

L'électrisation ne donne que des résultats médiocres et doit être employée sous forme de *courants continus* faibles (5 à 6 milliampères). Le *massage* sera utile contre l'atrophie musculaire.

POLIOMYÉLITES

Les poliomyélites ou téphromyérites (Charcot) sont des myélites systématisées, dont les lésions, à l'origine tout au moins, restent cantonnées à l'axe gris de la moelle et frappent habituellement les grandes cellules des cornes antérieures. De même que les myélites diffuses aiguës peuvent gagner le bulbe dans leur envahissement progressif, de même les lésions de l'axe gris peuvent s'étendre de la moelle à la substance grise du bulbe et du cerveau, le tableau clinique devenant celui de la poli-encéphalomyélite.

Les poliomyélites sont aiguës ou chroniques. Les formes aiguës sont représentées par la paralysie atrophique spinale ou paralysie infantile et par la paralysie spinale aiguë qui est son équivalent chez l'adulte. La forme chronique n'est autre que l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne.

Un chapitre spécial est consacré à la paralysie infantile; nous n'aurons donc à nous occuper que du traitement des deux autres formes et nous serons très bref, car la thérapeutique est impuissante contre l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne, et la poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte peut guérir spontanément.

A. — Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte.

Le traitement à la période d'état est le même que celui qui a été indiqué pour les myélites diffuses : *émissions sanguines locales, ergotine, belladone, calomel ou purgatifs salins, drastiques.*

A la période d'atrophie, l'*électrothérapie* constitue l'un des principaux éléments du traitement. La galvanisation de la moelle préconisée par les anciens électriciens ne présente aucun avantage. On n'a aucune chance de produire des modifications dans la nutrition de la moelle par des courants de 5 à 10 milliampère pendant les 10 minutes classiques. Actuellement on attribue une efficacité bien supérieure à l'excitation périphérique des muscles; cette excitation provoquant la contraction, sur des muscles voués à l'immobilité et par conséquent mal irrigués, s'opposera dans une certaine mesure au développement de l'atrophie. A cet effet on se servira des excitations fournies par les courants de fermeture galvanique (alternativement avec le pôle positif et le pôle négatif), portées successivement sur chaque muscle touché, sauf dans les cas plutôt rares où il n'y a pas de réaction de dégénérescence et dans lesquels on pourra se servir des excitations faradiques.

Les *frictions sèches et alcoolisées, le massage, les eaux chlorurées sodiques* (Balaruc, Biarritz, etc.), compléteront le traitement à la phase chronique de la maladie.

La ténotomie, l'arthrodèse, les *appareils orthopédiques* remédieront aux déformations et à leurs conséquences.

B. — Poliomyélite chronique essentielle (atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne).

Bien que des démembrements successifs, au profit de la sclérose latérale amyotrophique (Charcot), de la syringomyélie surtout (Schultze et Kahler) aient considérablement réduit le cadre de la maladie de Duchenne, à tel point que Pierre Marie et d'autres auteurs en ont contesté l'existence, il semble bien qu'on doive encore conserver une place dans le cadre nosologique à une atrophie musculaire par atrophie isolée des cellules des cornes antérieures, sans altération des faisceaux pyramidaux (autopsies de J.-B. Charcot et Dutil, de Dejerine).

Le *traitement électrique* s'adressera, non aux lésions médullaires, contre lesquelles il est impuissant, mais aux lésions périphériques, c'est-à-dire musculaires. On utilisera soit les excitations de fermeture galvanique, soit les faradiques suivant les résultats de l'électro-diagnostic.

Le même traitement est appréciable à la syringomyélie.

Le *massage, les frictions, les bains salés* complètent la thérapeutique physique de la poliomyélite.

L'*arsenic, la noix vomique, les glycéro-phosphates, etc.*, peuvent être employés à titres de toniques généraux.

A la dernière période de la maladie, quand le bulbe est intéressé, il faut avoir recours à l'alimentation par les *lavements nutritifs*, par la *sonde œsophagienne*.

SCLÉROSE EN PLAQUES

La thérapeutique est tout aussi impuissante contre la sclérose en plaques que contre le tabes : aucun moyen ne peut enrayer l'évolution de la maladie qui est d'ailleurs très variable, sujette, comme celle du tabes, à des rémissions de plus ou moins longue durée, de telle sorte qu'il faudrait se garder d'attribuer à l'influence thérapeutique les améliorations constatées dans quelques cas. Ne guérissent que les fausses scléroses en plaques, c'est-à-dire les manifestations hystériques qui simulent assez fréquemment la sclérose véritable et dont le diagnostic ne laisse pas que d'être malaisé.

La notion de l'origine infectieuse de cette maladie n'a pas permis de réaliser sa prophylaxie, car il est impossible de prévenir la localisation des infections sur l'axe cérébro-spinal, bien que l'emploi de la balnéation, des moyens propres à combattre les infections secondaires, ait peut-être une certaine influence préventive.

L'*hygiène* des malades atteints de sclérose en plaques, ne diffère pas de celle des tabétiques. Il faut mettre à l'abri les malades de toutes les influences nuisibles pour le système nerveux; c'est-à-dire que l'on doit leur recommander une vie calme et régulière, exempte d'émotions, l'abstention des veilles, de l'abus du coït, du tabac, de l'alcool, des fatigues de tout genre, une alimentation rationnelle.

De tous les médicaments que l'on a proposés, un seul, peut-être, exerce une action générale sur le processus de sclérose, c'est l'*iodure de potassium* qui active la circulation et modifie sans doute, dans un sens favorable, la nutrition du système nerveux.