

### Atrophies musculaires abarticulaires.

On sait combien est fréquente cette complication à la suite des lésions articulaires quelles qu'elles soient, mais si l'atrophie est la règle il est exceptionnel de lui voir revêtir un caractère de gravité tel que l'impotence fonctionnelle du membre s'en découle, les exceptions sont néanmoins assez fréquentes pour que l'atrophie musculaire grave abarticulaire constitue pour l'électro-thérapeute un fond de clientèle sérieux. Ce que les atrophies graves ont de spécial et d'un peu étrange c'est qu'elles ne sont nullement en rapport avec la gravité du traumatisme. J'ai vu des atrophies très graves, aboutissant à une impotence fonctionnelle absolue succéder à de simples contusions articulaires nécessitant une immobilisation de cinq ou six jours, et guéries depuis longtemps sans laisser de traces alors que l'atrophie est au maximum. L'hydarthrose est une cause fréquente d'atrophie qui reste presque toujours dans ce cas de moyenne intensité. Dans les cas graves l'atrophie est suraiguë, elle se fait en quelques jours, le muscle peut fréquemment disparaître en une septennaire, sans que les modifications histologiques s'accompagnent d'autre sensation que celle d'une douleur continue sourde, le long du muscle, qui est modérément douloureux à la pression.

La localisation des lésions est particulière ; ce sont en règle commune, les extenseurs qui sont atteints, le jambier antérieur dans les affections de l'articulation tibio-tarsienne, le triceps fémoral dans les lésions du genou, le deltoïde, quand l'articulation scapulo-humérale est lésée. Ce sont là les muscles le plus souvent atteints, les autres localisations sont des plus rares, la plus fréquente étant l'atrophie du triceps fémoral.

Cette localisation des lésions fait qu'il est difficile d'accepter l'opinion des auteurs qui ne voient dans cette atrophie que la conséquence de l'inactivité fonctionnelle du muscle par le fait de l'immobilisation ou d'une anémie vasculaire par compression des vaisseaux qui se rendent dans les muscles (dans le cas d'une

hydarthrose, par exemple), ou d'une myosite par propagation (Duplay et Clado) ou d'une névrite de voisinage. Il est clair que tous les muscles qui environnent l'article sont soumis à ces mêmes causes et qu'il n'y aura aucune raison pour que constamment les uns y échappent et jamais les autres.

La théorie imaginée par Vulpian et reprise par Charcot d'une action réflexe sur les centres trophiques médullaires a du moins l'avantage, si elle n'est qu'une demi-explication, de satisfaire l'esprit et d'être d'accord avec la clinique. Peut-être dans certains cas le mécanisme atrophique est-il complexe, mais la moelle doit certainement intervenir pour la plus grande part dans l'évolution des atrophies graves et c'est peut-être là ce qui explique l'inefficacité fréquente du massage.

L'impotence fonctionnelle qui accompagne l'atrophie musculaire est toujours proportionnelle à cette atrophie et rien ne serait plus facile que de pronostiquer la durée probable de la maladie par un simple examen si, le plus souvent, l'exubérance du tissu conjonctif n'empêchait d'apprécier, d'une façon suffisamment exacte, quelle est l'intensité réelle du processus atrophique. L'exploration électrique devient dès lors un élément indispensable de pronostic car elle permet de préciser dans quel état se trouve la fibre musculaire. Elle facilite également le diagnostic en montrant la conservation des deux contractilités, les modifications n'étant, dans ce cas, que quantitatives et non qualitatives. Jamais on ne trouve, en effet, de réaction de dégénérescence dans les muscles atteints d'atrophie abarticulaire, mais simplement une diminution des deux contractilités faradique et galvanique proportionnelle à l'intensité de la lésion.

Le degré de diminution de la contractilité électrique permet d'apprécier assez exactement quelle sera la durée du traitement. Cette durée est souvent fort longue. Pour les atrophies abarticulaires très légères, dans lesquelles la contractilité faradique est à peine diminuée, la contractilité galvanique

intacte, il faut compter une quinzaine de jours de traitement pour la restitution *ad integrum*, pour celles où l'affaiblissement des deux contractilités est tel qu'on n'obtient des contractions qu'au moyen de courants douloureux, deux, trois mois sont nécessaires. Répétons en outre, que l'évolution de la maladie est sous la dépendance de la lésion articulaire qui l'a produite; ce que je viens de dire sur la durée du traitement ne correspond qu'aux atrophies dont la cause originelle a disparu, pour peu que cette dernière persiste, hydarthrose, arthrite, il faut au moins doubler le temps indiqué; il est donc bon, de prévenir d'avance les patients que, malgré le peu de gravité apparente de leur maladie, il faudra du temps et de la patience pour en venir à bout.

On emploiera, pour traiter les atrophies de cet ordre, les deux courants, galvanique et faradique. Chaque jour on fera une séance de dix à douze minutes de galvanisation descendante, le pôle P placé sur la moelle au niveau du groupe des cellules trophiques correspondant au membre malade, sur la colonne cervicale, par conséquent, s'il s'agit du membre supérieur, sur la région lombaire, si le membre inférieur est en cause. Le pôle N placé sur le muscle atrophié au point d'élection. Int. 8 à 12 milli. A cette séance de galvanisation succédera immédiatement une courte application faradique de une à deux minutes d'abord (ne pas oublier que les muscles atrophiés se fatiguent très vite sous l'influence de la faradisation), puis de cinq à six minutes plus tard, les intermittences seront très espacées, et c'est à la bobine à gros fil qu'il convient d'avoir recours. J'ai l'habitude de joindre au traitement électrique une gymnastique très simple qui consiste à faire travailler le muscle ou le groupe musculaire lésé en évitant tout mouvement dans l'articulation malade.

#### Parésie du long péronier latéral.

D'après Duchenne de Boulogne, l'impotence du long péronier latéral est la vraie cause du pied plat. Ce muscle, avec son

long tendon remplit le rôle d'une sangle de la voûte plantaire qui s'affaisse, ce point d'appui venant à lui manquer. Il y a certainement une exagération dans cette manière de voir. Le syndrome douloureux connu sous le nom de pied plat est plus complexe et tous les pieds plats ne sont pas douloureux. Certaines races, les nègres par exemple, présentent normalement cette conformation du pied plat. Il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, et j'ai eu l'occasion personnellement d'en observer un certain nombre, le pied plat douloureux avec sa tarsalgie caractéristique, a bien pour cause première une impotence du long péronier, et que l'électrisation guérit cette sorte de pied plat, ainsi que l'avait indiqué Duchenne. L'exploration électrique nous permet encore ici de faire un diagnostic précis, car, souvent, l'atrophie manque totalement et la mensuration comparative des deux jambes donne une circonférence égale pour les deux côtés, tandis que l'exploration montre un affaiblissement très net de plus d'un tiers de la contractilité faradique. J'observe, en ce moment, avec mon maître et ami le docteur Charles Monod, deux jeunes gens de 17 et 18 ans, dont la marche est devenue douloureuse. La douleur, pour la moindre fatigue, débute dans le tarse et remonte le long du jambier antérieur.

Ces deux jeunes gens sont tous les deux bien portants, peut-être ont-ils abusé des exercices violents, mais c'est là une étiologie bien banale. Leur croissance n'a pas été excessivement rapide. Leurs membres inférieurs sont bien conformés, la jambe est musclée. Chez l'un d'eux même la musculature est sensiblement supérieure à la normale. Il n'y a aucune différence entre les deux jambes. La douleur chez tous les deux siège à gauche. Or l'électrisation qui montre une contractilité normale dans tous les muscles de la jambe, dénote, au contraire une diminution énorme dans les péroniers. Il ne faut donc pas, pour faire le diagnostic d'impotence des péroniers s'en rapporter à l'absence d'atrophie. Il est possible que, si on n'eût pas enrayé l'affection, l'atrophie eût apparu par la suite,