

que, malgré une observation très attentive, on n'a pu constater aucun trouble anatomique (Babinski). Parfois, au contraire, il existait des altérations des cornes antérieures de la moelle (Erb, Déjerine), ou des lésions radiculaires (Hallion et Henriquez) ou, simplement, des altérations musculaires, le tissu nerveux semblant indemne (Hochhaus). La cause anatomique de la paralysie diphtéritique n'est donc pas encore bien connue et semble être assez complexe.

Au point de vue clinique, il est remarquable que les diphtéries les plus légères comme les plus graves puissent être suivies de paralysie. Celle-ci débute un, deux, trois, quatre et même six semaines après la guérison. Son siège de prédilection est le voile du palais et le pharynx. Mais elle se généralise fréquemment atteignant, parfois, tous les muscles de l'économie sans exception et faisant du patient un paralytique total. Les troubles de la sensibilité sont fréquents; ils se traduisent par de l'anesthésie qui occupe le voile du palais et les membres paralysés, anesthésie le plus souvent incomplète, les réflexes sont abolis. Les troubles de la vue ne sont point rares; ils consistent en une paralysie de l'accommodation qui atteint les deux yeux simultanément et détermine un affaiblissement considérable de la vue. Le muscle cardiaque peut être envahi, d'où une tachycardie parfois très prononcée.

L'exploration électrique, que j'ai eu l'occasion de pratiquer assez souvent et avec soin à l'hôpital des Enfants malades, m'a toujours montré, même dans les cas les plus graves, un simple affaiblissement de la contractilité. Je n'ai jamais constaté la réaction de dégénérescence. La contractilité faradique est parfois très affaiblie, mais en la recherchant attentivement avec les intermittences lentes et un gros fil, on la trouve toujours. Du reste, cela ne s'applique qu'au voile du palais, car dans les muscles des membres, la contractilité faradique quoique diminuée est toujours assez nette pour ne pas passer inaperçue. À ce point de vue aussi, la paralysie diphtéritique s'éloigne donc considérablement des paralysies névritiques.

L'évolution de la paralysie diphtéritique est généralement dirigée vers la guérison spontanée. Quand elle est limitée au voile du palais, elle se fait attendre de quinze jours à un mois, mais dans les formes généralisées elle se prolonge de deux à six mois. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle dépasse ce laps de temps. C'est donc une affection généralement bénigne, elle est néanmoins suivie quelquefois d'accidents mortels, le malade succombant à des accidents dyspnéiques consécutifs à une paralysie du cœur, ou à une asphyxie brusque survenant au moment de l'ingestion d'une bouchée alimentaire que le pharynx paralysé ne parvient pas à déglutir et qui pénètre dans les voies aériennes. Le traitement électrique favorise la guérison et raccourcit la durée de la maladie. Cette affirmation est démontrée par ce fait que des paralysies diphtéritiques non traitées et évoluant lentement ou même restant stationnaires prennent une allure franche d'amélioration dès qu'elles sont soumises à un traitement électrique rationnel.

On a utilisé, pour le traitement, l'électrisation faradique (Duchenne, Erb), la galvanisation (Remack).

J'ai adopté le traitement suivant d'application facile et qui m'a toujours paru très efficace.

Le patient est soumis au courant faradique à intermittences rapides ou mieux au courant alternatif sinusoïdal. L'une des électrodes en plaque de  $9 \times 12$  est placée à la nuque au niveau des vertèbres cervicales, le courant est fermé dans une cuvette d'eau dans laquelle plongent, d'autre part, alternativement les mains ou les pieds du malade. La durée des applications est d'un quart d'heure d'environ, le courant doit être nettement perçu, mais non douloureux. Il n'est pas utile, selon moi, d'électriser directement le voile du palais. L'électrisation de la nuque ainsi pratiquée suffit à l'exciter suffisamment pour qu'on ne tarde pas à constater une amélioration. De plus la généralisation du courant a l'avantage de prévenir dans une certaine mesure les accidents paralytiques qui pourraient surgir dans les autres parties du corps.



OBSERVATION L. — Fillette de 11 ans, atteinte en mars 1896, de diphtérie et soignée dans le service de diphtérie de l'hôpital des Enfants. Diphtérie bénigne, injection de 20 cc. de sérum. Dix jours après la disparition des accidents laryngés, la malade commence à nasonner. Puis rapidement les phénomènes paralytiques s'étendent et elle passe alors dans le service du professeur Grancher qui l'adressé au service d'électrothérapie en avril. A ce moment, je constate une paralysie étendue à tous les muscles du corps. La malade est dans l'impossibilité de se tenir debout, de porter ses mains à sa bouche. Elle est presque aveugle. Elle ne peut parler que très indistinctement. La déglutition est des plus difficile et pendant quelques jours elle est alimentée au moyen de la sonde œsophagienne. Elle a de l'incontinence d'urine et des matières fécales, les réflexes sont abolis. L'exploration électrique dénote un simple affaiblissement des deux contractilités. Pas de réaction de dégénérescence. L'exploration de la sensibilité montre une anesthésie au toucher et aux sensations thermiques assez prononcée.

Traitement : Faradisation généralisée. Le positif à la nuque, le négatif dans une cuvette ou plongent alternativement les pieds et les mains de l'enfant. Amélioration rapide et progressive. L'enfant sort guérie au bout d'un mois.

OBSERVATION LI. — Fillette de 6 ans, atteinte de paralysie du voile du palais et de difficulté de la déglutition, au vingtième jour d'une diphtérie légère, traitée au pavillon de la diphtérie de l'hôpital des Enfants. Admise au service d'électrothérapie en juin 1897, Les troubles sont localisés au pharynx et à l'arrière-gorge. Rien dans les membres, le voile du palais présente une forte diminution de la contractilité faradique. Contractilité galvanique conservée. Traitement : courant faradique. Pôle P à la nuque. Pôle négatif dans une cuvette où plongent les mains de l'enfant. Guérison en quinze jours et sept séances.

OBSERVATION LII. — M. X..., 38 ans, est atteint en avril 1894, d'une angine diphtéritique d'intensité moyenne, qui guérit en une quinzaine de jours. Le malade se trouve bien, l'appétit est bon, les forces reviennent rapidement lorsque le 8 mai il commence à distinguer difficilement les objets. Les troubles visuels augmentent rapidement, si bien qu'il est atteint d'une cécité presque absolue en trois jours.

Simultanément est apparue une grande faiblesse des membres inférieurs avec impuissance génitale absolue. Un peu, mais très peu de nasonnement. Le malade m'est adressé le 24 mai 1894, par M. le D<sup>r</sup> Bergeron, dans l'état suivant. La vue est très affaiblie mais le malade peut, toutefois se guider. Les pupilles réagissent, mais lentement à la lumière. (L'examen ophtalmologique n'a pas été pratiqué.)

Il y a un peu de nasonnement, la déglutition est légèrement troublée et le malade est obligé de faire un effort notable pour avaler, mais il ne

rejette rien par les narines. Les membres inférieurs sont fortement parés. Pas de troubles de la sensibilité, mais il y a eu des fourmillements au début. Le malade marche avec difficulté en s'aidant de deux cannes. Réflexes abolis. L'exploration électrique dénote un simple affaiblissement des deux contractilités. Rien dans les membres supérieurs. Les fonctions génitales sont abolies. Pas de réflexe crémastérien.

Traitement. Courants alternatifs. Un pôle à la nuque, les pieds dans l'eau d'une cuvette où plonge l'autre pôle. Amélioration progressive et continue. Les symptômes oculaires cessent tout d'abord. Cinquante séances sont nécessaires pour amener la guérison. Le malade cesse son traitement à la fin de mai. Complètement guéri de tous les symptômes.

OBSERVATION LIII. (Rech. Schulz.) — Ecolier, 18 ans, atteint à la Pentecôte en 1877, d'une diphtérie. Quatorze jours après la guérison de cette affection, il eut des troubles de la vue, un langage nasillard et des difficultés de déglutition, ensuite une faiblesse croissante dans les bras et les jambes, engourdissement de la plante des pieds. Mi-juillet 1877. Pupilles normales, vision mauvaise de loin et de près, parésie du muscle droit interne. Langage fortement nasillard.

Paralysie du voile du palais. Parésie prononcée des extrémités, surtout à droite. Sensibilité cutanée et musculaire intacte. Réflexe du tendon rotulien absent. Les grands troncs nerveux et le sympathique douloureux à la pression. L'exploration électrique dénote un affaiblissement modéré de la contractilité.

Point de réaction de dégénérescence. Traitement galvanique : transversalement par les processus mastoïdes, de la nuque aux yeux, galvanisation de la colonne vertébrale, traitement direct des extrémités et du voile du palais avec ka labile. Après six séances, amélioration de la paralysie d'accommodation ; après vingt, paralysie du droit interne et du voile du palais complètement disparue, finalement la parésie et l'ataxie des extrémités sont combattues dans un petit nombre de séances ultérieures. A la sortie, les réflexes rotuliens manquent encore.

#### Maladies infectieuses diverses.

Des troubles paralytiques semblent dériver de névrites plus ou moins généralisées ont été observés à la suite d'un grand nombre de maladies infectieuses, telles la fièvre typhoïde, la tuberculose, etc, des névrites localisées aux muscles thoraciques, ont été signalées dans la pneumonie, la pleurésie. J'ai eu, à ce propos, personnellement l'occasion de suivre un malade des plus intéressants, dont je vais rapporter l'observation détaillée.