

- Roth, De la gliomatose médullaire. Arch. de Neurol. 1888, 46, 47, 48.
 Schultze, Zeitschr. f. klin. Med. 1888, XIII, 6.
 Remak E., Oedem der Oberextremitäten auf spinaler Basis. Berl. klin. Wochenschr. 1889, 3. (Syringomyélie).
 Bernhardt, Syringomyélie und Scoliose. Centralbl. f. Nervenheilk. 1889, XII, 2.
 Lemoine, De la Syringomyélie. Gaz. méd. de Paris. 1889, 12—14.
 Rumpf, Ueber einen Fall von Syringomyélie nebst Beiträgen zur Untersuchung der sensibilität. Neurol. Centralbl. 1889, 7.
 Masiu's. Un cas de syringomyélie. Annales de la Société médico-chirurg. de Liège. 1890.
 Kronthal, Zur Pathologie der Höhlenbildung im Rückenmark. Neurolog. Centralbl. 1889, nos 20, 21, 22.

2. Tumeurs, Parasites et Spina bifida.

- Jaenicke, Ein Fall von Echinococcus des Wirbelcanales. Bresl. ärztl. Zeitschr. 1879, 21, 7. Novbr.
 Dollinger, Die osteoplastische Operation der Hydrorrhachis. Wiener med. Wochenschr. 1886, XXXVI, 46.
 v. Recklinghausen, Virchow's Archiv. 1886, Bd. CV, 2, 3.
 Brunner, Ibid. 1887, Bd. CVII, 3.
 Bruce and Mott, Case of myxo-fibroma of the fifth dorsal nerve extending on the spinal cord. Brain. July 1887, XXXVIII, pag. 210.
 Hirt, Ein Fall von Cysticerken im Rückenmarke. Berl. klin. Wochenschr. 1887, 3.
 Recklinghausen, Untersuch. über Spina bifida. Virchow's Archiv. 1887, 105, pag. 243, 275.
 Holt, Remarks upon Spina bifida. New-York med. Journ. 5. Nov. 1887.
 Bland Sutton, On spina bifida, occulta and its relation to ulcus perforans and pes varus. Lancet. 1 July 1887, II.
 Beneke, Fall von unsymmetrischer Diastemato-myélie mit Spina bifida. Leipzig 1888, Festschrift.
 Wichmann, Wiener med. Wochenschr. 1888, 24, pag. 837.

III

Maladies générales du système nerveux.

Les maladies générales du système nerveux intéressent, en même temps mais non pas au même degré, le cerveau, la moelle épinière, les nerfs crâniens et rachidiens. A en juger par les symptômes cliniques, dans certaines d'entre elles, c'est le cerveau qui paie la plus large part au processus; dans d'autres, au contraire, c'est la moelle, et encore, dans ce dernier cas, tantôt c'est la moelle elle-même ou ses faisceaux blancs, tantôt ce sont les nerfs rachidiens ou périphériques dont les symptômes dominent le tableau morbide. Aussi les affections générales du système nerveux comprennent-elles des formes très variées, sur lesquelles il est d'autant plus difficile de formuler des considérations d'ensemble que la participation de l'organisme entier imprime au tableau clinique un cachet spécial.

Cette participation de l'organisme en général est loin d'être la même dans tous les cas: l'expérience prouve qu'il existe des maladies générales du système nerveux, qui, même après des années, ne retentissent d'aucune façon essentielle sur la santé générale du patient; qu'il en est d'autres, au contraire, — ce sont de loin les plus nombreuses, — qui, tôt ou tard, dégénèrent en maladies générales en altérant plus ou moins profondément les organes de la digestion et de la circulation, le système uropoïétique et parfois même les organes respiratoires. On comprend sans peine que le pronostic et le cours de l'affection s'en ressentent nécessairement; mais nous pouvons déjà en déduire un enseignement, une règle que le praticien ne devra jamais perdre de vue, c'est que, dans les affections du système nerveux, jamais on ne pourra se contenter de l'examen du cerveau et de la moelle épinière, mais qu'on devra accorder la même attention et la même sollicitude à tous les organes sans exception. A première vue, cette remarque peut paraître vaine, et cependant les faits nous ont prouvé plus d'une fois qu'il n'était pas superflu de nous y appesantir.

La détermination exacte des symptômes nerveux, leur comparaison et leur distinction d'avec ceux des autres organes, leur juste appréciation jouent, sans aucun doute, un rôle important dans le diagnostic des maladies nerveuses: néanmoins, l'anatomie pathologique est toujours, en dernière analyse, la chose capitale. Malheureusement, sous ce rapport, il existe bien des lacunes dans nos connaissances, les lésions

anatomiques nous échappent dans un nombre considérable de ces affections générales du système nerveux : il est cependant bien permis de supposer qu'il existe, dans presque toutes, une altération anatomique, soit macroscopique, soit microscopique, de l'élément nerveux. Les lésions anatomiques ne sont guère connues que pour un petit nombre de ces affections, pour le tabes, la démence paralytique, la sclérose multiple et les intoxications chroniques, par exemple, et encore, leur importance n'est-elle pas bien établie. Il arrive souvent, d'ailleurs, que, s'appuyant sur les symptômes cliniques, on suppose des lésions anatomiques que l'autopsie ne vient pas confirmer : c'est ainsi que dans le cas de *Westphal* où l'on croyait à une sclérose multiple, dans celui de *Killian*, qui avait évolué avec tous les signes de la myélite chronique, et dans celui de *Eisenlohr*, où l'on avait conclu à une ophtalmoplégie externe progressive, — j'en pourrais citer bien d'autres encore — le cerveau, la moelle et les nerfs ne montrèrent absolument rien d'anormal à l'autopsie. Par contre, on est exposé à commettre l'erreur opposée ; on a diagnostiqué une hystérie, une épilepsie, une chorée, et l'on compte bien trouver intact, après la mort, l'organe nerveux central : l'autopsie vient démontrer la présence d'altérations profondes, des foyers multiples dans la moelle ou dans l'écorce cérébrale, des foyers de ramollissement frais et anciens, etc. L'observateur le plus consciencieux est sujet à pareilles erreurs, aussi, plus l'on voit de cas et d'autopsies, plus on devient prudent dans le diagnostic et dans l'appréciation des lésions anatomiques.

Malgré l'incertitude où nous nous trouvons à leur égard, les lésions anatomo-pathologiques constituent cependant encore la meilleure base de classification des maladies générales du système nerveux, lorsqu'il s'agit d'en donner un groupement rationnel. Nous diviserons ces maladies en deux sections, la première comporte les névroses fonctionnelles, c'est-à-dire les maladies du système nerveux auxquelles on ne connaît pas encore de lésions anatomiques constantes ; la seconde comprend le groupe des affections dont les lésions anatomiques sont connues.

Première Section.

Maladies générales du système nerveux sans lésions anatomiques connues.

Névroses fonctionnelles.

Le nombre de ces affections, de beaucoup supérieur à celui des affections à lésions connues, justifie suffisamment leur subdivision en plusieurs groupes secondaires. Cette tentative n'est pas exempte de difficultés, une base de classification passable ne se trouvant qu'avec peine. Il ne faut point songer aux lésions anatomiques ; restent donc l'étiologie et la symptomatologie ; la première ne peut rendre absolument aucun service ; son obscurité complète dans certains cas, son incertitude ou sa variabilité dans d'autres, la rendent impropre à toute classification. Quant à la symptomatologie, elle ne convient guère mieux : il est difficile, sinon impossible, de classer les maladies d'après des symptômes qui présentent une variété si grande ; de plus, dans telle affection, ce sont les manifestations cérébrales qui dominent, dans telle autre, ce sont les spinales, sans compter que bon nombre de symptômes, troubles moteurs ou sensibles, peuvent dépendre aussi bien du cerveau que de la moelle, sans qu'il soit toujours possible d'établir la distinction.

Aussi, en est-on réduit, si l'on ne veut pas abandonner toute classification, à adopter comme base, l'influence qu'exerce la névrose sur l'état général du patient, à l'établir sur la participation variable de l'organisme à l'affection nerveuse. Un petit nombre des maladies générales du système nerveux disparaissent, après une durée plus ou moins longue, sans laisser de trace, ou bien, peuvent durer des années sans altérer visiblement la santé du patient, tout au moins sans provoquer aucun symptôme général grave ; d'autres, au contraire, se caractérisent, non seulement par leur durée exceptionnelle, leur tenacité, leur tendance aux récurrences, mais encore par un retentissement

pernicieux sur l'organisme en général. Les premières, grâce à leur bénignité, recevront la dénomination de névroses légères, les secondes, celle de névroses graves, sans vouloir nier cependant la possibilité de cas très sérieux parmi les névroses légères, et de cas bénins parmi les névroses graves. Nous avouons, d'ailleurs, que cette classification ne nous satisfait aucunement; nous l'adoptons passagèrement jusqu'à ce qu'il en surgisse une autre, meilleure.

Premier Groupe. Névroses qui, d'habitude, ne retentissent pas d'une façon sérieuse sur l'organisme en général.

CHAPITRE PREMIER.

Chorée, Danse de Saint-Guy, Ballisme. Scelotyrbe (σκολιός, membre, τυγβα, remuer), Melancholia saltans, Maladie de Sydenham.

La chorée consiste dans des mouvements particuliers, désordonnés, involontaires se passant dans les extrémités supérieures et la face, et, à un moindre degré, dans les extrémités inférieures et le tronc. Ces mouvements n'intéressent que les muscles animés par la volonté; ils se continuent pendant des jours, des semaines et même des mois, et ne cessent que pendant le sommeil. Parfois, ces mouvements restent limités à une moitié du corps, c'est-à-dire à une moitié de la face, au bras et à la jambe du même côté: on parle alors d'hémichorée. L'ancienne distinction de petite chorée et de grande chorée, que l'on retrouve encore dans les vieux manuels, n'a plus raison d'être; la grande chorée, telle qu'on la décrivait autrefois, est aujourd'hui rangée dans l'hystérie, et par là même, la dénomination de petite chorée disparaît.

Les mouvements choréiques peuvent exister indépendamment de tout autre symptôme morbide et constituer à eux seuls toute la maladie; d'autres fois, ils ne possèdent qu'une valeur symptomatique et dépendent d'une affection du cerveau ou de la moelle épinière; cette distinction a une grande importance pratique, et on devra toujours chercher à l'établir au lit du malade. Nous nous occuperons en premier lieu de la chorée idiopathique: inutile de dire qu'elle seule mérite d'être rangée parmi les névroses légères, telles que nous les comprenons. Ce n'est pas chose aisée que de donner une description détaillée

des mouvements choréiques, tant ils présentent de variétés sous le rapport du degré et de l'étendue. Dans les cas relativement graves, tout le corps y prend part; la tête est agitée dans tous les sens, inclinée, tournée; le front se plisse puis se distend, les paupières s'ouvrent et se ferment tandis que le globe oculaire roule dans l'orbite; les muscles de la face ne restent pas inactifs; ils prêtent à la physionomie les expressions les plus variées, expressions fugitives comme tous les mouvements, et qui se succèdent sans transition aucune: tantôt c'est la frayeur, l'angoisse, tantôt la joie, suivant les muscles intéressés. Je n'ai jamais vu remuer la pointe du nez, comme *Hasse* prétend l'avoir observé (*loc. cit.* p. 165); par contre, j'ai souvent constaté des mouvements tellement désordonnés de la langue, que la parole, la mastication et la déglutition en devenaient très difficiles; parfois même, il était impossible au malade de sortir la langue. Ces mêmes mouvements, dans les muscles du tronc, provoquent des contorsions involontaires, le patient se soulève, retombe, se penche, se redresse, prend les positions les plus extraordinaires (folie musculaire).

Mais dans la majorité des cas, les mouvements que nous venons de décrire se limitent à la face et aux extrémités; les épaules, les bras, les mains et les doigts sont le siège de mouvements involontaires et brusques, les muscles en action sont traversés par des secousses rapides, brusques; le bras est fléchi, étendu, les doigts s'écartent, se rapprochent, se ferment. Les mêmes mouvements se remarquent aux extrémités inférieures, le plus souvent avec une intensité moindre; les muscles de la cuisse et du mollet se contractent vivement et se relâchent, les pieds se relèvent alternativement, les orteils se meuvent sans repos. On voit parfois les mouvements s'exécuter dans les différentes articulations, avec la rapidité de l'éclair; le nom de chorée électrique a été donné très justement à ces cas d'ailleurs assez rares.

On rencontre des formes encore plus légères de l'affection, où le malade peut, à certains moments, conserver une tranquillité complète, l'affection ne se trahissant que par une légère contraction des bras, des doigts ou des muscles de la face. Les mouvements de la chorée idiopathique cessent complètement pendant le sommeil; ce fait est caractéristique; les malades s'endorment souvent un peu plus difficilement, il est vrai, mais leur sommeil est profond et tranquille, libre de tout phénomène d'excitation musculaire.

Les mouvements volontaires se ressentent naturellement de la présence des mouvements choréiques; c'est ainsi qu'au début

de l'affection, alors qu'elle n'est pas encore reconnue, on est tenté d'en vouloir au patient des maladresses dont la maladie est seule la cause; il peut en résulter, pour l'enfant à l'école ou pour les recrues au régiment, des désagréments qu'on aurait pu leur éviter par un examen médical un peu attentif. D'ordinaire, le mouvement intentionnel s'exécute normalement dans sa première phase, puis, les muscles sont pris d'une contraction intempestive qui altère le mouvement primitif; cela s'observe surtout bien quand le malade s'habille, mange, et avant tout, dans les actes qui exigent une grande coordination, écriture, piano, par exemple.

La maladresse du patient ne fait que l'agiter, il se reprend, et plus ses essais se répètent, plus il tâche de maîtriser ses muscles indisciplinés, et plus sa gaucherie augmente. Certains malades, bien maîtres d'eux-mêmes, savent, il est vrai, même au degré le plus élevé de l'affection, contenir leurs muscles pendant quelques instants, dans un repos absolu, mais ils sont très rares. Les mouvements réflexes et les mouvements passifs s'accomplissent d'une façon tout à fait normale; il en est de même de l'éternuement, de la toux et des mouvements respiratoires et cardiaques.

La sensibilité ne subit aucune altération; parfois, la colonne vertébrale accuse un peu de sensibilité à la pression; les nerfs sensibles ne présentent rien de particulier. Un fait assez remarquable, c'est que le travail musculaire considérable auquel se livre le patient, ne semble provoquer chez lui aucune fatigue.

S'il n'existe pas de complications, la température du corps reste normale, l'urine ne subit aucune modification. Il en est tout autrement de l'état intellectuel du patient, surtout si celui-ci est jeune et si l'affection dure depuis un certain temps déjà; l'enfant, d'aimable, docile et appliqué qu'il était, devient entêté, grincheux et méchant; loin d'apprendre facilement et vite comme autrefois, il ne saisit plus que difficilement ce qu'on lui explique, on doit lui répéter les choses les plus simples et, malgré cela, il oublie vite, ne se souvient plus de ce qu'on lui a dit quelques heures auparavant. Si les mouvements choréiques occupent également la langue, ce qui se voit assez souvent, la parole est embarrassée et l'enfant doit renoncer à se rendre à l'école, si on ne l'en a déjà renvoyé pour d'autres raisons. Chez l'adulte, l'influence de l'affection sur l'état intellectuel est relativement beaucoup moindre.

Le **cours général** de la chorée idiopathique, sans complications, est d'ordinaire le suivant: les symptômes que nous

venons de décrire, se maintiennent pendant quelques semaines avec une intensité variable; il peut s'écouler, depuis les premiers débuts de l'affection jusqu'à sa complète disparition, de 60 à 90 jours (69 jours, *Sée*; 80, *Jürgensen*; 89, *Riecke*); cette durée, comme nous le verrons plus tard, peut être influencée par le traitement.

La **terminaison** habituelle est la guérison; la récurrence n'est cependant pas exceptionnelle, et il sera bon d'en tenir compte dans le pronostic. Il est excessivement rare qu'un enfant meure de la chorée; cela ne se voit guère que chez ceux dont la constitution était déjà fort affaiblie, ou s'il se produit des complications. On pourra donc émettre, en toute confiance, un **pronostic** favorable.

Les complications de la chorée et ses affinités remarquables avec d'autres maladies sont encore, pour la plupart, énigmatiques. Citons, en premier, lieu le rhumatisme articulaire, dont les relations avec la chorée ne sont niées par personne, mais sont diversement interprétées. Les Français (*Sée* et *Roger*) sont assez unanimes à considérer le rhumatisme comme le précurseur presque habituel de la chorée; les auteurs allemands, au contraire, professent à cet égard les opinions les plus variées; certains d'entre eux (*Lebert*, *Eichhorst*, *Strümpell*) n'admettent qu'une fréquence relative de la simultanéité des deux affections; d'autres (*Brieger*) attirent l'attention sur l'alternance de leur apparition (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886, XIII, X); d'autres encore (*Henoch*, *Litten*) considèrent le rhumatisme comme la cause étiologique la plus importante et la plus sûre de la chorée; enfin, *Romberg*, *von Niemeyer*, *Prior*, etc., contestent toute relation entre les deux maladies. Quelque inexplicable que soit cette relation, c'est évidemment se mettre en opposition avec les faits que de vouloir la nier. Notre opinion est qu'il s'agit là d'un agent nuisible commun, d'une infection qui, localisée principalement au cerveau, détermine les mouvements choréiques, et, cantonnée aux articulations, donne lieu au rhumatisme articulaire; il est à peu près certain que ces agents infectieux sont identiques à ceux dont la localisation dans les valvules du cœur et le myocarde provoque l'endocardite et la myocardite; en effet, la chorée se rencontre presque aussi fréquemment combinée à l'insuffisance valvulaire qu'au rhumatisme, sans que nous parvenions à mieux nous l'expliquer.

Étant donné que la chorée, ou plutôt que certaines formes de chorée, sont réellement de nature infectieuse, il n'y a pas