

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^r 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 semblant 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.

OBSERVATION LIV. — M. X..., âgé de 60 ans environ. Sénateur. Excellente santé habituelle, subit un refroidissement en mars 1887. A la suite de ce refroidissement, il se met à tousser et éprouve un léger point de côté. Son médecin fait le diagnostic de bronchite et le soigne en conséquence. Les symptômes continuent, le point de côté persiste et le malade est envoyé à Vichy, en juillet, avec le diagnostic de maladie du foie (?). Il en revient dans le même état avec, en plus, des accès de fièvre chaque soir. Ce n'est qu'en janvier qu'il se décide à venir à Paris où il consulte le Professeur Landouzy qui reconnaît une pleurésie droite. Une ponction est faite et cinq litres de pus sont retirés de la plaie. Pendant la longue durée de cette pleurésie méconnue, le malade s'est peu à peu cachectisé et son état de santé est alors fort précaire, il est très amaigri, ne se nourrit plus et semble un tuberculeux à la 3^e période.

La pleurésie, pour n'y plus revenir, guérit parfaitement après deux ponctions et du côté de la plèvre, tout rentre définitivement dans l'ordre. Mais, pendant la convalescence de la pleurésie éclatent des accidents d'autre nature. Ce sont des douleurs extrêmement aiguës localisées aux mains, aux pieds, et rayonnant un peu le long des trajets nerveux des membres. Ces douleurs empêchent absolument le sommeil, et le patient est soumis aux injections de morphine qui diminuent l'acuité des phénomènes douloureux sans toutefois les faire disparaître complètement. Peu de temps après l'apparition des douleurs s'accuse un amaigrissement rapide des interosseux des mains et des pieds, puis les muscles des bras se prennent, puis ceux des jambes. L'impotence fonctionnelle suit ces troubles amyotrophiques. Cette impotence ne tarde pas à aller jusqu'à la paralysie complète des mains et des pieds. C'est alors que M. X... est amené à mon maître regretté Boudet de Paris, lequel fait le diagnostic de névrite et soumet le malade au courant continu. Dès les premières applications du courant les douleurs diminuent, le malade supprime sa morphine et en un mois les douleurs ont presque totalement cessé. Mais l'atrophie et la paralysie subsistent. Le traitement galvanique régulièrement continué tous les deux jours amène une amélioration progressive mais lente, si bien que, lorsque Boudet, malade, me confie M. X... en 1892, la cure est loin d'être achevée. A ce moment l'état est le suivant : état général parfait, bon appétit, bon sommeil, pas de douleurs, mais atrophie complète des interosseux des mains et des pieds, simulant absolument une paralysie d'Aron Duchenne, atrophie moins prononcée de tous les muscles de l'avant-bras, un peu du bras, un peu des mollets et des cuisses. Réaction de dégénérescence dans les interosseux des mains et des pieds, dans le cubital, dans les fléchisseurs des doigts, dans le jambier antérieur, les autres muscles ne présentent que de la diminution de la contractilité. Le malade marche en laissant traîner la pointe du pied à terre, il peut porter les mains à sa bouche, mais ne peut faire mouvoir ses doigts, sauf un léger mouvement de flexion. Il est tout à fait comparable à un malade atteint de paralysie musculaire progressive

type Aran-Duchenne. La sensibilité est intacte, les réflexes rotuliens sont abolis. Il continue le traitement institué par Boudet. Courants continus labiles et stables le long des membres. $I = 12$ à 15 milli-amp. $1/2$ heure chaque jour. Amélioration lente mais continue. Au bout de quelques mois, le malade fait lui-même son traitement. Peu à peu les forces reviennent, mais il persiste un certain degré d'atrophie, si bien qu'en 1897, malgré un traitement galvanique fait pendant dix ans, cinq ou six mois par an, il existe encore un peu d'atrophie interosseuse et un peu de maladresse pour les mouvements des doigts. Néanmoins, la tendance vers la guérison totale persiste. Voici donc un cas de polynévrite s'accompagnant de douleurs vives et succédant à une pleurésie purulente qui, vraisemblablement, par sa longue durée, a permis aux toxines d'infecter le système nerveux et d'entraîner les accidents paralytiques si graves, et si tenaces.

Concernant le traitement de ces diverses paralysies névritiques, il suffit pour savoir quelle est la conduite à tenir, de faire faire un examen de la contractilité musculaire. Si cette contractilité est simplement altérée quantitativement avec conservation de la contractilité faradique même très affaiblie, on pourra, avantageusement, avoir recours au courant faradique à intermittences lentes ou mieux encore au courant alternatif. Si, au contraire, la réaction de dégénérescence est constatée, c'est indubitablement le courant galvanique qui donnera les meilleurs résultats. Ces courants seront plus ou moins localisés suivant l'étendue des lésions. Il y a presque toujours avantage à généraliser les applications plutôt qu'à les restreindre.

PARALYSIES ET PARÉSIES D'ORIGINE MYOPATHIQUE

Myopathie primitive progressive.

La paralysie progressive d'origine musculaire telle qu'elle est constituée actuellement est caractérisée par une atrophie de certains groupes musculaires, et par un affaiblissement parallèle de la contractilité. Parfois l'atrophie est masquée par un développement excessif du tissu conjonctif, d'où un type à part, dit pseudo-hypertrophique, et cette amyotrophie diffère essentiellement de celle que nous avons étudiée plus haut sous le nom