

du muscle, l'intensité et le nombre de ces chocs seront augmentés à mesure que se montrera une amélioration dans la contractilité. Puis, concurremment, *si le muscle répond au courant faradique*, on utilisera ce dernier pour provoquer des contractions rythmiques, espacées mais énergiques, pendant quatre à cinq minutes seulement. Si, au contraire la contraction est nulle sous l'influence du courant faradique il faut s'en abstenir complètement pour y revenir dès que cette contraction apparaîtra. Il est donc bon d'examiner de temps à autre le muscle à ce point de vue. On voit très fréquemment se produire un phénomène signalé par Duchenne et qui est d'excellent augure, c'est que l'électrisation indolente d'abord, devient douloureuse ; on constate, en même temps que le muscle se trouve en état de semi-contraction et est douloureux à la palpation profonde. Lorsqu'on assiste à cette modification, à cette semi-contraction de retour, on peut affirmer que la motilité volontaire ne va pas tarder à reparaitre et ce symptôme qui pourrait faire croire à une aggravation de la maladie, correspond, au contraire, à un pronostic très favorable. Une dernière question qui se pose est celle de la durée du traitement. Il est impossible de la fixer même approximativement, tout dépend de la nature de la lésion et de son intensité. Mais, le plus souvent, cette durée est fort longue et on ne doit point perdre courage et abandonner le traitement avant quatre ou cinq mois de traitement régulier.

Les cas favorables n'exigent que quelques semaines, mais les cas moyens demandent trois ou quatre mois et les cas graves bien davantage. Les données générales que nous avons données concernant le pronostic de la réaction de dégénérescence à ses diverses périodes, permettront à l'homme de l'art de se faire une idée approximative de la durée et de l'efficacité probable du traitement.

#### Paralysies obstétricales.

On sait que cet accident se produit lors des accouchements

laborieux, lorsque l'accoucheur a exercé des tractions un peu fortes sur un bras, ou quand dans l'application du forceps l'une des branches de l'instrument est venue comprimer le cou au-dessous de l'occiput, ou encore sans intervention opératoire, lorsque la tête est restée longtemps comprimée au détroit supérieur. Il se produit alors une compression au niveau du plexus brachial, et dans les heures qui suivent la naissance de l'enfant, on constate une paralysie d'un ou des deux bras, comme j'en observai un cas récemment avec M. le professeur Budin. La localisation de ces paralysies est plus ou moins étendue. Dans les cas les plus graves, la totalité du membre est paralysée. Le bras pend flasque le long du corps, seuls quelques mouvements de flexion des doigts sont perceptibles.

Plus souvent, la paralysie se présente avec le syndrome de Erb (Paralysie du deltoïde, du coraco-brachial, du long supinateur). En pareil cas le traumatisme n'a porté apparemment que sur les trois branches supérieures du plexus, d'où émanent le circonflexe, le musculo-cutané et une partie du radial. Il faut noter, en outre, que la sensibilité du moignon de l'épaule est souvent abolie.

J'ai observé un assez grand nombre de paralysies obstétricales et j'ai pu, au point de vue de l'électro-pronostic, constater qu'elles obéissent aux lois des paralysies traumatiques.

Si le traumatisme est très grave, on observe huit à dix jours après la naissance, la DR la mieux caractérisée ; si le nerf, au contraire, n'est que contus ou tirillé, on constate que les muscles répondent encore au courant faradique, mais ce qui donne à ces paralysies une physionomie toute spéciale, c'est que si le membre n'est pas électrisé régulièrement, peu à peu l'excitabilité faradique disparaît pour faire place au syndrome DR. Cette évolution vers la DR se fait en six semaines à deux mois. Cette tendance à la DR même en cas de traumatisme peu intense est-elle liée à la fragilité du tissu nerveux chez le nourrisson ? Cela est probable. Quoi qu'il en soit, le traitement empêche ce grave symptôme de se produire, et dans peu de para-

lysies, l'électrisation précoce peut rendre plus de services que dans les paralysies congénitales. Dans tous les cas, sans aucune exception, que j'ai observés, le deltoïde était le muscle le plus malade, c'est lui qui revient en dernier, bien après que tous les autres ont reconquis leur vitalité.

Le traitement ne s'écarte pas des règles générales applicables aux paralysies périphériques. S'il y a DR c'est au courant continu qu'il faut recourir, sinon au courant faradique et à l'association de ces deux courants lorsque certains muscles sont en voie de dégénérescence, tandis que les autres n'ont éprouvé que des altérations quantitatives de l'excitabilité.

En raison du jeune âge des sujets, quelques précautions sont à prendre. Tout d'abord il faut user de courants faibles, quatre ou cinq milli-ampères. Cette intensité est suffisante chez le nourrisson pour agir très efficacement. Des intensités plus élevées sont douloureuses, l'enfant crie, s'agite, et comme, de toute nécessité, les applications doivent être faites trois fois par semaine au moins et mieux tous les jours si les circonstances s'y prêtent, de telles séances lui imposent une fatigue qui peut compromettre sa santé. Donc, comme règle générale, il faut éviter chez le tout petit enfant, toute réaction douloureuse; on obtient ce résultat, nous le savons, par l'emploi de faibles intensités et par la diffusion du courant sur une large surface. Pour les applications galvaniques, une large plaque est placée dans le dos de l'enfant et le bras est plongé dans l'eau jusqu'au coude, les moindres excoriations seront masquées par une gouttelette de collodion. Pour les applications faradiques, la large plaque du dos étant en place comme précédemment, un tampon est promené sur les muscles malades aux points d'élection. Le courant, dans ce cas aussi, devra être toléré sans cris de l'enfant; là on utilisera donc la bobine à gros fil et des intermittences lentes. Toutes ces indications peuvent paraître bien minutieuses, mais j'ai vu si souvent des parents ne m'amener leur bébé qu'en tremblant, parce que déjà soumis par leur médecin habituel à la faradisation à fil fin et à intermit-

tences rapides, ils craignaient de voir se renouveler les scènes qui avaient lieu à chacune des séances, que je ne saurais trop engager mes confrères à suivre ces conseils dictés par l'expérience.

La localisation brachiale est de beaucoup la plus fréquente dans la paralysie obstétricale. On observe aussi parfois la paralysie faciale causée par la branche du forceps, appliquée au devant du tragus et fortement serrée. Les mêmes observations sont applicables en pareil cas.

Une paralysie obstétricale légère sans DR guérira en six semaines à deux mois, celle qui s'accompagne de DR demandera quatre, cinq, six mois pour atteindre la guérison des muscles, à l'exception du deltoïde, qu'il faut traiter pendant deux ans et même davantage. Dans presque tous les cas, avec de la patience, on obtint la guérison complète. Cependant, quelquefois, quoi qu'on fasse, la paralysie du deltoïde persiste définitivement. Les paralysies obstétricales sont délicates à soigner, il ne faut pas en abandonner le traitement aux parents, sans quoi on n'aura que des échecs.

#### Paralysie faciale.

La paralysie faciale succède parfois au traumatisme; telle la paralysie faciale des nouveaux-nés due à l'application du forceps, elle peut être aussi le résultat d'une lésion du voisinage, agissant soit par compression, soit par propagation du processus pathologique au tronc du facial; citons les tumeurs, les abcès, les altérations du rocher et surtout celles des cavités auriculaires, les otites: j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital des Enfants un petit malade atteint de paralysie faciale à la suite d'un coup de ciseau portant, derrière l'oreille, au niveau du rocher et par conséquent n'ayant pu intéresser directement le nerf facial. L'évolution de ces paralysies faciales est liée naturellement à la nature et à l'intensité du traumatisme et ce