

effets obtenus. Nous n'insisterons donc pas en particulier sur le traitement que l'on peut appliquer aux myélites diffuses plus ou moins généralisées, aux myélites transverses, aux accidents médullaires causés par des lésions traumatiques de la colonne vertébrale, ou par des lésions inflammatoires des vertèbres ou des méninges. Dans ces divers cas il importe de déterminer le moment auquel il convient de recourir à une intervention électro-thérapique, variable nécessairement suivant les circonstances; le plus souvent nous croyons préférable de s'en abstenir dans la période initiale et de n'y avoir recours que lorsque la période aiguë du processus morbide est passée, d'attendre par conséquent plusieurs semaines, plusieurs mois parfois, avant de commencer le traitement par l'électricité.

Nous reviendrons plus loin sur le traitement des troubles fonctionnels de la moelle liés à des névroses, comprenant les troubles appartenant à ce qu'on a appelé la commotion de la moelle, le *railway spine*, rattachés le plus souvent, maintenant, à la neurasthénie ou à l'hystéro-neurasthénie. Nous nous occuperons plus particulièrement ici des traitements dirigés contre le tabes et contre les affections des cordons antéro-latéraux et des cornes antérieures de la moelle.

Tabes. Ataxie locomotrice progressive. — Depuis que le tabes a été isolé des autres maladies de la moelle et des autres affections nerveuses, on lui a appliqué maintes fois un traitement par l'électricité. Jamais on ne paraît avoir obtenu une guérison complète de la maladie, c'est tout au plus si l'on a réussi parfois à l'enrayer ou à en modifier diverses manifestations symptomatiques. Il faut d'ailleurs, dans l'appréciation de ces faits, ne pas oublier la marche naturelle, variable suivant les cas, de cette maladie, et se rappeler qu'elle peut présenter spontanément de longues rémissions, que divers symptômes peuvent être seulement passagers et que son évolution est parfois très lente. Pour ces raisons, on comprend qu'il soit souvent difficile de déterminer si les modifications observées doivent être rapportées au traitement suivi. Il semble cependant que, par diverses applications électro-thérapiques, on ait obtenu des améliorations plus ou moins durables, ou bien que l'on ait heureusement modifié, momentanément ou pour un temps plus ou moins long, certains symptômes : douleurs fulgurantes, anesthésies, paresthésies, incoordination motrice, etc.

Duchenne (de Boulogne) préférait le courant faradique au courant galvanique pour le traitement de l'ataxie locomotrice. Il employait volontiers contre l'incoordination motrice la faradisation localisée et contre les douleurs fulgurantes la faradisation cutanée avec le pinceau, et il en aurait retiré plusieurs fois de bons résultats; la faradi-

sation cutanée aurait amélioré aussi, entre ses mains, à une période avancée du tabes, l'anesthésie cutanée et musculaire, et par suite facilité la locomotion. Rumpf recommande également l'emploi du pinceau farado-cutané sur le tronc et les extrémités (séance de dix minutes, tous les jours ou tous les deux jours). Mais, généralement, en Allemagne, on a donné la préférence au courant galvanique, soit pour le traitement direct de la moelle, soit pour le traitement indirect et périphérique. Remak appliquait sur la colonne vertébrale des courants stables assez forts; Krafft-Ebing agit de même sans attacher d'importance à la direction du courant. Mendel applique des courants stables et labiles sur la colonne vertébrale. Onimus et Legros en France emploient aussi les courants stables sur la colonne vertébrale et recommandent particulièrement la direction ascendante; dans certains cas, notamment contre les manifestations morbides de l'appareil respiratoire et digestif, ils conseillent d'agir sur le grand sympathique, ils appliquent le pôle négatif sur la région épigastrique et le pôle positif sur les vertèbres cervicales en le promenant ensuite lentement le long de la colonne vertébrale. Flies a recours au traitement systématique du grand sympathique du cou, auquel il ajoute la galvanisation directe de la moelle à travers la colonne vertébrale. Erb recommande le traitement galvanique simultané du sympathique du cou et de la moelle, puis le traitement direct de la moelle, au moyen des procédés d'application que nous avons décrits quelques pages plus haut; il y ajoute souvent la galvanisation des nerfs des membres inférieurs avec le pôle négatif labile, le pôle positif étant appliqué sur la colonne lombaire. M. Vigouroux, avec l'électrisation statique : étincelles et friction électrique sur le tronc et les membres inférieurs, a obtenu des résultats favorables analogues à ceux obtenus par Rumpf avec le pinceau farado-cutané. M. Larat associe volontiers le bain statique, accompagné d'étincelles sur la colonne vertébrale et les membres inférieurs, au courant continu descendant de 8 à 10 milliampères et d'une durée de six à dix minutes.

Si dans bien des cas d'ailleurs on ne peut espérer guérir le tabes, ou même arrêter son évolution, on peut chercher à en atténuer certaines manifestations symptomatiques. Les douleurs fulgurantes en particulier ont été souvent l'objet d'un traitement électro-thérapique et cela suivant des méthodes très différentes. Si l'on a recours au courant galvanique, on place généralement d'une façon stable le pôle positif sur la colonne vertébrale, au niveau des racines innervant la région douloureuse; le pôle négatif est placé directement en face, ou bien encore d'une façon stable ou labile aux membres sur les régions douloureuses elles-mêmes. Avec les courants faradiques on a employé des courants dits grandissants (avec électrodes humides), ou

L'excitation de la peau au moyen du pinceau sur les régions douloureuses ou sur une étendue plus grande, le dos et les membres inférieurs. Avec l'électricité statique on a employé surtout les étincelles petites, nombreuses et fréquentes, ou la friction électrique, sur les régions douloureuses ou également sur le dos et les membres inférieurs. Que l'on emploie l'un ou l'autre de ces procédés, il convient d'agir prudemment et de modifier sa conduite suivant les effets obtenus.

Contre les paralysies oculaires on emploiera, souvent avec avantages, la faradisation avec des courants faibles appliqués directement ou au moyen de la main faradique. Contre l'amblyopie tabétique et l'atrophie du nerf optique on a le plus souvent essayé les courants galvaniques stables, dirigés transversalement à travers les deux tempes, ou obliquement de la tempe à la nuque du côté opposé, ou encore la galvanisation ou la faradisation du sympathique du cou, mais les succès obtenus ont rarement été considérables. Contre l'anesthésie cutanée et musculaire et les troubles qui en résultent, on s'est bien trouvé parfois, comme nous l'avons déjà signalé, de la faradisation cutanée ou de l'électrisation statique avec étincelles ou avec friction. Contre les troubles vésicaux on a dirigé maintes fois avec quelques avantages un traitement électrique; le plus souvent on s'en tiendra à l'application externe du courant, sans recourir à l'application interne, intra-urétrale ou intra-vésicale: avec le courant galvanique, par exemple, on placera le pôle positif sur la colonne vertébrale au niveau de la région dorso-lombaire et le pôle négatif au-dessus du pubis, ou sur le périnée, on emploiera des courants stables de 5 à 15 milliampères; on y ajoutera souvent quelques secousses de fermeture. Erb place de préférence le pôle négatif au niveau du pubis contre la rétention d'urine, et au niveau du périnée contre l'incontinence. On peut aussi employer des courants faradiques en appliquant les électrodes aux mêmes endroits: région lombaire d'une part, pubis ou périnée de l'autre; contre l'incontinence on pourra pratiquer la faradisation du col vésical. Contre d'autres manifestations du tabes, parésies, atrophies musculaires, etc., on peut avoir recours à un traitement électrique analogue à celui dont nous parlerons à propos d'altérations du même genre; mais le plus souvent on ne pourra en espérer que des résultats incomplets ou nuls.

Affections des cordons antéro-latéraux. Tabes dorsal spasmodique, scléroses descendantes, etc. — Dans ces divers cas on a surtout essayé le traitement direct de la moelle par les procédés que nous avons indiqués; souvent on a traité en même temps les membres malades, l'un des pôles, habituellement le pôle positif, étant placé sur la colonne vertébrale, l'autre, le pôle négatif, agissant labilement sur

les membres; rarement on a obtenu des résultats importants. Il convient d'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer à propos de l'hémiplégie cérébrale, d'agir très prudemment dans ces cas qui s'accompagnent généralement d'un état spasmodique plus ou moins accusé; il convient, en particulier, de n'employer les courants faradiques qu'avec de grandes précautions (courants faibles, intermittences rares, etc.); autrement on s'exposerait à augmenter l'état spasmodique, souvent même il vaut mieux s'abstenir de l'emploi des courants faradiques. Les mêmes considérations s'appliquent à la sclérose en plaques et aux myélites diffuses ayant entraîné une dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux. M. Vigouroux a souvent employé, dans ces divers cas, avec certains avantages, la friction électrique.

Affections des cornes antérieures: poliomyélite antérieure aiguë, subaiguë et chronique (paralysie spinale infantile; paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte; atrophie musculaire progressive, type Aran-Duchenne, etc.). — Nous nous occuperons d'abord de la *paralysie spinale infantile* dans laquelle le traitement électrique rend d'importants services; ce que nous en dirons s'applique nécessairement aussi à la *paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte*. Le traitement peut être dirigé directement contre les altérations de la moelle, ou bien être dirigé contre leurs manifestations périphériques: paralysie, atrophie et dégénérescence des muscles; dans ce cas il agit non seulement sur les muscles et les nerfs périphériques, mais vraisemblablement aussi sur la moelle d'une façon indirecte.

Depuis que l'on sait que le siège des lésions primordiales de cette maladie est dans les cornes antérieures de la moelle, on s'est efforcé d'agir directement sur elles et pour cela on a eu recours surtout aux courants galvaniques. Nous rappellerons toutefois que les électrothérapeutes sont partagés à ce sujet, les uns doutant de la possibilité d'agir directement sur la moelle, les autres au contraire croyant à cette action. Ceux-ci s'efforcent donc d'atteindre le siège même de la maladie et se conduisent différemment suivant les cas. Si les lésions sont localisées à une seule région de la moelle: renflement cervical ou renflement lombaire, on dispose les électrodes de façon à faire passer le courant seulement par cette région; l'une des électrodes, par exemple, est placée sur la colonne vertébrale, au niveau du renflement lésé, l'autre est placée en face sur la paroi antérieure du tronc (sternum, épigastre, abdomen, suivant les cas); généralement on fait agir, dans la même séance, les deux pôles, chacun pendant plusieurs minutes, le pôle positif d'abord, par exemple, puis le pôle négatif, avec une intensité de courant modérée de 5 à 10 ou 12 milliampères, parfois moins, rarement plus. Si les deux renflements sont

atteints, au lieu d'agir séparément sur chacun d'eux, on pourra placer les deux électrodes à leur niveau et faire passer successivement le courant dans un sens, puis dans l'autre, d'une à plusieurs minutes pour chacune des deux directions du courant, avec une intensité modérée, comme dans le cas précédent. Il convient, généralement, d'éviter les secousses d'ouverture et de fermeture, au moment du changement de direction du courant.

A quel moment doit-on commencer le traitement électrique dans la poliomyélite antérieure aiguë? Sur ce point, encore, les auteurs sont partagés; les uns veulent qu'on attende plusieurs semaines, ou même plusieurs mois, les autres sont d'avis d'agir le plus tôt possible dès que la période fébrile et inflammatoire a cessé et de commencer l'emploi des courants galvaniques au bout d'une ou deux semaines; nous ne croyons pas qu'il y ait inconvénient à commencer le traitement de bonne heure en ayant soin de ne pas employer de courants trop intenses.

A ce traitement direct de la poliomyélite antérieure on associe généralement un traitement périphérique. Celui-ci peut être fait avec des courants galvaniques: on promènera pendant plusieurs minutes le pôle négatif labile sur les muscles paralysés, ou les nerfs qui s'y rendent, avec une intensité de courant comprise le plus habituellement entre 5 et 10 milliampères; le pôle positif sera placé sur une région indifférente, il y a avantage à l'appliquer sur la colonne vertébrale au niveau du foyer de la lésion de manière à agir en même temps sur celui-ci. A une période plus avancée l'excitation labile des nerfs et des muscles ne suffira plus, il faudra recourir aussi aux excitations de fermeture; plus tard encore on pourra employer des excitations plus fortes, comme celles produites par les inversions du sens du courant; il convient toutefois de n'utiliser celles-ci qu'avec une certaine prudence, surtout lorsque l'intensité du courant est un peu élevée.

Duchenne (de Boulogne) préférerait au courant galvanique la faradisation localisée, pour le traitement des muscles paralysés et en voie d'atrophie dans la poliomyélite antérieure aiguë, et il n'employait guère que le traitement périphérique. On a suivi souvent son exemple et l'on a obtenu par cette méthode des succès encourageants, le plus souvent incomplets toutefois, comme d'ailleurs avec les autres méthodes. On ne peut guère en effet s'attendre à une guérison complète, on peut tout au plus espérer une amélioration plus ou moins grande, l'atténuation de l'impotence et de l'atrophie de certains muscles et des déformations qui en résultent. Généralement les muscles qui ont conservé plus ou moins développée, quelque temps après le début de la maladie, leur contractilité faradique recouvrent

en totalité ou en partie leur contractilité volontaire, conservent leur volume ou s'atrophient peu; des muscles même présentant la réaction de dégénérescence peuvent se réparer plus ou moins complètement, tandis que d'autres se trouvant dans ces dernières conditions s'atrophient quoi qu'on fasse. Une partie de ces résultats peut et doit être rapportée à l'évolution naturelle de la maladie, mais une autre est sans doute l'effet du traitement; ce qui le démontre, c'est qu'on a vu des muscles déjà fort atrophiés et plus ou moins impotents se développer de nouveau et recouvrer en partie leur volume et leur action sous l'influence d'un traitement commencé seulement de longs mois, plusieurs années même, après le début de la maladie. Le plus généralement, toutefois, un traitement commencé trop tard reste sans efficacité; il importe donc de recourir de bonne heure aussi au traitement périphérique, un peu plus tard peut-être cependant que pour le traitement direct. Dans les premiers temps de ce traitement il convient aussi d'éviter des excitations trop fortes qui peuvent avoir, par voie réflexe, un retentissement funeste sur le foyer de la lésion, ou avoir directement sur la fibre musculaire une action défavorable. C'est pourquoi, suivant l'exemple de Duchenne (de Boulogne), on évitera d'employer pour la faradisation localisée des courants induits ayant une trop forte tension, on emploiera donc seulement les courants d'une bobine à gros fil, on leur donnera une force modérée, on évitera une excitation trop prolongée de chaque muscle et on laissera de côté les intermittences rapides pour n'employer que les intermittences rares ou peu fréquentes.

On pourra aussi employer l'électrisation statique pour le traitement périphérique de la poliomyélite antérieure aiguë. En dehors de l'action générale du bain statique on aura recours à la friction électrique sur les régions paralysées et en voie d'atrophie ou à l'excitation des muscles au moyen d'étincelles; on agira de cette façon directement sur la contractilité et la nutrition des muscles et indirectement, par voie réflexe, sur la moelle. La faradisation, toutefois, ou la galvanisation suivant les procédés indiqués plus haut, nous semblent généralement préférables.

Combien de temps faut-il continuer le traitement par l'électricité dans la poliomyélite antérieure aiguë? En règle générale on peut dire qu'il y a indication de le poursuivre tant que l'on voit se produire des progrès, si faibles qu'ils soient. Sur ce point d'ailleurs on pourra suivre les préceptes formulés par Erb: le traitement commencé quelque temps après l'invasion de la maladie sera poursuivi pendant longtemps: six mois, huit mois, un an, sans interruption ou avec intervalles de repos de peu de durée; quelquefois, après ces interruptions du traitement, les progrès sont ensuite plus marqués et

plus rapides. Plus tard il conviendra encore, pendant une ou plusieurs années, de reprendre une fois ou deux par an le traitement électrique pendant deux ou trois mois chaque fois (de quarante à soixante séances). Dans les intervalles on ne restera pas inactif, mais on aura recours à d'autres moyens thérapeutiques : hydrothérapie, massage, gymnastique.

Dans les autres formes de poliomyélite antérieure, forme subaiguë ou forme chronique (*atrophie musculaire progressive*), le traitement par l'électricité sera dirigé à peu près de la même manière : le traitement direct sera fait au moyen de courants galvaniques appliqués sur la colonne vertébrale et de la même façon que précédemment ; on pourrait y ajouter l'excitation du grand sympathique et employer notamment la galvanisation simultanée du grand sympathique et de la moelle dont nous avons parlé plus haut. Le traitement périphérique sera fait soit par la galvanisation avec des courants labiles ou avec des excitations de fermeture, soit par la faradisation, soit par la franklinisation avec étincelles. Par ces divers procédés on pourra peut-être retarder l'évolution de la maladie, entretenir pendant un temps plus ou moins long la force et la nutrition des muscles ; mais, comme Duchenne l'a depuis longtemps signalé, il convient d'éviter les excitations trop fortes, trop fréquentes ou trop prolongées, qui auraient comme effet, au contraire, d'épuiser les muscles et d'en provoquer une atrophie plus rapide.

Dans d'autres formes d'atrophie musculaire dépendant de lésions médullaires, la *syringomyélie* par exemple, on pourra recourir aux mêmes traitements, avec les mêmes précautions. Mais là encore le traitement ne sera guère que palliatif et ne pourra conduire à une guérison complète dans l'impossibilité où l'on est de modifier la lésion médullaire, cause de l'atrophie.

Dans la *sclérose latérale amyotrophique* il en sera de même, et les résultats obtenus semblent encore moins favorables, en raison de l'évolution plus rapide de la maladie. Dans cette affection, d'ailleurs, il convient d'être très prudent dans la conduite du traitement électrique et d'éviter les excitations un peu fortes, dans la crainte d'augmenter l'état spasmodique, qui fait partie de l'ensemble symptomatique de cette maladie.

AFFECTIONS DES MUSCLES. — Myopathies primitives. — Les diverses formes de myopathies : atrophie musculaire infantile héréditaire de Duchenne, paralysie pseudo-hypertrophique, atrophie musculaire juvénile d'Erb, atrophie facio-scapulo-humérale de Landouzy-Déjérine, etc., seront traitées à peu près de la même façon que les formes d'atrophie musculaire d'origine spinale. Il semble que le traitement doive être ici surtout périphérique, en raison de la nature de la

maladie ; le traitement central, cependant, peut être de quelque utilité en excitant les centres trophiques des muscles malades. Si l'on ne peut espérer par le traitement électrique obtenir la guérison complète de ces diverses affections musculaires, on peut espérer en retarder l'évolution, conserver plus longtemps la nutrition et le fonctionnement des divers muscles atteints, et quelquefois développer de nouveau en partie la force et le volume des muscles atrophies. Duchenne était même d'avis que, instituée dès le début de la maladie, la faradisation localisée en empêchait le développement et pouvait la guérir ; malheureusement l'observation consécutive n'a guère confirmé ces résultats. Lorsque les altérations musculaires sont très étendues, on fera porter le traitement plus particulièrement sur les muscles dont la fonction est le plus utile.

Atrophies musculaires réflexes, d'origine articulaire ou abarticulaire. — Dans ces formes assez fréquentes d'atrophie musculaire, on aura recours avec grand avantage au traitement par l'électricité. Celui-ci sera surtout périphérique, on excitera les muscles atrophies à l'aide de la faradisation, de la franklinisation avec étincelles, ou de la galvanisation avec chocs de fermeture. On pourra encore employer des courants galvaniques labiles, promener le pôle négatif sur les muscles atrophies avec une intensité de 5-8 jusqu'à 10-12 milliampères, rarement plus ; le pôle positif sera alors placé avec avantage sur la colonne vertébrale au niveau de l'origine des nerfs de la région atrophiee, de cette façon on obtiendra peut-être en même temps une action favorable sur les centres trophiques des muscles altérés. MM. Le Fort et Valtat ont employé aussi avec succès des courants galvaniques faibles (de 1 à 3 ou 4 volts) en prolongeant leur action stable pendant plusieurs heures consécutives, voire même des journées entières. Bien que, par ces divers modes de traitement, on arrive à modifier et à guérir ce genre d'atrophies musculaires, il importe de savoir que les muscles atteints, tout en ayant recouvré en grande partie leur puissance, restent souvent un peu diminués de volume et conservent parfois pendant des années des modifications de la contractilité électrique consistant en une diminution simple de l'excitabilité faradique et galvanique.

NÉVRITES MOTRICES ET NÉVRITES MIXTES : polynévrites ; névrites infectieuses¹, toxiques², traumatiques. — Le traitement par l'électricité peut rendre de grands services dans ces différentes formes de névrites, mais il ne doit pas être appliqué indistinctement et de la même façon aux diverses phases de la maladie ; il doit être approprié

1. Névrites consécutives à la diphtérie, la fièvre typhoïde, la pneumonie, etc.
2. Névrites alcoolique, saturnine, arsenicale, etc.

aussi à la forme à laquelle on a affaire, au processus plus ou moins aigu suivi par l'affection.

Dans la phase initiale des polynévrites, pendant la période aiguë du processus morbide, il convient d'agir avec beaucoup de prudence et de n'employer le traitement électrique qu'avec réserve. C'est surtout aux courants galvaniques de faible intensité, stables ou labiles, qu'on aura recours à ce moment, dans le but de modifier la nutrition des nerfs, d'en arrêter la dégénérescence et d'en faciliter la réparation. Plus tard on aura principalement à lutter contre les troubles trophiques, et en particulier contre l'atrophie musculaire qui entraîne à sa suite des déformations plus ou moins prononcées, dues surtout à la rétraction des muscles antagonistes. Lorsque ces déformations se sont produites, elles tendent à persister indéfiniment, alors même que la réparation des fibres nerveuses s'est faite et que les muscles atrophiés ont recouvré plus ou moins leur contractilité, et parfois elles nécessitent un traitement chirurgical. C'est donc à l'atrophie musculaire et aux déformations consécutives qu'il faut chercher surtout à s'opposer et à remédier; on y réussit souvent, en grande partie, à l'aide du massage et de l'électricité. L'efficacité du traitement électrique nous semble démontrée par l'observation de cas à peu près semblables de névrites, dont les uns se sont trouvés abandonnés à eux-mêmes, tandis que d'autres ont été traités régulièrement.

Pour s'opposer ou pour remédier à la paralysie et à l'atrophie musculaire, on aura recours soit aux courants faradiques, soit aux courants galvaniques, soit à l'électrisation statique. Si l'on emploie les courants faradiques, on prendra des courants induits d'une bobine à gros fil de force modérée, à intermittences rares ou peu fréquentes, et l'on excitera les muscles atrophiés ou menacés d'atrophie, soit par la méthode polaire¹, soit par la méthode de Duchenne. Si l'on choisit les courants galvaniques, on se servira de courants labiles sur les muscles et les nerfs des régions atteintes, ou l'on provoquera l'excitation des muscles à l'aide de chocs de fermeture. Dans l'un et l'autre cas on emploiera des intensités très modérées. Avec les courants labiles on s'en tiendra le plus habituellement à une intensité comprise entre 4 et 10 milliampères; mieux vaut prolonger davantage l'électrisation que d'employer des intensités trop fortes. Pour les chocs de fermeture, il est préférable généralement de s'en tenir à une intensité de 5 à 6 milliampères², moins même parfois; on attein-

1. Avec la méthode polaire l'excitation est plus diffuse et s'étend plus ou moins aux muscles voisins ou à des muscles assez éloignés, mais cette diffusion de l'excitation est souvent ici plutôt avantageuse.

2. Avec ces intensités, souvent, on ne provoque pas de contractions apparentes extérieurement, néanmoins l'excitation produite est suffisante pour agir efficacement.

dra exceptionnellement 8 ou 10 milliampères, rarement davantage. Il convient aussi, dans les périodes assez rapprochées du début de la maladie et pendant la phase de réparation des nerfs, d'éviter sur le trajet même des troncs nerveux les chocs faradiques ou galvaniques un peu forts, et mieux vaut faire porter de préférence l'excitation sur les muscles eux-mêmes. L'électrisation sera répétée tous les jours ou seulement tous les deux jours; souvent il y a avantage à alterner la faradisation et la galvanisation, un jour l'une, l'autre jour l'autre, et ainsi de suite.

L'électrisation statique ne peut être employée que dans les cas où les malades sont capables de quitter le lit et d'être assis sur le tabouret; on a recours alors au bain statique avec étincelles sur les muscles paralysés ou atrophiés; parfois aussi on se trouve bien de la friction électrique.

A une période éloignée du début de la névrite, lorsque les muscles sont atrophiés, ou dans certaines formes de névrite à évolution lente, comme la névrite saturnine, il vaut mieux employer des excitations plus fortes que celles que nous avons indiquées: avec les courants faradiques, par exemple, on emploiera sans inconvénient des courants de bobines à fil moyen et à intermittences assez rapides; avec les courants galvaniques on atteindra volontiers des intensités un peu plus élevées que celles dont il a été question, ou l'on emploiera les inversions répétées du courant (alternatives voltaïques).

On pourra se guider sur ce que nous venons de dire, en vue surtout du traitement des polynévrites et des névrites infectieuses ou toxiques, pour appliquer l'électrisation aux *névrites traumatiques* consécutives à la section, l'écrasement, la contusion des nerfs, ou leur compression suffisamment forte pour entraîner leur dégénération avec les troubles trophiques qui en résultent. On cherchera à modifier, s'il est possible, la lésion principale et originelle, surtout à l'aide de courants galvaniques stables de faible intensité. Généralement l'électrode négative, de dimensions appropriées pour que le courant ait une densité suffisante, est appliquée au niveau de la lésion ou dans son voisinage, l'électrode positive est placée plus ou moins haut au-dessus, ou encore sur la partie de la colonne vertébrale correspondant à l'origine des racines des nerfs lésés. Contre les troubles trophiques périphériques liés à la dégénération du nerf, et en particulier l'atrophie des muscles, on emploiera les procédés d'électrisation dont nous avons déjà parlé: courants faradiques, courants galvaniques ou étincelles statiques; de cette façon on remplacera l'action médullaire et cérébrale, qui n'arrive plus jusqu'aux muscles, par une excitation artificielle, qui pourra empêcher ou restreindre leur atrophie, jusqu'au moment où la régénération du nerf se fera;