisible. Si, en effet, dans une première application et quelle que soit la forme du fibrôme à laquelle on ait affaire, on constate qu'un courant inférieur comme intensité à 50 milli-ampères provoque des douleurs vives et persistantes, s'accompagnant dans la soirée de fièvre, on peut être à peu près être certain qu'il existe une complication inflammatoire du côté des annexes ou du péritoine. Il ne faut pas alors insister, on doit s'abstenir; l'intervention chirurgicale ou des moyens purement médicaux s'imposent. Les fibrômes kystiques, qui s'accompagnent presque toujours d'hydrorrhée, paraissent, d'autre part, rebelles à tout traitement, sauf à l'extirpation; la galvanisation des tumeurs de cet ordre tend plus tôt à augmenter l'écoulement hydrorrhéique et par conséquent à affaiblir les malades; en outre, l'électrisation ne parvient pas à déterminer leur diminution de volume. L'électricien, là encore, doit céder la place au chirurgien. Il faut aussi, dans l'application du traitement, tenir compte de l'état général des malades; n'oublions pas que la tendance aux hémorrhagies est plus accusée chez les anémiques, et que les fibrômes anémient presque toutes les malades. Certaines malades ont une fragilité spéciale des vaisseaux utérins touchant à l'hémophilie; d'autres sont atteintes d'une affection du foie qui, on le sait, peut être hémorrhagique; ce sont là des conditions dont il faut tenir compte dans le pronostic et l'application. D'autres causes d'échec peuvent tenir à l'opérateur ou à la malade; l'opérateur peut manquer d'expérience, être trop timide ou trop violent dans ses actes opératoires. Des séances trop rapprochées ou trop peu nom-

breuses exposent à une aggravation des symptômes ou à un échec.

La malade, de son côté, doit suivre scrupuleusement les conseils de son médecin, garder le repos qu'on lui prescrit, prendre les soins hygiéniques nécessaires, et accepter tout d'abord, l'idée que le traitement, pour être vraiment efficace, doit être long. Les observations que nous publierons plus loin montrent bien que les cures rapides sont exceptionnelles.

*Résultats du traitement.* — Dans les résultats que l'on peut obtenir par le traitement électrique des fibrômes il faut distinguer les cas où l'on obtient une régression accentuée ou même une disparition de la tumeur et ceux dans lesquels l'amélioration est surtout symptomatique, la tumeur conservant à peu de chose près son volume primitif.

Les observations se rangeant dans la première catégorie sont exceptionnelles, il est bien plus fréquent d'assister à la suppression des hémorrhagies, des douleurs, le fibrôme cesse de s'accroître, diminue même sensiblement de volume, mais il n'en persiste pas moins un reliquat très appréciable de la tumeur. L'électrisation a aussi, souvent, pour effet de déterminer une sorte de migration de la tumeur qui d'interstitielle devient sous-péritonéale, se pédiculise etc. (Obs. de Massin, Kjergaart, Jaeubowka, Keith, Murray, La Torre, etc).

« Les fibrômes mous sont ceux, dit Regnier, et je me range tout à fait à son avis, qui répondent le plus vite aux bons effets du traitement électrique, il n'est pas exceptionnel de les voir diminuer ou disparaître en un nombre relativement peu considérable de séances. Dans les cas de fibrômes mous, implantés par un large pédicule, très vasculaires, qui ont donné une si forte mortalité à l'intervention opératoire, le traitement électrique entrave rapidement les fonctions trophiques et produit une nécrose rapide. »

Les fibrômes durs résistent davantage à l'action du courant. Cela n'a rien de surprenant car d'abord l'élément fibreux domine dans leur constitution histologique et est, nous le

savons, bien plus rebelle à l'agent électrique que le tissu myômateux, ensuite parce que, comme Regnier l'a vérifié, les fibromes très durs sont sensiblement plus résistants, et par conséquent reçoivent à intensité égale une dose moindre de courant. C'est ainsi que les fibromes mous, présentant une résistance de 60 à 80 ohms, les fibromes durs vont jusqu'à 300 ohms.

Il est donc nécessaire d'agir avec des courants d'autant plus intenses que le fibrome est plus consistant.

Quoi qu'il en soit, et en prenant les observations en bloc, le traitement électrique amène assez souvent une telle amélioration dans les symptômes, que la tumeur devient parfaitement tolérable pour les malades, et que l'hystérectomie devient inutile. Le symptôme hémorragie est celui qui est le plus rapidement modifié, le symptôme douleur vient ensuite. Le lecteur en se reportant aux observations pourra, du reste, conclure plus sûrement, et se faire une opinion sur ce qu'on peut attendre du traitement et sur le nombre de séances nécessaires pour atteindre le but. Cette question est souvent posée au praticien par le malade avant de commencer le traitement. Il est bien difficile d'y répondre d'une façon précise. On tiendra compte de la consistance du fibrome, de son âge et de la rapidité de son développement. La guérison sera d'autant plus rapide que la tumeur sera plus jeune, se développera plus lentement, sera moins consistante. Une vingtaine de séances suffisent dans les cas les plus favorables, il en faut quatre-vingts, cent, et même davantage dans d'autres conditions.

Une statistique de 100 cas observés systématiquement par le professeur Bergonié et son élève Boursier, serait d'un haut intérêt, en raison de la compétence des auteurs, de la franchise absolue, de leur peu de parti pris dans la question. Malheureusement leurs observations n'ont été publiées que très résumées et ne contiennent pas de détails suffisants pour les discuter.

Bergonié et Boursier ont traité toutes leurs malades au moyen de la galvanisation intra-utérine positive. L'intensité déployée est allée de 25<sup>m. a</sup> à 200<sup>m. a</sup>. Cette dernière intensité n'a été employée que dans un cas, le plus souvent elle reste au-dessous de 60<sup>m. a</sup>, neuf fois seulement elle a dépassé 90<sup>m. a</sup>. Les auteurs notent que les malades n'ont pas pu supporter un courant plus énergique.

Leurs résultats ne peuvent donc pas être comparés à ceux qui ont été obtenus par d'autres auteurs au moyen d'intensités plus élevées. Malgré l'insuffisance de leur méthode ils concluent : 1° que le traitement électrique, est surtout un palliatif efficace dans le cas de fibrome hémorragique 90 0/0 ; 2° qu'il agit aussi favorablement sur l'état général 79 0/0 ; 3° que les douleurs accompagnant cette affection s'amendent souvent sous son influence 50 0/0 ; enfin que son action au point de vue de la diminution du volume de la tumeur n'est que rarement efficace 10 0/0.

Nous rapportons ici quelques observations dues à notre distingué confrère le Dr Lévy qui, dans sa thèse bien documentée et appuyée sur des faits personnels suffisamment détaillés, a fait une étude impartiale de l'action de l'électricité dans les tumeurs fibreuses.

OBSERVATION XCVI. — (Lévy). — Aub... femme Lib..., 36 ans (?); taille moyenne, plutôt maigre que grasse. — Les règles se sont dérangées il y a 5 ou 6 ans ; aujourd'hui pertes presque continuelles ; douleurs lombaires à peu près constantes pendant les règles et en dehors d'elles. Fausses envies d'uriner et mictions très fréquentes, peu abondantes, douloureuses.

23 novembre 1891. — Méthorrhagie arrêtée depuis 8 jours. 2 tumeurs pelvi-abdominales très volumineuses, dures, de forme régulière : l'antérieure, grosse à peu près comme la tête d'un fœtus à terme, est médiane et dépasse en haut le rebord de l'ombilic de 1 travers 1/2 de doigt. La 2<sup>e</sup>, postérieure, plus à droite, semble séparée de la 1<sup>re</sup> par un sillon continu sur toute son étendue et qui prend naissance depuis le col utérin. Le volume est celui d'une grosse orange. Elle dépasse le pubis de 3 travers de doigt. Col fortement rejeté en arrière et à gauche. Pour introduire l'électrode dans l'utérus, nous devons redresser celui-ci à l'aide d'une pince à érigne ; hystérométrie : 11 centimètres, 150 milliampères, 7 minutes. — Le premier jour qui a suivi la séance, perte de sang qui existe encore un peu le 27 (au bout de 4 jours), pas de douleurs lombaires, mais