

bipolaire. C'est, en effet, à elle que l'on doit avoir recours : et, à ce propos, je ne puis que renvoyer le lecteur aux pages précédentes pour le *modus agendi*, en insistant sur ce point que l'intensité et la durée du courant sur un point donné doivent être augmentées au moins du double.

Chéloïdes.

C'est un médecin américain, le Dr Hardaway, en 1886, qui découvrit fortuitement l'action de l'électrolyse dans les chéloïdes. Ayant eu à détruire des poils poussés sur un tissu cicatriciel il constata que la cicatrice s'assouplissait et s'affaissait, résultat qui ne pouvait s'expliquer que par l'action du courant sur le tissu scléreux hypertrophique. Il appliqua le même procédé à plusieurs cas de cicatrices exubérantes et put s'assurer de sa réelle efficacité. M. Brocq, depuis 1887, a essayé cette méthode et montré ce qu'on est en droit d'attendre de l'électrolyse négative dans la cure des chéloïdes. Ce n'est pas, dit-il, à une guérison radicale qu'on arrive le plus souvent ; nous ne sommes pas en possession d'un traitement capable d'amener dans tous les cas et à coup sûr la disparition du tissu chéloïdien, mais ce qu'on peut affirmer, c'est que l'électrolyse pratiquée à propos et suivant certaines règles précises détermine presque toujours un arrêt dans le développement progressif des tumeurs chéloïdiennes puis, assez souvent, leur affaissement et une diminution sensible de leur volume.

Instrumentation. — Il faut tout d'abord limiter exactement l'action du courant aux tissus morbides et respecter les tissus sains. Pour cela, il est bon d'employer des aiguilles munies d'un arrêt destiné à limiter avec précision la profondeur à laquelle elles seront introduites. Comme cette profondeur varie avec chaque cas, il est plus commode de pouvoir placer cet arrêt soi-même, ce qui conduit à rejeter les arrêts métalliques placés par les fabricants sur les aiguilles. M. Brocq indique un petit moyen très simple et très pratique qui satisfait à ce dési-

dératum, il chauffe le bout d'un bâton de cire à cacheter puis le met en contact avec l'aiguille au niveau voulu. Un léger mouvement de rotation est imprimé à l'aiguille qui s'entoure d'un cercle de cire lequel suffit à limiter son introduction. Le taquet doit être posé à une hauteur telle que la partie libre de l'aiguille ait une longueur à peu près égale au diamètre de la chéloïde à traiter.

Les tissus chéloïdiens sont d'ordinaire très durs, comme cartilagineux, et l'introduction de l'aiguille n'est pas facile si l'on n'a eu le soin de l'armer du courant ; dès lors, dès qu'elle est en contact avec les téguments, elle pénètre avec facilité.

L'aiguille est toujours négative et l'électrode positive est constituée par une plaque indifférente ou même par une plaque perforée suivant la dimension de la chéloïde.

Intensité du courant. — L'intensité du courant doit être assez forte, du reste le tissu chéloïdien est doué d'une sensibilité obtuse qui permet de faire passer les 6 à 8 milliampères nécessaires sans grande douleur. On constate au bout de quelques secondes après le début du courant, que l'aiguille s'entoure d'un halo qui s'étend peu à peu sous forme de tractus blanchâtres rayonnant dans toutes les directions. Quand ces tractus ont acquis un diamètre de 4 à 6 millimètres, on retire l'aiguille. La durée d'une piqûre varie donc d'après la profondeur à laquelle l'aiguille est introduite, puisque la densité du courant est d'autant plus forte que la surface active de l'aiguille est plus restreinte. On peut évaluer cette durée, en moyenne, entre douze et trente secondes. Une première piqûre étant faite, on reporte l'aiguille à quelques millimètres plus loin de telle sorte que les résultats de la seconde piqûre deviennent tangents à ceux de la première sans toutefois empiéter sur cette dernière. On soumet ainsi à l'électrolyse toute la surface de la chéloïde en une ou plusieurs séances, suivant les dimensions. Quand toute la cicatrice est traitée, on attend une huitaine de jours et on recommence. Dans l'intervalle des séances, on peut avantageusement recouvrir la chéloïde d'un

emplâtre de Vigo, ou de l'emplâtre rouge de Vidal en bandes-lettres imbriquées.

La durée du traitement est souvent longue; il faut le continuer tant que la chéloïde subit une diminution, ou, tout au moins, jusqu'à ce que son évolution soit nettement arrêtée. On sait, en effet, quelle est la tendance de ces néoplasmes à l'envahissement, et obtenir l'arrêt de leur développement n'est point un résultat négligeable. La guérison complète est des plus rares. Mais l'arrêt de développement et une diminution de la consistance et du volume de la tumeur sont de règle.

Sclérodermie.

L'efficacité de l'électrolyse dans cette affection si grave ne peut plus être mise en doute après les observations recueillies par M. le D^r Brocq. Il a pu réunir plusieurs cas démontrant jusqu'à l'évidence que ce mode de traitement mérite de prendre place au premier rang parmi les médications dont nous disposons contre la sclérodermie.

A côté de l'électrolyse et dans le même ordre d'idées deux autres procédés nous ont donné de bons résultats. Ce sont les étincelles statiques et les bains hydro-électriques. Du reste ces divers moyens qui, pris isolément, ont une action indéniable peuvent être employés simultanément et on arrive ainsi au maximum d'activité du traitement.

Pour appliquer l'électrolyse il faut commencer par apprécier l'épaisseur de la plaque sclérodermique, car l'introduction de l'aiguille dans les tissus sains sous-jacents détermine parfois l'induration de ces tissus, ce qui est justement le résultat inverse de celui qu'on cherche à obtenir. On doit, de même, éviter de placer l'aiguille en dehors de la plaque scléreuse, à la périphérie, pour le même motif.

Comme dans le cas de chéloïde il ne sera donc pas inutile d'armer l'aiguille d'un arrêt à la cire de façon à limiter sa

pénétration. Il s'agit ici, aussi, d'une aiguille négative laquelle, par conséquent, peut être en acier.

L'aiguille est introduite soit perpendiculairement à la surface du tégument lorsque la plaque scléreuse est épaisse, soit parallèlement lorsque la sclérodermie est très superficielle, mais il faut toujours prendre garde de ne pas dépasser les limites du mal. On place l'électrode positive sur une plaque sclérodermique voisine ou, si la lésion est circonscrite à une seule plaque on tâchera, au moyen de deux ou trois électrodes positives placées tout autour, d'obtenir la diffusion des lignes de forces du courant en couronne. Le courant dans le cas de sclérodermie, n'agit pas, en effet, seulement localement mais bien à distance; c'est ainsi qu'on constate que des plaques ou des parties de plaques non soumises aux piqûres sont modifiées comme celles qui ont subi directement l'action régressive du courant.

L'intensité varie suivant les sujets et selon le degré d'infiltration des tissus. Tandis que chez les enfants on ne peut guère dépasser deux à trois milli-ampères, chez les adultes on atteint aisément 8 à 10. On se guide, pour savoir si l'action du courant est suffisante, sur le halo blanchâtre dont s'entoure l'aiguille négative et on interrompt le circuit quand ce halo atteint un diamètre de deux à trois millimètres. Le mode opératoire est le même que pour les chéloïdes: les séances peuvent être renouvelées tous les huit jours en moyenne, cependant si les plaques sont nombreuses et étendues on peut intervenir plus fréquemment.

Les résultats de ce traitement sont des plus encourageants. Tout d'abord, en se conformant aux règles ci-dessus, on est à l'abri de tout accident. Les cicatrices vicieuses, les nodosités n'apparaissent qu'à la suite de courants trop forts ou trop prolongés. Dans la plupart des cas, dès la seconde ou la troisième séance, la marche extensive de la sclérodermie est enrayée (Brocq), mais la rétrocession ne se manifeste que lentement. Ce traitement exige donc une grande patience. Il est bon de traiter tout d'abord toute la surface scléreuse, puis d'es-