

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

que nous avons dit des paralysies d'origine traumatique s'applique exactement à elles.

Mais la paralysie faciale qui reconnaît pour cause le froid ou le rhumatisme, prend une place à part dans la pathologie.

L'exploration électrique dans l'immense majorité des cas, montre qu'il y a dans les muscles atteints, une réaction de dégénérescence très accentuée. Cette réaction apparaît du sixième au dixième jour, à dater de la constatation de la paralysie.

Pour expliquer cette dégénérescence rapide et grave d'un tronc nerveux sous une influence parfois bien minime, dégénérescence spéciale au facial, on a invoqué l'anatomie de ce nerf, qui dans son long trajet intra-osseux dans le conduit auditif interne, puis dans l'aqueduc de Fallope s'infléchit quatre fois à angle plus ou moins aigu. On en a conclu qu'il suffit d'une légère inflammation, d'un gonflement peu accentué du névrilemme pour entraîner une sorte d'étranglement du cylindre axe comprimé dans un canal inextensible. Cette explication est probablement exacte, mais elle n'a pas encore été vérifiée, les autopsies manquant, et Minkowski (*Arch. für Psych.*, 1894) étudiant un cas de ce genre ne trouva aucune trace de périnévrite, aucune altération du névrilemme, bien plus le nerf était relativement peu touché dans l'aqueduc de Fallope et cependant les lésions étaient dégénératives.

Je n'insisterai pas sur les symptômes bien connus de la paralysie faciale: flaccidité de tous les muscles innervés par le facial, paralysie de l'orbiculaire palpébral, ce qui permet de faire le diagnostic entre la paralysie faciale périphérique et la paralysie d'origine centrale dans laquelle l'orbiculaire reste intact, le malade pouvant clore ses paupières, ce qu'il ne peut faire si la paralysie est périphérique. Quand ces symptômes existent seuls ils correspondent à une lésion du nerf au niveau du trou stylo-mastoïdien ou, entre ce trou et la périphérie. Si, à la paralysie des muscles de la face s'ajoutent des troubles du goût, le plus souvent sensation d'amertume, et la diminution de la

sécrétion salivaire, c'est que la lésion, plus profonde, siège dans le canal de Fallope, et enfin, si le nerf est malade dans toute l'étendue du canal de Fallope, on peut observer des troubles de l'ouïe, se traduisant par des bourdonnements ou de l'audition douloureuse, et la paralysie de la moitié correspondante du voile du palais.

L'examen objectif d'une paralysie faciale ne peut, en aucune façon renseigner sur le pronostic. Presque toujours la paralysie est absolue, d'autre part le fait qu'elle est limitée aux muscles de la face ou provoque en outre, des troubles auriculaires ou gustatifs, ne semble pas entraîner un pronostic différent quant à la durée de la paralysie. L'exploration électrique donne, au contraire, à ce sujet les renseignements les plus précis. « Nous pouvons, dit Erb, dès la fin de la première semaine, avancer, grâce à l'exploration électrique, un pronostic presque absolument certain, relativement à la durée de la maladie. »

Dans un premier groupe de cas on ne trouve aucune modification appréciable de l'excitabilité, c'est tout au plus si on perçoit une légère augmentation de l'excitabilité galvanique. Ces cas, rares, il est vrai, comportent un pronostic des plus favorables. La guérison a lieu en deux ou trois semaines.

Dans un deuxième groupe, l'excitabilité durant cinq ou six jours, reste normale, ou peu s'en faut, puis on assiste à une diminution progressive de l'excitabilité faradique, tandis que l'excitabilité galvanique augmente parallèlement.

Mais quoique fort amoindris, on trouve encore des linéaments de faibles contractions sous l'influence du courant faradique à intermittences lentes. Ces cas guérissent dans l'espace de six à douze semaines.

Enfin un dernier groupe, le plus important, comprend toutes les paralysies où se montre franchement la réaction de dégénérescence, ici encore un pronostic exact est possible. Ce pronostic dépend du degré de dégénérescence du nerf qu'indique l'exploration. Si la contractilité galvanique n'est que légèrement augmentée au négatif, la maladie durera de trois à six mois, les