

saisissant un fer trop chaud. Cet accident s'est produit il y a quatre mois. La cicatrisation des brûlures est complète, et il existe un peu de rétraction palmaire, les mouvements du médius et de l'annulaire sont un peu gênés par une bride cicatricielle.

Pendant quelques semaines après son accident, M^{lle} X... n'a rien senti d'anormal dans les fonctions de sa main. Puis vers le deuxième mois sont apparus des douleurs violentes au niveau des brûlures déjà presque cicatrisées, douleurs s'irradiant dans toute la face antérieure de l'avant-bras. Ces douleurs ont été vainement traitées par les topiques les plus divers. En outre la flexion des doigts est devenue peu à peu impossible. Elle vient nous trouver en décembre 1891, quatre mois après l'accident. Je constate une anesthésie absolue de toute la partie externe de la paume de la main, du médius et de l'annulaire (face palmaire). La pression dans la paume de la main détermine une vive douleur, semblable, dit la malade, à une rage de dents, cette douleur s'irradie dans toute la face antérieure de l'avant-bras. La pression indique 0 au dynamomètre. Réaction de dégénérescence dans les fléchisseurs et les interosseux palmaires. Les autres mouvements du bras et de l'avant-bras sont intacts.

Traitement courant continu I. 40 milli-ampères. Durée 10 minutes chaque jour. Positif au pli du coude, négatif dans l'eau d'une cuvette où est immergée la main malade. Les douleurs diminuent considérablement à partir de la troisième séance. Elles ont disparu tout à fait au bout d'un mois de traitement, mais la motilité est à peine améliorée. La malade cesse alors le traitement.

Paralysie du nerf circonflexe.

La paralysie du nerf circonflexe par lequel est innervé le deltoïde n'est pas très rare à l'état isolé. J'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs exemples dans lesquels le rhumatisme a joué un rôle prépondérant. Voici ce qu'on observe communément. A la suite d'un coup de froid sur l'épaule (vêtement mouillé, filet de la pêche à l'épervier, etc.), une douleur très vive se manifeste au niveau du deltoïde sur le trajet du circonflexe dont la pression réveille une vive douleur. Cette douleur dure quelques jours, puis le patient qui évitait tout mouvement de l'épaule, de crainte de souffrance s'aperçoit, quand cette souffrance a disparu, qu'il ne lui est plus possible de soulever le bras jusqu'à l'horizontale. Du reste, il s'agit presque toujours d'une simple parésie et non d'une paralysie complète.

Dans ce cas, je me suis toujours bien trouvé de quelques fortes étincelles statiques sur le deltoïde. Il n'est pas rare de voir la guérison complète survenir en deux ou trois séances.

Paralysie du nerf thoracique postérieur (Paralysie du grand dentelé).

La paralysie isolée du grand dentelé est rare. Je n'en ai observé que deux exemples. Ce muscle, on le sait, est innervé par le nerf thoracique postérieur, branche du plexus brachial née des 5^e et 6^e paires cervicales. Ce nerf a un trajet long et superficiel, aussi considère-t-on que la paralysie est due, le plus souvent, au traumatisme ou au froid. Je dois dire que, dans les deux cas, qu'il m'a été donné d'observer, j'ai vainement cherché ces deux causes et que je n'ai rien trouvé, d'autre part, qui m'explique l'apparition de la paralysie.

Dans l'un des cas il s'agissait d'un jeune garçon de 16 ans, de santé suffisante, et qui présentait depuis deux mois, à droite, les signes pathognomoniques de la paralysie du grand dentelé, c'est-à-dire le déplacement en aile d'oiseau au moment des mouvements d'élévation du bras, de l'omoplate, cet os s'éloignant du thorax en même temps qu'il pivote sur son angle interne, de telle sorte que l'angle inférieur vient faire, sous la peau, une saillie anormale. Le patient n'avait, à aucun moment, accusé de manifestation douloureuse, ni aucun fourmillement. L'exploration électrique dénotait un simple affaiblissement de la contractilité faradique.

Le second cas concerne un professeur de l'Université, âgé de 29 ans, qui s'était aperçu, depuis plus d'un an, que le mouvement d'élévation du bras gauche vers l'horizontale, devenait de plus en plus difficile. Je constatai, à l'examen, une paralysie du grand dentelé gauche. L'interrogation attentive du malade ne me permit, en aucune façon, de reconstituer l'étiologie. L'affection avait également évolué d'une façon tout à

fait indolore. Mais il y avait une atrophie manifeste du muscle qui réagissait mal aux deux contractilités.

Le premier de ces cas a bien guéri en trois mois de traitement journalier au moyen de la faradisation. Le second, pour lequel j'ai tenté successivement la faradisation, les courants continus et les étincelles statiques, n'a point semblé bénéficier du traitement et l'a cessé au bout de six semaines.

Paralysies associées du plexus brachial.

Abstraction faite des paralysies radiculaires qui ont été décrites précédemment, les luxations de l'épaule, surtout la luxation sous-coracoïdienne, les fractures, les tumeurs du cou peuvent donner lieu à des symptômes paralytiques englobant partiellement ou totalement les branches nerveuses qui émanent du plexus brachial.

Le traitement électro-thérapique est naturellement le même que s'il s'agissait de paralysies isolées. Il faut tenir compte surtout des réactions électriques pour utiliser de préférence la faradisation ou la galvanisation, la première de ces formes convenant quand la paralysie est légère, la seconde quand on constate la présence de la réaction de dégénérescence.

Paralysies des nerfs crural et sciatique.

Les paralysies d'origine névritique, atteignant les membres inférieurs sont rarement observées, en dehors des traumatismes graves et, dès lors, elles ne présentent rien de particulier au point de vue du traitement ou des infections ou des toxémies que nous allons étudier dans un chapitre spécial.

POLYNÉVRITES TOXIQUES ET INFECTIEUSES

Les polynévrites périphériques dont l'étude est trop récente

pour comporter autre chose qu'un chapitre d'attente, peuvent porter leur altération anatomique sur les fibres motrices ou sur les fibres sensibles des nerfs mixtes, elles peuvent également englober ces deux ordres de fibres, d'où les diverses formes de névrites motrices, sensibles ou mixtes. La forme mixte intermédiaire entre la forme motrice ou sensible pure, comprend, bien entendu, une infinie variété de cas où l'un des symptômes paralysie ou troubles sensitifs, prédomine plus ou moins l'un sur l'autre.

Les polynévrites peuvent être généralisées ou localisées. Les troubles sont parfois limités soit aux membres supérieurs soit aux membres inférieurs, ou envahir tous les muscles de l'organisme.

Nous passerons en revue quelques polynévrites, les mieux connues actuellement : la névrite alcoolique, saturnine, diphtérique.

Névrite alcoolique.

Les travaux de Huss, de Lancereaux, de Charcot, de Gombault, etc., nous ont fait connaître que la paralysie alcoolique est la conséquence d'une dégénérescence des nerfs, dégénérescence qui, dans quelques observations s'étend jusqu'à la moelle, et même jusqu'au bulbe. La paralysie alcoolique est plus fréquente chez la femme que chez l'homme et son siège de prédilection au début est les membres inférieurs. Parfois aussi les membres supérieurs sont primitivement atteints, mais alors on trouve toujours une modification dans la motilité ou la sensibilité des membres inférieurs. La névrite alcoolique se rattache à la forme mixte des polynévrites. Les troubles sensitifs l'emportent tout d'abord sur les troubles moteurs et sont d'ordinaire la première manifestation de la maladie. Ils consistent en fourmillements et en douleurs parfois fort vives, douleurs lancinantes ou brûlantes qui surviennent sans cause appréciable