faradisation ou la galvanisation. Comme dans la plupart des cas d'atrophie musculaire progressive, les séances de faradisation, dans la myopathie également, devront être continuées pendant des mois et des années, avec interruption de quelques semaines jusqu'à quelques mois.

Un traitement qui mérite d'être essayé, mais d'une manière systématique, c'est la mécanothérapie, à l'aide des appareils imaginés par Zander, traitement qui ne peut être pratiqué que dans un établissement spécial. C'est surtout les mouvements passifs, en employant une résistance modérée, qu'on mettra en pratique. Pour que ce traitement donne de bons résultats, il faut tenir grandement compte de l'affaiblissement des différents groupes musculaires, en utilisant des appareils appropriés. Le massage est également indiqué, soit associé au traitement électrique, soit en dehors, pendant les intervalles de repos. S'il y a des rétractions très prononcées, la ténotomie sera d'une certaine utilité. Le chirurgien peut également intervenir dans certaines déformations, comme c'est le cas pour les *scapulæ alatæ*.

Laehr (1) a publié l'observation d'une malade atteinte de dystrophie musculaire progressive, à laquelle on a pratiqué la suture des deux bords internes des omoplates, de manière à obtenir l'amélioration de certains mouvements, en sorte que la malade a pu par la suite faire usage de ses deltoïdes.

On a essayé de remédier à l'affaiblissement des muscles de la ceinture scapulaire par l'emploi des corsets fixant les omoplates et permettant aussi aux membres supérieurs de se mouvoir avec plus de facilité, mais l'usage de ces appareils peut amener la gêne et l'ennui. Du reste, comme l'a bien fait remarquer Huet, les malades ont pu continuer de vaquer à leurs affaires malgré les déformations, lorsque, cependant, elles n'entraînent pas trop de fatigue.

Les dernières recherches sur les sécrétions internes ne sont pas restées sans avoir une certaine influence sur le traitement des myopathies primitives. On sait que plusieurs auteurs ont noté l'atrophie ou l'hypertrophie du corps thyroïde chez certains myopathiques. Aussi Lépine (2) aurait retiré quelque avantage de la médication thyroïdienne. Il fit prendre à un myopathique 60 à 120 grammes par semaine de la glande fraîche mélangée d'un peu de poudre de guimauve, contenue dans des cachets. Le malade n'a présenté d'autres accidents que des palpitations. L'amélioration a paru au bout de quinze jours : le malade a commencé à marcher et a quitté l'hôpital. Il est intéressant de remarquer que le volume des muscles altérés n'a pas changé : aussi Lépine est disposé à admettre que le corps thyroïde a eu pour action

(1) Laehr, Fall von Dystrophia musculorum progressiva (*Neurologisches Centralblatt*, n° 1, 1899).

(2) Lépine, Myopathie primitive améliorée par la médication thyroïdienne (*Lyon médical*, 10 mai 1896).

d'améliorer l'énergie de contraction des muscles qui n'étaient pas affectés depuis longtemps. Dans le même ordre d'idées, un élève de Brissaud, M. Allard (1), a traité un myopathique par les injections de suc musculaire. Après vingt injections, il aurait observé une amélioration sensible, et l'excitabilité électrique de certains muscles aurait augmenté. Tordeus (2) a également publié un cas de myopathie progressive sous forme de pseudo-hypertrophie traitée par les injections de suc musculaire et l'électrisation. Il a remarqué, après ce traitement, une amélioration manifeste : l'enfant pouvait marcher sans se fatiguer, monter un escalier, se lever du sol sans s'appuyer les mains sur les genoux. Évidemment ces essais d'organothérapie méritent non seulement d'être signalés, mais encore d'être répétés et contrôlés, et ce n'est qu'après des observations prolongées pendant longtemps et avec des examens électriques et dynamométriques répétés qu'on pourrait formuler une opinion exacte sur ces essais thérapeutiques. En me basant sur le fait que le thymus, organe qui joue sans doute un grand rôle chez l'enfant, a été parfois trouvé altéré, j'ai employé dans les différentes formes de myopathie des tablettes de cet organe, préparées par Burroughs and Wellkome de Londres, mais sans avoir obtenu des résultats indiscutables.

POLYMYOSITES

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Il y a lieu de distinguer, au point de vue nosographique et pathogénique, deux grandes classes de myosites, à savoir : 1° Les myosites secondaires, qui apparaissent comme des accidents morbides au cours des différentes maladies infectieuses. Dans ce cas, elles reconnaissent les mêmes causes que la maladie infectieuse elle-même, ou bien elle est due à une infection secondaire. 2° Les myosites qui apparaissent et évoluent comme des maladies primitives et dont la cause nous est souvent inconnue. Nous allons illustrer par quelques exemples les myosites de la première classe.

C'est ainsi qu'on a décrit des myosites typhiques produites soit par le bacille de la fièvre typhoïde, soit par des infections secondaires ; mais toutes ces myosites secondaires aboutissent à la formation du pus, c'est-à-dire qu'elles sont des myosites suppurées. Par contre, les myosites qui feront le sujet de ce chapitre, bien qu'ayant, parfois tout au moins, l'allure des maladies infectieuses, ne s'accompagnent pas de suppuration. Les myosites non suppurées se présentent

(1) Allard, Myopathie primitive. Examens électriques. Amélioration par le suc musculaire (*Revue neurol.*, p. 703, 1898).

(2) Tordeus (de Bruxelles), De la pseudo-hypertrophie musculaire (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, n° 38, 23 septembre 1897).

sous des aspects cliniques variés, ou bien dans des conditions différentes. Aussi Lorenz (1) propose de les diviser de la manière suivante : 1° polymyosite, 2° neuromyosite, 3° myosite accompagnant les affections articulaires, 4° la myosite tuberculeuse, 5° la myosite syphilitique.

L'*étiologie* des myosites non suppurées est très obscure, car dans presque tous les cas où l'on s'est appliqué à pratiquer un examen bactériologique, le résultat a été négatif. Aussi, quelques auteurs, entre autres Senator, Albu et Lewy, ont été conduits à admettre qu'il s'agirait des auto-intoxications. Néanmoins, il ne faut voir dans cette opinion qu'une hypothèse n'ayant pas encore été confirmée par des faits indiscutables. On a fait intervenir dans l'étiologie des myosites, comme d'ailleurs dans l'étiologie de la plupart des maladies inflammatoires, l'action du froid et celle du surmenage du muscle. Ce dernier facteur semble avoir beaucoup de valeur ; tout d'abord, le surmenage du muscle peut déterminer des ruptures de fibres musculaires, et puis, par l'accumulation de substances nuisibles à l'intérieur du muscle, ce dernier devient plus vulnérable à l'action de différents agents. Du reste, on retrouve souvent dans les différentes observations de myosite l'intervention du surmenage.

DERMATO-MYOSITE

HISTORIQUE. — Les observations appartenant à cette affection musculaire ont été déjà publiées par Wagner, Rothan, etc., mais elle a été décrite et isolée pour la première fois par Unverricht (2) qui, en raison des lésions constantes et caractéristiques de la peau, lui a donné le nom de *dermato-myosite*. Il y a peu d'observations indiscutables de cette affection et, parmi celles-là, il faut citer en première ligne celles de Unverricht, Wagner (3), Hepp (4), Senator (5), etc.

ÉTIOLOGIE. — L'étiologie, comme de la plupart des polymyosites primaires, est peu connue, c'est en vain qu'on a cherché des bactéries dans les muscles affectés. L'analogie clinique qu'elle peut présenter avec la trichinose avait inspiré l'idée, à Unverricht, qu'il s'agirait là d'une affection musculaire due à des grégarines.

(1) H. Lorenz, Die Muskelerkrankungen, I Theil, p. 129, Wien, 1898.
(2) Unverricht, Dermatomyositis acuta (*Deutsche med. Wochenschrift* 1891, p. 41).
(3) Wagner, Ein Fall von acuter Polymyositis (*Deutsche Arch. für klin. Med.*, 1887, p. 241).
(4) Hepp, Ueber pseudo trichinose, eine besondere Form von acuter Parenchimatöser Polymyositis (*Berl. klin. Wochenschrift*, nos 17, 18, p. 297).
(5) Senator, Ueber acute Polymyositis und Necromyositis (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1893, p. 933).

Néanmoins, les recherches ultérieures de Unverricht, de Strümpell, de Köster, faites dans le but de montrer des grégarines dans les muscles malades, ont échoué.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le début de l'affection peut être brusque, ou bien, dans la plupart des cas, précédé par une phase prodromale consistant en un malaise céphalalgique, douleurs vagues dans tout le corps, accompagnées d'une raideur des membres et d'un état fébrile qui atteint et dépasse même 40°. Lorsque la fièvre a fait son apparition, il se produit un œdème de la face localisé surtout dans la région des paupières. Puis il se généralise et atteint les membres, tandis que la peau est envahie par des éruptions qui se présentent sous forme d'érythème, d'urticaire, etc. Ces éruptions peuvent s'étendre sur toute la peau. L'augmentation de plus en plus considérable de l'œdème produit la déformation des extrémités et de la figure ; c'est un œdème dur, qui ne laisse pas d'impression aux doigts. La localisation de cet œdème au voisinage d'une masse musculaire, des grandes articulations, en laissant intactes celles des extrémités, constitue un signe différentiel important. Les masses musculaires tuméfiées sont douloureuses, douleurs qui augmentent au moindre mouvement et qui immobilisent le malade dans son lit. Un phénomène important en raison de sa signification, c'est l'augmentation de volume de la rate ; phénomène qui n'est cependant pas constant. Très souvent, il y a des transpirations abondantes, la maladie présente des exacerbations qui correspondent à de nouvelles poussées d'inflammation accompagnées de fièvre plus élevée et d'aggravation des phénomènes. En dehors des muscles des membres, la maladie peut envahir ceux du tronc et ceux qui contribuent à la respiration et à la déglutition. C'est précisément ces phénomènes qui aggravent la situation du malade, et qui peuvent le conduire même à la mort par suffocation. Les muqueuses ne restent pas toujours indemnes dans la dermato-myosite, car Strümpell (1), Lewy (2), et Köster (3) ont publié des cas de dermato-myosite avec stomatite.

Oppenheim, à son tour, a produit trois cas de dermato-myosite caractérisés par la participation intense des muqueuses. En dehors de la musculature des membres et du tronc, on a noté des troubles de parésie du côté de la musculature des yeux (ptosis et parésie du droit interne) et la parésie de la musculature du cou. Habituellement, il n'y a pas de troubles de la sensibilité tactile ; néanmoins, Hepp et

(1) Strümpell, Zur Kentwiss der primären acuten Polymyositis (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1891, p. 479).
(2) Lewy, Zur Lehre von der primären acuten Polymyositis (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1893, nos 18, 19, 20).
(3) Köster, One primär Dermatomyositis acuta et chronica (*Nord med. Arch.*, 1896, no 18).

Unverricht ont trouvé un certain degré d'hyperesthésie de la peau à la piqûre.

Le premier de ces auteurs a également décrit des crampes douloureuses. Strümpell a remarqué dans une observation que les troncs nerveux étaient sensibles à la pression. Les réflexes tendineux ont été trouvés diminués ou abolis.

Les données fournies par les différents observateurs sur l'excitabilité électrique sont variables. Wagner l'a trouvée normale. Dans les cas de Hepp et de Strümpell, l'excitabilité aux courants galvanique et faradique était complètement disparue ou bien très diminuée. Lewy a trouvé de la réaction partielle de dégénérescence. Ajoutons que l'examen électrique n'est pas toujours facile à faire à cause des douleurs que le malade éprouve.

Bonnet a publié l'observation d'un homme âgé de cinquante-neuf ans qui est entré dans le service du professeur Lépine, pour de violentes douleurs lombaires ainsi que pour un gonflement de l'avant-bras droit. La rate était légèrement hypertrophiée. Bonnet fait rentrer son observation dans le cadre clinique tracé par Unverricht. Ce cas, si vraiment il appartient à la maladie de Unverricht, constitue un cas fruste. Du reste, on a déjà décrit des observations dans lesquelles il manque un certain nombre de symptômes, ce qui rend le diagnostic difficile.

DIAGNOSTIC. — On a souvent confondu la dermato-myosite avec les abcès musculaires métastatiques, qui s'accompagnent d'œdème et même parfois d'un exanthème. Mais ce qui nous permet de distinguer la dermato-myosite des abcès musculaires métastatiques, c'est que, dans ce dernier état, les phénomènes musculaires jouent un rôle peu considérable par rapport aux phénomènes généraux graves dus à la pyohémie. Infiniment plus difficile est le diagnostic avec la trichinose, et c'est avec cette dernière affection que la dermato-myosite a été confondue pendant très longtemps. On trouve, en effet, dans les deux affections des œdèmes, des douleurs musculaires avec la rigidité et la tuméfaction des muscles.

COMPLICATIONS. — A cause des troubles de la déglutition, on a souvent observé une broncho-pneumonie qui a déterminé la mort chez les malades de Potain, Hepp, Unverricht, Strümpell, Köster; parfois encore, il y a eu des troubles du côté des reins.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Déjà, à l'œil nu, on reconnaît que la musculature affectée présente des altérations profondes : elle est d'une coloration rose pâle, ou bien jaune pâle. Hepp la compare à celle du lapin, elle est tuméfiée, infiltrée d'un liquide séreux ; au

microscope, on retrouve tous les caractères de l'inflammation interstitielle dans les muscles altérés, avec altérations dégénératives des fibres musculaires. Cette dernière se présente sous la forme de dégénérescence hyaline ou granuleuse, parfois les fibres sont atrophiées. Wagner croit avoir observé des fibres en voie de néoformation cherchées vainement par Unverricht.

MARCHE ET TERMINAISON. — La maladie peut évoluer sous la forme aiguë, subaiguë ou chronique. Dans la première, sa durée est d'une à huit semaines; dans la forme subaiguë, la durée varie entre deux mois et demi jusqu'à six mois, et enfin dans la forme chronique, elle peut aller de un an et demi jusqu'à deux ans et demi ; Évidemment cette variation dans la durée de la maladie est sous la dépendance immédiate de la participation des muscles nécessaires aux fonctions de la vie. Lorsque ces muscles ne sont pas pris, la marche de l'affection est subaiguë, et si la maladie devient chronique, c'est souvent la récidive qui en est cause. Sur 15 cas certains de dermato-myosite, nous trouvons 11 cas de mort, les autres ont guéri, et, dans ces derniers, les phénomènes morbides ont rétrocédé d'une manière progressive.

TRAITEMENT. — Les différents moyens utilisés ont échoué : ni le salicylate de soude, ni l'antipyrine, ni l'iodure de sodium n'ont eu aucune action. Lewy aurait observé une amélioration passagère après l'emploi de la thalline. Hepp préconise les enveloppements humides suivant la méthode de Priessnitz.

NEURO-MYOSITE

HISTORIQUE. — Senator (1) a décrit en 1888 une forme de myosite aiguë qui apparaît dans les mêmes conditions que la polymyosite aiguë infectieuse, mais qui se distingue particulièrement des autres formes de polymyosite par la participation du système nerveux périphérique.

Il ne faudrait pas penser pour cela qu'il s'agit là tout simplement de polynévrite aiguë, car les troubles d'origine musculaire sont sérieux et très intenses. Il existe dans la littérature quelques cas purs de neuro-myosite parmi lesquels nous pourrions citer ceux

(1) Senator, Ueber acute multiple Myositis bei Neuritis (*Deutsche med. Woch.*, 1888, p. 449). Consulter aussi un autre travail du même auteur dont le titre est le suivant : Ueber acute und subacute multiple Neuritis und Myositis (*Zeitschrift für klin. Med.*, 1889, p. 61).