

recherches anatomo-pathologiques subséquentes ont fait reconnaître exacte. La première manifestation de la polyomyélite antérieure subaiguë est une parésie motrice, un sentiment de grande lassitude, une fatigue pour le moindre mouvement. Dans le plus grand nombre des cas la paralysie a débuté par les membres inférieurs, plus rarement par les membres supérieurs ; elle prédomine toujours d'un côté. Les réflexes diminués au début finissent par disparaître avec les progrès du mal. En même temps les muscles sont frappés d'une atrophie à évolution rapide comme celle de la paralysie spinale aiguë ; la sensibilité reste intacte. L'exploration électrique donne lieu au début à une simple diminution de la contractilité faradique pour faire place quand l'atrophie est établie à la réaction de dégénérescence.

L'évolution de la maladie dure plusieurs mois et aboutit à une période d'état.

La forme chronique de la polyomyélite antérieure décrite par Erb débute insidieusement et évolue avec lenteur. Il existe souvent une sensation de douleur musculaire profonde, mais le phénomène capital est une parésie musculaire accompagnée d'atrophie qui débute par les membres supérieurs ou inférieurs et qui progresse avec une extrême lenteur sans jamais aller jusqu'à la paralysie complète ; la réaction de dégénérescence existe dans le stade avancé de la maladie ; le pronostic de cette affection est favorable, elle s'améliore souvent spontanément.

Le traitement de ces diverses formes de polyomyélites est presque exclusivement dévolu à l'électricité, les autres remèdes : hydrothérapie, seigle ergoté, strychnine, etc., n'ont jamais paru avoir une action bien nette. L'électrisation, au contraire, a rendu les plus grands services comme le montrent les observations suivantes :

(OBSERVATION XXXX, Erb). — Fumiste, âgé de 47 ans, éprouve depuis longtemps des sensations de fatigue dans les jambes. Il tomba malade au commencement d'octobre 1878 et eut d'abord des accès de fièvre, avec

une sensation de lourdeur et de légères douleurs aux extrémités ; le lendemain grande faiblesse, qui le force de marcher très lentement ; le surlendemain il s'affaissa sur lui-même en sortant (Polyomyélite antérieure subaiguë). Au bout de huit à dix jours, sa faiblesse s'était changée en une paralysie complète des jambes qui ne dura toutefois qu'environ une semaine, puis revinrent peu à peu quelques mouvements, mais bientôt les douleurs devinrent plus vives pour disparaître, quand la paralysie fut moins intense, mais point de paresthésie, point de troubles de la sensibilité. Pas de crampes, vessie normale. En même temps un peu d'engourdissement dans les mains et faible douleur dans les bras. Etat à la fin de novembre 1878, tête et nerfs de la tête complètement libres, muscles du cou, de la nuque et des épaules à l'état normal. Extrémités supérieures tout à fait normales en ce qui concerne la motilité et la sensibilité, seulement faible dépression du premier espace intercostal. Des deux côtés existent les réflexes tendineux, muscles du ventre, normaux. Aux extrémités inférieures, parésie accentuée de toute la zone crurale, des deux côtés ; adducteurs également parésiques comme aussi la région du tibial. Dans la région des péroniers pas de parésie évidente. Sensibilité normale. Réflexes de la peau conservés, réflexes tendineux abolis, sauf le réflexe patellaire gauche qui est très affaibli. Les muscles parésiques sont tous plus ou moins atrophiés, ils sont sensibles et endoloris à la pression. L'examen électrique donne, dans tous une réaction de dégénérescence complète ou partielle. Traitement galvanique, vingt éléments. Courants montants et descendants sur le dos, vingt-quatre à vingt-six éléments négatifs labiles et interversion du courant dans les nerfs et les muscles des jambes. Déjà après six jours, l'amélioration est considérable. Le patient peut marcher sans canne. Après dix jours, le patient est sorti de son lit et se promène dans la chambre. Il se sent plus fort. Les muscles des jambes sont plus fermes et plus durs, bien moins endoloris lors d'une pression. Au bout de quatre semaines, amélioration notable ; mais la réaction de dégénérescence subsiste encore et les réflexes tendineux font encore défaut. Pause dans le traitement qui est repris quatre semaines plus tard. Dans l'intervalle, le mieux fait des progrès et le 6 février 1879, le patient est renvoyé comme presque guéri. La motilité est excellente, on ne peut plus constater de réaction de dégénérescence que dans la région du péroné. Les réflexes des tendons font encore défaut. Plus tard, guérison complète et possibilité de travailler.

(OBSERVATION XXXXI, Erb). — Polyomyélite antérieure chronique. Mécanicien de chemin de fer, âgé de 36 ans, tombé malade en février 1877. Douleur au bras gauche, diminution des forces, maigreur croissante. A la fin d'août, manifestation semblable à l'extrémité inférieure de gauche et aussi de droite à partir du 15 novembre. Douleurs profondes, faiblesse et amaigrissement croissant. Sphincters normaux.

Etat à la fin de novembre 1877. Parésie accentuée des deux jambes, pas



d'ataxie, il ne chancelle pas les yeux étant fermés, sensibilité normale, muscles très sensibles à la pression. Réflexes de la peau faibles. Réflexes des tendons très vifs. Muscles du tronc et extrémité supérieure droite à l'état normal. Extrémité supérieure gauche parésique et amaigrie. L'examen électrique donne très nettement la réaction partielle de dégénérescence, surtout dans les jambes et dans la région radiale de l'extrémité supérieure de gauche. Traitement : courants galvaniques seulement sur le dos. Au bout de trois séances, amélioration notable, cessation des douleurs, retour du sentiment de la force, les muscles cessent de s'atrophier. L'amélioration augmente de plus en plus, la faiblesse disparaît, la réaction de dégénérescence s'efface de plus en plus, les muscles deviennent plus élastiques. A la fin de mars 1878 on peut regarder le malade comme à peu près guéri.

OBSERVATION XXXXII (personnelle). — M. de X..., âgé de 23 ans, enseigne de vaisseau, bonne santé habituelle, a subi pendant une nuit d'hiver une pluie battante sans pouvoir changer de vêtements. Il en garde plusieurs jours un endolorissement général, puis constate une diminution de la force musculaire qui, en quelques jours devient une paralysie généralisée aux quatre membres. Il est soigné à l'hôpital maritime pendant mars et avril 1895 par des douches et du massage sans aucun résultat.

Il se décide à venir consulter à Paris, il m'est confié par le Dr Th. Auger, chirurgien des hôpitaux. Etat actuel le 18 mai 1895. Membres supérieurs fortement parésisés, le malade ne peut pas manger, ne peut pas s'habiller, c'est à peine si ses bras se soulèvent au-dessus du plan du lit, dynamomètre 3 kilos. Membres inférieurs, paralysie complète, dans les extensions de la jambe sur la cuisse, parésie dans les autres muscles du membre inférieur. Muscles du tronc légèrement parésisés, trapèze et sterno-cléido-mastodien parésisés. Sensibilité intacte, réflexes tendineux diminués mais non abolis. Atrophie manifeste des muscles des bras et des jambes, l'atrophie est plus manifeste dans les régions musculaires les plus affaiblies fonctionnellement. La réaction de dégénérescence n'existe nulle part. Les deux contractilités faradiques et galvaniques sont simplement affaiblies. Traitement : faradisation généralisée. Progrès considérable dans les huit premiers jours. Le malade au bout de ce temps peut commencer à manger seul, à faire quelques pas dans sa chambre en étant soutenu sous les bras. Au bout de quinze jours, amélioration très accentuée, le malade fait quelques pas seul, en s'aidant d'une béquille. Le malade quitte Paris après quarante séances d'électrisation. Il marche seul, s'habille, peut sortir en voiture. Il reste une très grande amyosthénie généralisée. Le traitement est continué à domicile et la guérison est complète et absolue à la fin d'août.

Le traitement des polyomyélites subaiguë et chronique peut donc se formuler ainsi : Courant continu dans le cas où existe

la réaction de dégénérescence, courant faradique quand l'exploration des muscles ne donne pas lieu à ce syndrome.

Les résultats sont d'ordinaire très satisfaisants (Erb), l'emploi de l'électricité est rapidement suivi d'un mieux sensible. Cependant le mal exige toujours un traitement de plusieurs mois pour céder complètement. Quant à l'époque de l'intervention elle me paraît devoir être aussi précoce que possible.

*Atrophie musculaire progressive myélopathique.* — Dans l'atrophie musculaire progressive liée à une dégénérescence des colonnes grises antérieures de la moelle (type Aran-Duchenne) et caractérisée, au point de vue étiologique, par l'absence de caractère héréditaire ou familial, au point de vue symptomatique par le début aux extrémités et par l'existence de la D R, et surtout une évolution rapide, l'électrisation, comme, du reste, tous les autres remèdes, est parfaitement inutile. J'ai eu à traiter un certain nombre de cas de ce genre et j'ai, toujours, complètement échoué. Dans l'atrophie musculaire myopathique, au contraire, le traitement, comme nous le verrons, donne de bons résultats.

*La sclérose latérale amyotrophique* a été également et sans succès traitée par les divers modes d'électrisation.

#### PARALYSIES ET PARÉSIES D'ORIGINE NEUROPATHIQUE

Nous croyons devoir, dans l'étude des lésions nerveuses capables d'entraîner des troubles moteurs c'est-à-dire des névrites, adopter la division en *névrites circonscrites* et *névrites diffuses*. L'électrothérapie des névrites circonscrites est la même, en effet, quelle que soit leur étiologie : traumatisme, froid humide, etc., tandis que le traitement des névrites diffuses de cause infectieuse ou toxique doit selon, moi, être envisagé à part et d'une façon différente.

*Névrites circonscrites traumatiques.* — Au point de vue de l'électrothérapie des névrites nous n'avons à envisager, pour