

tion insignifiante. Ajoutons que la tâche du médecin est compliquée par la nécessité de faire prendre patience aux parents qui ne peuvent s'accommoder de la longueur du traitement et de la lenteur des progrès accomplis....

Avant que d'indiquer la technique du traitement électrique, il est indispensable d'indiquer sommairement la valeur pronostique des réactions électriques. Un certain nombre de muscles présentent la réaction de dégénérescence classique; mais ces muscles ne sont pas tous altérés au même degré: certains sont affectés de D R absolument complète, d'autres de D R seulement partielle. Chez d'autres enfin on constate seulement une diminution de l'excitabilité sans DR.

D'ailleurs, il ne suffit pas de constater le degré de la D R pour établir le pronostic. La D R est un symptôme constamment en évolution, et il est nécessaire de pratiquer l'exploration des muscles à des intervalles successifs distants de plusieurs semaines.

C'est à Duchenne, de Boulogne, que revient le mérite d'avoir établi la valeur de l'exploration faradique. Il avait constaté qu'au début de l'affection l'excitabilité faradique reste intacte ou ne s'abaisse que légèrement dans une partie des muscles paralysés et que ces muscles retrouvent rapidement leur motilité sans s'atrophier notablement, tandis que dans une autre partie l'excitabilité faradique disparaît rapidement, et que les muscles ainsi inexcitables sont voués à une paralysie irrémédiable, à une atrophie certaine. Cette inexcitabilité faradique n'est autre chose que l'une des réactions élémentaires de la D R.

Vient-on à rechercher les réactions musculaires dans la première semaine qui suit l'apparition des phénomènes paralytiques, on constate en général que tous les muscles paralysés répondent au courant faradique, mais que sur certains d'entre eux la contractilité faradique s'affaiblit de jour en jour et bientôt disparaît entre le 8<sup>e</sup> et le 15<sup>e</sup> jour en moyenne. On s'exposerait, d'ailleurs, à une grosse erreur, en se fondant sur la conservation de l'excitabilité faradique, à cette période, pour porter un pronostic favorable.

A partir de la deuxième semaine, on peut rencontrer sur les muscles du membre paralysé les modifications suivantes de l'excitabilité électrique.

a) Pas de modifications de l'excitabilité faradique ou une diminution insignifiante.

b) Des modifications quantitatives, diminution de l'excitabilité faradique et galvanique.

c) La réaction de dégénérescence partielle.

d) La réaction de dégénérescence complète.

Le tableau suivant que nous empruntons à M. Zimmern, résume clairement les données pronostiques à tirer de l'examen électrique.

A. Muscles dont l'excitabilité faradique et galvanique reste normale ou peu diminuée.	} Conservation totale ou presque totale de la fonction; atrophie peu notable.	} Cellules médullaires peu ou passagèrement touchées.
B. Muscles qui présentent de la D R partielle.		

C. Muscles qui présentent de la D R complète.	} 1 <sup>e</sup> Évolution rétrograde de la D R.	} Retour partiel de la fonction possible. Atrophie toujours marquée.	} Cellules médullaires très atteintes.

L'examen électrique chez les enfants est toujours délicat. Pour la recherche de l'excitabilité faradique, il est préférable de se servir des intermittences rares (utiliser la méthode bipolaire qui permet d'obtenir plus facilement des contractions isolées du muscle examiné). Pour la recherche de l'excitabilité galvanique il faut se placer bien exactement au niveau du point moteur.

Quel doit être le traitement? On a tenté de s'attaquer directement à la lésion médullaire, d'enrayer l'évolution dégénérative des cellules motrices par la galvanisation de la moelle. On n'accorde actuellement de confiance qu'à l'électrisation périphérique des muscles paralysés. Cette électrisation agit-elle indirectement sur les centres trophiques et peut-elle stimuler la vitalité des cellules qui les constituent? Cette conception d'une action réflexe sur les fonctions trophiques de la moelle est très vraisemblable; mais il faut aussi tenir grand compte de l'action directe sur la fibre musculaire; en électrisant un muscle, on le fait travailler; en agissant de bonne heure sur lui on écarte la cause d'atrophie puissante qui réside dans l'inactivité du muscle paralysé.

On pratique généralement l'électrisation périphérique en deux temps:

Dans un premier temps on plonge le membre dans une petite cuve ou un vase rempli d'eau, où l'on fait arriver le pôle négatif. Quand au pôle positif, il est relié à une large plaque fixée au niveau des dernières vertèbres dorsales. Le courant galvanique est amené lentement à une intensité variable suivant l'âge et la susceptibilité des petits malades, de 5 à 15 milliampères en moyenne et maintenu à ce chiffre pendant 10 à 20 minutes.

Dans un deuxième temps, on détermine isolément par le courant faradique, la contraction de chaque muscle paralysé (10 à 15 minutes de durée). Les séances seront faites trois fois par semaine.

M. Zimmern estime que le bain local du membre n'a qu'une utilité restreinte; aussi a-t-il renoncé au premier temps classique, à la galvanisation continue pour se limiter à l'excitation faradique des muscles. Pour être efficace, celle-ci doit être prolongée pendant un temps assez long, une heure par exemple. Le but de l'excitation prolongée est de soumettre les muscles à un exercice régulier et méthodique.

Le traitement électrique doit être institué immédiatement après la période inflammatoire aiguë (Erb, Remak, Bergonié, Lewis, Jones, etc.), en débutant par des séances courtes.

Quant à la durée globale du traitement, elle est subordonnée à l'intensité des lésions, à l'ancienneté de l'affection. Le traitement doit être poursuivi tant que l'on constate une amélioration, soit dans les fonctions du membre, soit dans les résultats de l'électro-diagnostic.