

nitale qu'il est parfois, chez les tout jeunes enfants, impossible de distinguer de la paralysie infantile. En présence de plusieurs cas de cet ordre, j'ai pu, à l'hôpital des Enfants, préciser un diagnostic que nos maîtres hésitaient à établir.

La diminution simple, sans DR, de la contractilité est un symptôme qu'on observe fréquemment, mais ce symptôme est souvent peu accusé et il faut comparer avec attention les réactions observées du côté sain à celles du côté malade pour constater une différence. Un muscle purement fatigué, présente à un léger degré, une diminution appréciable de la contractilité aussi bien faradique que galvanique, mais cette diminution est tout à fait passagère et disparaît avec le repos. Elle est permanente, au contraire, dans les cas où l'immobilisation prolongée du muscle par le fait d'une paralysie cérébrale (hémiplegie ancienne) ou d'une lésion médullaire (tabès ancien, tabès spasmodique) ou même d'une arthrite, d'une contusion (atrophie abarticulaire) a déterminé une régression atrophique de la fibre musculaire, sans toutefois l'intervention des modifications histologiques dégénératrices. Les fibres musculaires sont en moins grand nombre, amincies, moins rouges, elles ne sont pas granuleuses.

Dès que la fibre musculaire subit une atteinte assez profonde dans sa vitalité pour dégénérer, la DR typique apparaît.

Lorsque la DR est constatée formellement, ce symptôme nous permet d'affirmer que la lésion qui a déterminé la paralysie ou la parésie, siège dans les colonnes grises antérieures de la moelle, dans le nerf moteur qui en émane ou dans les ramifications terminales de ce même nerf. Dans ces divers cas, la fibre musculaire est toujours secondairement atteinte; la constatation de la DR permet donc de dire d'une part que le muscle est en voie de dégénération granulo-graisseuse, d'autre part que la cause de cette dégénération ne siège pas dans les parties blanches de l'axe cérébro-spinal; il en résulte et c'est ce qu'on a pu observer, en effet, depuis l'époque où cette réaction a été définie par Erb, que ni les maladies cérébrales, ni les

maladies musculaires ne déterminent jamais la DR. Nous avons donc là un moyen certain de circonscrire les recherches dans une limite définie, mais l'existence de la DR ne nous permet pas d'aller plus loin. Les symptômes, l'évolution de la maladie interviennent, dès lors, pour préciser le diagnostic dont, on le voit, la DR n'est qu'un des éléments.

Mais cet élément a parfois une importance suffisante pour l'établir à lui seul et d'emblée. Voici un enfant qu'on nous présente avec un membre paralysé, nous constatons la DR. Le diagnostic de Paralysie infantile s'impose. Quelle autre affection, en effet, pourrait nous donner une paralysie ainsi limitée? une affection cérébrale? Il n'y aurait pas, dans ce cas, de DR. Une névrite toxique: outre leur rareté chez l'enfant ces névrites sont bilatérales; qu'on ajoute à cela la notion d'un début rapide, et le diagnostic est absolument certain.

Voici un malade atteint d'une paralysie faciale; la DR existe, nous pouvons affirmer l'origine névritique périphérique de la maladie: les Paralysies faciales cérébrales ne donnant jamais lieu à ce syndrome. Dans les atrophies musculaires progressives, la différenciation entre les atrophies myélopathiques et les atrophies myopathiques se fait également par le fait de l'existence de la DR, que, seuls, présentent des myélopathiques, tandis que les myopathiques n'offrent qu'un simple affaiblissement de la contractilité, etc. L'importance séméiologique de la DR est donc assez considérable quoique fort au-dessous de sa valeur pronostique dont nous allons nous occuper maintenant. Quant à la réaction à distance de Ghilarducci, sa valeur séméiologique est exactement celle de la DR.

*Valeur pronostique des modifications de la contractilité.* — L'exploration de la contractilité électro-musculaire est un élément extrêmement précieux de pronostic, dans beaucoup de maladies nerveuses ou musculaires. Nous pouvons déduire de cette exploration, en effet, l'état anatomique du muscle et du nerf, comme si nous avions le tissu malade sous le microscope puisque nous savons à quelles modifications histologiques

correspondent les diverses réactions ; il n'existe, du reste, aucun autre réactif qui ait cette précision : voici un membre paralysé ; que la paralysie soit légère et fugace ou grave et définitive, rien ne peut nous l'indiquer, puisque toutes les excitations (excitation mécanique, volonté, etc.) autres que l'excitation électrique sont éteintes. Mais, pour tirer de l'examen électrique le pronostic intégral qui en découle il est absolument nécessaire que le diagnostic de l'affection soit établi. Il est bien clair, en effet, que c'est lui qui domine la situation et que, par exemple, le pronostic d'une Paralysie infantile ou celui d'une Paralysie faciale à frigore différeront essentiellement malgré des réactions tout à fait semblables, car nous savons que la lésion anatomique de la Paralysie faciale est réparable, tandis que celle de la Paralysie infantile est définitive. L'électrodiagnostic n'est donc un terrain solide qu'autant que la cause anatomique de la maladie est connue et les réactions doivent être comparées entre elles, non point d'une maladie à une autre maladie, mais bien de maladie analogue à maladie analogue. Je veux dire par ceci que c'est en comparant, par exemple, ce qu'on observe dans la Paralysie faciale à d'autres observations faites dans d'autres cas de Paralysie faciale qu'on arrive à formuler des appréciations presque toujours extrêmement justes.

Les cas où les modifications de la contractilité sont simplement quantitatives c'est-à-dire où la DR n'existe pas, nous donnent un pronostic bénin, nous permettant d'affirmer une guérison prochaine, pourvu que la maladie soit réparable. Plus les réactions électriques diminuées ou accrues s'éloignent de la normale, plus la durée de la réparation sera longue, et on peut suivre, jour par jour, les progrès de cette réparation, à mesure que l'on constate que les réactions pathologiques perdent de leur intensité.

Prenons comme exemple un cas d'atrophie abarticulaire avec parésie accentuée. Nous trouvons les deux contractilités faradiques et galvaniques fortement diminuées : nous savons, d'autre

part, qu'il s'agit d'une affection facilement curable. Eh bien, avec quelque habitude, il est possible d'indiquer au malade la durée approximative de la cure ; voici un cas de chorée, quelle que soit l'intensité apparente de la maladie, si les réactions nous montrent des muscles dont l'hyperexcitabilité est légèrement accrue seulement, la chorée sera légère, si l'hyperexcitabilité est intense, la chorée sera beaucoup plus grave et plus longue. S'agit-il d'une affection incurable telle que l'hémiplégie ? l'exploration pratiquée très près de l'ictus nous autorise à dire que tel groupe musculaire, dont l'excitabilité est seulement légèrement accrue à l'exploration faradique, recouvrera rapidement sa fonction ; que tel autre, très excitable, sera atteint de contracture secondaire, etc. Nous pouvons donc, ainsi, par un examen systématique limiter assez exactement l'étendue et la gravité de la lésion, et cela dès les premiers jours, alors que l'ictus a laissé une zone paralytique extrêmement étendue et que l'on ne sait encore jusqu'où ira l'amélioration naturelle ; dans la paralysie hystérique, dont j'ai observé un assez grand nombre de cas, si l'on examine dans le premier septennaire qui suit l'écllosion de la maladie, la région paralysée, on trouve une hyperexcitabilité faradique énorme ; dans les cas favorables cette hyperexcitabilité diminue considérablement d'un jour à l'autre, dans les cas défavorables elle reste stationnaire, si bien qu'on peut affirmer la guérison en quelques jours dans le premier cas et faire des réserves sur la longueur du traitement dans le second.

L'apparition de la DR, quelle que soit la maladie qui la détermine, indique toujours un pronostic fâcheux en ce sens que la guérison sera très longue à obtenir, si la maladie est, en elle-même, susceptible de guérison.

Ici encore, le pronostic est d'autant plus mauvais que la DR est à un stade plus avancé. Mais, même dans le 1<sup>er</sup> stade, alors que la contractilité faradique étant absolue la contractilité galvanique est légèrement accrue, il faut s'attendre à plusieurs mois de traitement, 2 ou 3, avant de récupérer la contractilité volontaire.