

duisent pas de résultat au bout de quelques séances, il faut alors introduire la petite sonde électrique jusque dans la vessie, y adapter le pôle positif et maintenir à l'extérieur, en général sur le pubis, le pôle négatif. Dans ces conditions il faut toujours employer un courant assez faible de 15 à 20 éléments et ne jamais dépasser trois à quatre minutes. Il faut également avoir la précaution de ne pas employer des sondes trop grosses, et de ne pas maintenir le courant lorsque la sonde parcourt le canal de l'urèthre. La petite sonde exploratrice du professeur Guyon est très bonne pour cet usage. (ONIMUS.)

Migraine. — Nous avons employé deux méthodes qui nous ont également réussi dans le traitement de la *migraine*. La première consiste à placer les deux tampons de chaque côté du front, avec un courant de 8 éléments au plus, et une durée de temps de six à dix minutes. La seconde consiste à électriser le ganglion cervical supérieur. Pour cela on place les deux tampons du côté de la nuque, au-dessous et en arrière des apophyses mastoïdes. C'est cette dernière méthode qui nous paraît la plus rationnelle, et que nous employons le plus souvent. Le courant est de 10 à 18 éléments.

On peut également employer les courants induits, en promenant les excitateurs humides sur les tempes, avec un courant très faible et des interruptions très fréquentes. (ONIMUS.)

Névrologies anciennes ou consécutives à des névrites. — Dans les *névrologies anciennes ou consécutives à des névrites*, il y a toujours une lésion organique plus ou moins marquée. On comprend que pour les guérir il faille beaucoup plus de temps que pour les névrologies aiguës. Le traitement sera donc assez long, car on ne peut espérer la guérison que lorsque les altérations qui se font dans le

nerf ou dans les muscles auront été enrayées ou modifiées. Il faut donc surtout agir sur la nutrition des membres et ne pas autant chercher à combattre l'élément douleur.

Les courants continus devront donc être préférés, mais il est inutile en même temps, au commencement de la séance, d'électriser les muscles qui ont subi un commencement d'atrophie, avec des courants induits à intermittences rares.

Dans l'emploi des courants continus, il faut placer le pôle positif sur les centres, sur la partie lombaire de la moelle (en supposant une névrite du sciatique), et promener le pôle négatif sur les régions où les nerfs sont superficiels et sur les muscles atrophiés. Le courant doit être assez intense, et il est avantageux de faire par moments quelques interruptions.

On peut espérer une amélioration très notable et la guérison, chaque fois que les névrologies et les névrites ne sont pas symptomatiques d'autres affections, nous avons, en effet, constamment obtenu des succès remarquables dans ce genre d'affection.

Les premières séances, dans les cas anciens, sont souvent suivies de douleurs assez vives. Ces douleurs ne doivent pas faire cesser le traitement à moins qu'elles ne persistent encore après sept ou huit séances. Elles sont d'ordinaire très atténuées après ce nombre de séances. (ONIMUS.)

Quand la névrologie est *essentielle*, il n'est rien d'aussi efficace que l'électricité, quel que soit le siège du mal.

Nous sommes arrivés à guérir des *névrologies faciales* qui existaient depuis plus de vingt ans et laissaient rarement le malade un jour sans souffrir.

Nous avons souvent fait disparaître des *névrologies intercostales* très rebelles. (ARTHUIS.)

Les méthodes électriques tendent toutes à modifier l'excitabilité du nerf par révulsion, soit par l'action hyposthénisante du courant faradique profond ou du courant galvanique.....

La guérison ou l'amélioration de la névralgie peut être obtenue très simplement par le moyen du courant continu. Dans ce cas, c'est encore le courant galvanique descendant qui rendra les plus grands services ; une remarque importante se place ici, c'est que, dans le traitement des névralgies, le courant employé, du moins au début, sera faible 2 à 6 milliampères d'intensité. Parfois un courant ascendant sera utile et on doit l'essayer quand on aura échoué avec le courant descendant. La durée des séances sera en général de dix à vingt-cinq minutes.

En même temps, l'électrisation statique générale sera presque toujours indiquée. J'ai remarqué que, dans la plupart des cas, employée simultanément avec le courant continu, elle abrègeait notablement la durée de la maladie, ce qui est loin d'être négligeable. (LARAT.)

Dans les névralgies le courant galvanique descendant est préférable à intensité moyenne de 8 à 12 milliampères. Néanmoins, cette indication est sujette à quelques variations.

Névralgies du trijumeau. — Le traitement devra le plus souvent procéder par tâtonnements. D'abord courant continu de 4 à 6 milliampères d'intensité descendant, en même temps électrisation statique avec souffle. Puis, si ces moyens ne réussissent pas au bout de huit ou dix séances, faradisation cutanée avec étincelles statiques. Ne pas insister si, en cinq ou six séances, ce dernier traitement reste sans utilité probante.

Enfin, si ces moyens ont échoué, on peut recourir à la galvano-puncture sur le trajet nerveux avec des intensités

faibles, au moyen d'aiguilles *ad hoc* implantées de 2 centimètres environ dans les tissus. (LARAT.)

Neurasthénie.

La franklinisation, aidée par une hygiène et un régime alimentaire appropriés, constitue le meilleur traitement de la neurasthénie. Elle répond à la fois à l'indication générale relative à la nutrition et aux indications spéciales fournies par les divers accidents névropathiques. Il n'est pas possible de formuler une prescription unique pour tous les cas. Dans la pratique on aura surtout à tenir compte de la tolérance très variable des sujets relativement à l'électricité. Sous ce rapport il y a à distinguer dans la maladie deux formes : l'hyperexcitable et la torpide. (VIGOUROUX.)

Bain statique quotidien. Commencer par des séances de cinq minutes pour arriver en dix ou douze jours à une durée de vingt à trente minutes. Frictions répétées sur tout le corps avec l'excitateur en bois en insistant au niveau du rachis.

Souffle électrique dirigé sur l'occiput.

Galvanisation ascendante du rachis dans les cas d'impuissance surtout. La plaque négative sera placée au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales, la plaque positive sur la région sacrée.

Intensité : 8 à 10 milliampères.

Durée : cinq à six minutes.

Dans le cas où l'électrisation statique n'est pas possible, recourir à la faradisation généralisée.

Il faut toujours compter que le traitement sera d'assez longue durée, souvent de plusieurs mois.

(LARAT.)

Nœvus des paupières.

Les nœvi des paupières et de la face sont parfois très étendus. En employant l'électrolyse, il tend à se produire une rétraction qui dépasse une limite assez faible.

L'électrolyse, dans ces conditions, devra être pratiquée avec une certaine légèreté de main.

Voici le procédé qui nous a réussi.

Après une compression de la paupière, on voit les principaux troncs vasculaires. On les oblitère d'abord en enfonçant une aiguille de platine près du troncule et en appuyant sur le vaisseau, pendant le passage du courant, pour souder les parois vasculaires, et en fermer la lumière. L'aiguille est en rapport avec le pôle négatif, d'un appareil de 2 ou 3 éléments de Trouvé, ce qui suffit. L'aiguille étant plongée dans les liquides sous épidermiques, la résistance a beaucoup diminué.

Pour les capillaires dilatés, l'aiguille très fine est insérée dans les couches superficielles du derme, tendu et comprimé, etc., les vaisseaux sont détruits par petits îlots, par le passage intra-dermique de l'aiguille et du courant. L'aiguille peut être mise en contact avec le pôle positif, pour avoir une cicatrice moins rétractile. L'arrêt du sang est acquis, avec l'action des deux pôles, quand il s'agit de petits vaisseaux, et qu'on utilise la compression; on efface ainsi, d'abord en partie, le calibre vasculaire, ce qui en permet plus facilement la soudure.

Le pôle non électrolysant est tenu sur le front même, ou dans la main.

Compression préalable, faible quantité d'électricité, cautérisation électrolytique très mince, répétition de l'électrolyse dans les points insuffisamment dévascularisés. Ce sont là les conditions qui peuvent faire réussir la cure du nœvus en nappe, sans ectropion consécutif. (BOUCHERON.)

Occlusion intestinale.

La première chose à remarquer est que, en pareil cas, tout ce qu'on demande à l'électricité est de provoquer énergiquement le mouvement péristaltique de l'intestin dans l'espoir de rétablir le cours des matières, la cause réelle de l'affection, son siège, sa nature restant indéterminés.

Les moyens les plus directs et les plus efficaces de répondre à cette indication sont la faradisation ou la galvanisation de l'abdomen, les tampons étant placés l'un sur les lombes, l'autre promené sur la région abdominale. Si l'on emploie le courant galvanique, on fera des alternatifs de façon à provoquer des secousses.

Le procédé de galvanisation recto-abdominale préconisé par Boudet de Paris, et connu sous le nom bizarre de lavement électrique, n'a aucun avantage et présente quelques inconvénients. Il n'est motivé ni par la difficulté de provoquer la contraction de l'intestin à travers la paroi, ni par la nécessité de se rapprocher du siège de l'obstruction (quand elle existe) qu'on ne connaît pas. Ce procédé ne représente en somme qu'une complication inutilement fatigante pour le malade. (VIGOUROUX.)

Nous croyons que moins douloureux que la faradisation, plus sûrs et moins exempts d'inconvénients que la galvanisation ordinaire, les lavements électriques constituent un progrès et doivent être appliqués toutes les fois que cela est possible. Malheureusement, ce moyen est encore trop peu connu ou trop dédaigné. (LARAT.)

Boudet de Paris a publié une brochure sur le traitement de cette maladie. Il se prononce pour la voltaïsation à intermittences rythmées (appareil fig. 109) de la région

abdomino-rectale. Courants de faible intensité d'une durée de vingt à trente minutes. Le pôle négatif est dans le rectum ; le positif sur l'abdomen.

Opacités du corps vitré.

Les troubles du corps vitré justiciables de l'électricité sont les opacités légères ou de moyennes dimensions, surtout celles qui sont constituées par des exsudats fibreux fins. Ces exsudats proviennent des procès ciliaires et de leur épithélium sécréteur (quelquefois de la choroïde). Ils traversent l'épithélium et l'hyaloïde (ou la rétine) à l'état de liquide, fibrinogène ; et ils trouvent dans le corps vitré des éléments, fibrinoplastiques, qu'ils coagulent.

Ces fins caillots de fibrine forment la majeure partie des opacités du corps vitré, et un certain nombre des *mouches volantes* récentes.

Tant que ces opacités restent à l'état de caillots fibreux fins, l'électrisation galvanique, 2 à 6 milliampères, électrode positive à la nuque, électrode négative sur le front, ou même électrodes sur chaque tempe, peut faciliter leur résorption, parfois avec une rapidité très grande, une huitaine de jours quelquefois, ou bien après quelques semaines.

Ces effets s'observent sous la condition que le processus exsudatif est terminé, et que l'électrisation intervient sur les résidus d'un processus morbide qui a pris fin. Il en est autrement si la maladie continue son évolution et si l'exsudation continue.

Les caillots fibreux résultant d'hémorragies, dans le corps vitré, sont déjà plus difficiles à résoudre, parce qu'ils forment des caillots assez volumineux, parce que le sang a souvent *déchiré* le tissu de la trame vitrée, ce qui est suivi d'une *cicatrice* (opacité irréductible).

Enfin, dès que les caillots ou exsudats fibreux ont subi l'*organisation en tissu conjonctif*, lequel est et reste opaque, l'opacité du corps vitré, qu'elle soit fine (mouche volante permanente), ou qu'elle soit épaisse et large, devient irréductible, par toute espèce de moyen, parce qu'elle est formée d'un tissu durable et vivant par lui-même.

Les mouches volantes légères sont souvent des exsudats rhumatismaux et goutteux, auquel cas l'électrisation statique par influence peut être employée en même temps que la galvanisation. (V. *Rhumatisme goutteux*.)

Les exsudats syphilitiques, paludéens réclament le traitement général avec l'électricité.

Les opacités du corps vitré produites par des cristaux de cholestérine, de phosphates, d'oxalates de chaux, etc., sont irréductibles. (BOUCHERON.)

Oppression. (V. *Asthme*.)

Orchite.

Le Dr Picot (de Tours) a employé la galvanisation comme traitement de l'orchite. Les courants d'intensité faible (6 à 8 milliampères) ; le pôle positif doit être placé sur le testicule malade et le pôle négatif sur le cordon testiculaire. M. Picot fait tous les jours une séance de dix minutes. Sur quarante cas, l'amélioration a été notable et la guérison singulièrement activée ; sur trois sujets seulement il a fallu pratiquer sept électrisations ; chez les autres, quatre ou cinq séances suffirent.

(*Société médicale d'Indre-et-Loire*, 2 avril 1874.)

L'orchite aiguë ou chronique est profondément et favorablement modifiée dans son évolution par l'application des courants continus faibles à travers la glande... Les

courants seront d'une intensité de 5 à 6 milliampères, le pôle positif est placé en arrière, le négatif en avant. Durée : cinq minutes. (ONIMUS.)

Ovarite. (V. Douleurs des ovaires.)

Il est important pour le traitement de l'ovarite de bien faire le diagnostic et de voir s'il n'y a aucune autre complication, du côté des trompes ou du péritoine, sans quoi le traitement électrique ne donnerait pas le résultat qu'on en attend. Dans les cas simples, une chimicaustie positive avec une intensité de 25 à 50 milliampères donnera le résultat désiré. Disparition de la douleur, résolution de la zone inflammatoire périovarique. Il est nécessaire de faire deux ou trois séances. Je n'insiste pas sur l'antisepsie ni sur le rayon consécutif. Pour les cas compliqués de salpingite, ce qui est la règle, je renvoie au traitement de la salpingite ou mieux de l'ovaro-salpingite. (BRIVOIS.)

Pachyméningite. (V. Méningite spinale.)

Paralysies.

Une considération élémentaire doit dominer le traitement des paralysies ; c'est qu'il ne peut être fondé que sur un diagnostic exact et complet de l'affection. On arrive ainsi à simplifier notablement le sujet.

Le traitement local habituel, qui consiste à solliciter la contraction musculaire en vue de favoriser le retour de la motilité n'est pas également applicable à toutes les paralysies. Il peut être employé avec succès, ou au moins sans inconvénient, dans les paralysies *fonctionnelles*, c'est-à-dire sans lésions organiques.

Il n'en est pas de même dans les paralysies organiques dépendant d'une *lésion cérébrale*. En pareil cas l'électrisa-

tion périphérique localisée n'est pas motivée puisque le nerf et le muscle sont sains et elle a le plus souvent un fâcheux retentissement sur le centre nerveux (aggravation de l'état spasmodique, etc.).

L'électrisation localisée n'est pas davantage justifiée dans les paralysies par *lésion spinale*. Il y a pour cela une autre raison ; c'est l'altération trophique consécutive des nerfs et des muscles qui subissent un processus de dégénération scléreuse ou graisseuse. Or, dans cet état, il y a plusieurs motifs de croire que l'électrisation nervo-musculaire exerce une action perturbatrice et défavorable ; il n'y en a aucun de supposer qu'elle aide à la réparation.

Il est vrai que certaines affections médullaires, par exemple le syndrome paraplégie spasmodique, ne sont pas accompagnées de dégénération périphériques : mais dans ce cas, de même que dans les lésions cérébrales, c'est le spasme qui contre-indique l'excitation musculaire.

Dans les paralysies par suite de *lésion nerveuse périphérique*, toxique, traumatique, etc., l'existence des troubles trophiques dégénératifs identiques à ceux de la poliomyélite, doit encore faire écarter l'électrisation localisée.

Celle-ci n'est donc applicable en définitive que dans les paralysies fonctionnelles.

Cette question du traitement local des paralysies n'est restée si longtemps indécise que parce qu'on ne l'a pas envisagée méthodiquement. En effet, la première condition pour apprécier la valeur d'un traitement, électrique ou autre, dans un cas donné, est d'être fixé sur la marche que prendrait la maladie non traitée. Il est évident que cette base indispensable nous manque dans la plupart des paralysies où l'électricité est d'un emploi classique. Bon nombre de ces affections présentent une tendance spontanée à l'amélioration, et il est bien difficile d'évaluer ce que la thérapeutique peut y ajouter. Par exemple les

hémiplegies de cause cérébrale ou encore les paralysies infantiles. On sait que la marche de ces affections est essentiellement régressive et c'est une erreur que d'attribuer l'amélioration spontanée qui se produit toujours dans une certaine mesure, à tel ou tel traitement local. L'observation m'a convaincu que, dans ces cas, le traitement local est au moins inutile et souvent nuisible. D'abord il ne porte pas sur la lésion principale dont le siège est d'ailleurs inaccessible. Ensuite on n'a jamais vu que je sache, dans la paralysie infantile d'ancienne date, l'électricité rétablir la motilité dans les muscles atrophiés et paralysés; et c'est précisément la seule preuve que l'on pourrait donner de son efficacité. Enfin le traitement peut être nuisible, ainsi que je l'ai dit, en aggravant la contracture des hémiplegiques et en intervenant d'une façon perturbatrice dans les troubles trophiques périphériques de la paralysie infantile.

Mais voici une catégorie où cela est encore plus évident, celle des paralysies périphériques. Dans ces cas, l'électrodiagnostic, mieux encore que dans les paralysies infantiles, nous renseigne exactement sur le degré de l'altération trophique et par suite sur la durée de l'affection. A-t-on jamais vu une de ces paralysies radiales, dites par compression, ne pas guérir en trois ou quatre semaines faute de traitement électrique? D'autre part, a-t-on vu une paralysie faciale dite *a frigore*, dont l'électrodiagnostic avait fixé la durée à six mois, je suppose, n'en durer que trois grâce à l'électrisation? pas davantage. Et ainsi de suite.

Il faut donc reconnaître que dans toutes les paralysies dues à une lésion centrale ou périphérique, l'électrisation localisée peut être nuisible et qu'elle est certainement inutile. Au lieu de s'évertuer à exciter des nerfs et des muscles malades, il vaut mieux songer à améliorer l'état général; c'est encore le moyen le plus efficace de réparer

la lésion nerveuse, si c'est possible, et ses conséquences.

L'électrisation localisée n'en reste pas moins utile dans les atrophies simples et les paralysies fonctionnelles; mais c'est par une fâcheuse confusion qu'on a étendu cette donnée aux atrophies et aux paralysies par lésion centrale ou périphérique. Cette confusion provient surtout de ce que l'électro-diagnostic est généralement négligé.

(VIGOUROUX.)

Paralysie infantile. — Paralysie pseudo-hypertrophique. — J'ai obtenu la guérison de la paralysie pseudo-hypertrophique à la première période, à l'aide de la faradisation musculaire, secondée par l'hydrothérapie et le massage. Lorsque ce traitement a été appliqué au moment où elle était arrivée à la seconde période, il n'a produit qu'une amélioration passagère et n'a pas empêché la marche envahissante et la terminaison fatale de cette maladie.

(DUCHENNE, de Boulogne.)

Le Dr Joffroy a obtenu par la galvanisation fréquemment inversée (V. *Atrophie musculaire*) des résultats remarquables.

Les Drs Contancin (de Montmorillon) et Rouhier se trouvent bien pour le traitement de cette maladie des courants constants et continus faibles (4 éléments Trouvé). — Voltaïsation permanente du Dr Lefort.

Il y a, je crois, un intérêt primordial à électriser tôt dans la paralysie infantile. Les piètres résultats constatés jusqu'à présent dans l'électrothérapie de cette maladie tiennent, selon moi, à ce que l'on attend plusieurs semaines avant de recourir à l'électricien.

Mais il faut bien savoir, en outre, qu'un tel traitement est toujours très long. L'électricité galvanique seule est

capable de donner de bons résultats tant que la contractilité faradique est abolie. En tout cas, l'électricité statique est absolument inutile. (LARAT.)

Paralysie faciale. — Le traitement fondamental de la paralysie faciale est la galvanisation du nerf facial et exceptionnellement la faradisation.

Pour les cas légers à excitabilité normale, on applique le pôle positif *indifférent* sur le bras du malade, sous la forme d'une large plaque. Le pôle négatif est promené sur le tronc du facial en avant du conduit auditif externe, sur ses diverses branches, en insistant au niveau des points d'émergence, trou mentonnier, sous-orbitaire, sus-orbitaire. Courant continu d'une minute environ sur chacun de ces points avec une intensité de 2 à 4 milliampères, avec rhéostat intercalé. Puis faradisation localisée de chacun des muscles au moyen de deux tampons. Durée : une demi-minute sur chaque muscle.

Faible intensité.

L'excitabilité faradique étant disparue (cas moyens et graves), s'en tenir au courant galvanique, courant constant comme ci-dessus, puis chocs galvaniques sur les différents muscles. S'abstenir absolument de faradisation.

(LARAT.)

Paralysie du larynx. — Une fois les indications bien établies par le diagnostic, on aura le plus grand avantage à employer la galvanisation continue ou interrompue et la faradisation, mais il est bien évident que les moyens d'application diffèrent.

Les excitateurs employés devront toujours offrir une très petite section, permettant de localiser l'action des courants sur les différentes parties de l'organe vocal, autant que la chose est possible. Toutes ces opérations peuvent fort bien se faire extérieurement, et il n'est nul-

lement besoin de pratiquer l'électrisation directe du larynx; cette pratique, essayée par divers médecins, nous paraît non seulement inutile, mais même dangereuse.

(BARDET.)

Paralysie diphtérique. — On électrisera journellement les muscles atteints au moyen des courants continus et, à ce traitement local, on adjoindra avec avantage un traitement général statique.

En général, les paralysies diphtériques sont promptement améliorées par la galvanisation. (LARAT.)

Paralysie des muscles moteurs du globe oculaire. — Dans le traitement de cette affection, on applique un courant de 8 à 10 éléments, en plaçant le pôle positif près du globe oculaire, et le pôle négatif sur la tempe du côté correspondant, ou sur le ganglion cervical supérieur. La durée de l'électrisation sera de cinq à six minutes.

(ONIMUS.)

D'après Duchenne (de Boulogne) ce genre de paralysie est souvent un des premiers symptômes de l'ataxie locomotrice. Dans ce cas, le traitement est le même que la maladie mère.

Les paralysies des muscles de l'œil qui ressortissent du traitement électrique, sont les paralysies diphtériques, syphilitiques des premières périodes, les paralysies du début de l'ataxie, quelques paralysies infectieuses, typhoïdiques, scarlatineuses, etc., les paralysies dites rhumatismales, les paralysies à *frigore* et quelques autres de cause indéterminées. Ce sont presque toutes des paralysies périphériques.

Les paralysies dépendant d'une lésion centrale encéphalique, les ophtalmoplégies, les paralysies de la période terminale de l'ataxie, les paralysies anciennes périphériques, etc., ne bénéficient guère de l'électricité.

L'expérience a montré que les paralysies traitées par l'électricité et par la médication générale appropriée, ont une durée les unes d'une huitaine de jours, les autres de trois semaines, les autres de six semaines, les autres de trois à six mois, enfin viennent les incurables. Il semble donc que certaines paralysies dégénératives peuvent encore guérir.

Le procédé d'électrisation qui convient le mieux est la galvanisation, comprenant dans le courant l'origine et la terminaison du nerf, 2 à 6 milliampères. Pôle positif à la nuque et négatif sur le front, durée de cinq à dix minutes, ou selon le procédé de Lefort 2 éléments Trouvé, appliqués pendant quelques heures. (Avec une durée trop longue, douze à vingt-quatre heures, on observe souvent des escarres sous les électrodes.) On obtient aussi le résultat thérapeutique en plaçant les pôles d'une tempe à l'autre, ou de l'angle de la mâchoire au front. Le sens du courant n'est pas la chose essentielle.

Les courants induits sont moins appropriés, ils ne produisent pas de contraction des muscles, si on place les électrodes sur la peau péri-orbitaire. La gymnastique faradique des muscles n'est donc pas essentielle pour la cure de ces paralysies. (BOUCHERON.)

Pôle négatif sur l'œil; pôle positif sur la nuque; intensité 3 à 4 milliampères avec une grande résistance rhéostatique. Durée de deux à trois minutes.

Cette application galvanique sera suivie d'une courte application faradique, et le mieux dans ces régions si sensibles est de faire passer le courant à travers le corps de l'opérateur qui se servira de son doigt comme électrode actif. Pour cela on n'a qu'à placer l'électrode indifférent dans la main ou sur la nuque du malade, saisir soi-même l'autre électrode humide et promener le doigt de l'autre main là où on le juge à propos.

On se rendra ainsi parfaitement compte de l'intensité du courant, ce qui, en l'espèce, présente quelque intérêt.

Cette électrisation en masse pour les cas de paralysie des muscles de l'œil a donné de bons résultats entre les mains de Erb. (LARAT.)

Paralysie du diaphragme. — Le meilleur traitement à opposer à la paralysie du diaphragme, c'est la faradisation localisée de ce muscle par l'intermédiaire des nerfs phréniques. (DUCHENNE, de Boulogne.)

Paralysies a frigore. — Voici en somme les résultats des expériences comparatives que j'ai faites depuis quelques années chez les malades de ma clinique civile (polyclinique); j'ai toujours commencé le traitement deltoïdien simple par l'application du courant continu, et presque toujours j'ai dû en venir à la faradisation cutanée pour en obtenir la guérison. Dans la pratique civile au contraire, j'ai toujours appliqué immédiatement la faradisation cutanée au traitement du rhumatisme deltoïdien simple et jamais je n'ai dû recourir au courant continu. Dans les cas où, la faradisation cutanée ayant échoué, j'ai essayé ensuite l'application thérapeutique du courant continu, je n'en ai rien obtenu.

La faradisation musculaire méthodiquement appliquée à la paralysie rhumatismale *a frigore* m'a donné d'excellents résultats, comme dans les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs. Je n'en puis dire autant des courants continus labiles. Les courants continus labiles et les courants galvaniques intermittents m'ont paru agir comme la faradisation localisée.

(DUCHENNE, de Boulogne.)

Paralysie de la vessie. (V. *Incontinence d'urine.*) — ... Mais il n'en est pas de même lorsque l'incontinence

est due à une *paralysie de la vessie*. Là, l'électricité statique est vraiment souveraine. Nous avons soigné et guéri un nombre très considérable de malades atteints d'incontinence... Sous l'action de la médication électrique, la vessie la plus inerte reprend bien vite son énergie primitive, l'organe affaibli se réveille et se tonifie d'une façon frappante, et la guérison est bientôt complète.

(ARTHUIS.)

La faradisation externe de la paroi abdominale ne donne pas grands résultats dans la paralysie; l'application des courants continus est plus efficace; dans l'incontinence d'urine, au contraire, la faradisation réussit pour la majorité des cas.

(LARAT.)

Il faut surtout se bien garder d'employer comme électrode une sonde métallique, car dans ces cas l'urèthre serait électrisé sur toute sa longueur et l'opération serait très douloureuse; de plus, on risquerait de provoquer un spasme du sphincter de la vessie. La faradisation est douloureuse; de plus, elle est beaucoup moins utile que la galvanisation, dont l'action énergique sur les muscles à fibres lisses est connue. On aura donc tout avantage à employer les courants continus dans la paralysie vésicale. Bien entendu, c'est le pôle négatif qui devra être porté dans l'intérieur de la vessie; le pôle positif sera appliqué sur l'abdomen à l'aide d'une large plaque.

La galvanisation de la vessie doit être prolongée pendant toute la durée des phénomènes paralytiques; la durée des séances varie entre cinq et quinze minutes avec une intensité moyenne (3 à 10 milliampères).

(BARDET.)

Paralysie hystérique. (V. Hystérie). — On doit, en général, dans la paralysie hystérique, localiser l'excitation

électrique dans chacun des organes affectés, et continuer le traitement quelque temps après le retour des mouvements, afin de fixer, pour ainsi dire, la guérison... Les faits que j'ai recueillis ne m'ont pas permis de reconnaître les signes qui annoncent si la faradisation guérira ou non la paralysie hystérique. La forme paraplégique est celle dans laquelle les chances de succès paraissent les moins grandes.

Quand on a été témoin de ces guérisons obtenues par la faradisation localisée, chez des hystériques dont la paralysie a résisté jusqu'alors, et quelquefois depuis longtemps, aux médications les plus énergiques, on se sent pris d'une sorte d'admiration pour la puissance thérapeutique de l'électricité. (DUCHENNE, de Boulogne.)

M. Joffroy recourt à l'électricité (galvanisation fréquemment inversée) dans le traitement des paralysies hystériques avec ou sans contracture, mais il ne lui reconnaît guère dans ces cas qu'une action suggestive.

Paralysie hystérique des muscles de la déglutition et de la phonation. — Ziemsen a conseillé, au point de vue du traitement, d'électriser directement les muscles atteints, même les cordes vocales, au moyen d'un long électrode recourbé et muni d'un tampon olivaire à son extrémité. Cette méthode est bonne pour le voile du palais, mais bien difficile à appliquer plus profondément. Ziemsen avoue lui-même que l'électrisation interne du larynx amène des vomissements, des accès de suffocation et une aphonie momentanée. Tous les malades ne sont pas d'humeur à supporter de tels désagréments pour une amélioration toujours problématique. Je crois que, dans ces cas où le muscle est difficilement excitable directement, on doit surtout s'adresser aux actions réflexes et employer l'électricité statique.