

temps et l'occasion de satisfaire immédiatement son besoin d'aller à la garde robe. La pratique fréquemment usitée jadis et consistant à enrayer l'accès en comprimant les carotides, reste d'ordinaire sans résultat. BERGER a recommandé de faire respirer de l'amylnitrite au début de l'attaque et dit en avoir obtenu du bénéfice en plusieurs circonstances.

Dans l'état dit *épileptique*, on recommande de préférence l'usage des narcotiques, surtout les inhalations de chloroforme ou d'éther. On peut aussi faire des essais avec le nitrite d'amyle.

APPENDICE.

Convulsions des enfants (Éclampsie infantile).

La fréquence et l'importance pratique des convulsions infantiles nous autorisent à en faire une mention spéciale en cet endroit.

L'expérience médicale de tous les jours apprend que l'organisation délicate de l'enfance prédispose évidemment aux convulsions. Cela tient en partie peut-être à une *exagération de l'excitabilité réflexe générale du cerveau chez les enfants*. C'est ainsi que dans l'enfance se produisent fréquemment des convulsions pour des motifs qui n'en provoquent qu'exceptionnellement dans l'âge adulte. Au début des affections fébriles aiguës (pneumonie, scarlatine, rougeole, etc.), on observe quelquefois des phénomènes convulsifs chez les enfants. A la suite d'indigestions (surtout après un repas trop copieux), parfois à l'occasion de la dentition, ensuite à raison de la présence de vers dans le canal intestinal, on en constate également, et en ces cas, les convulsions sont, selon toute probabilité, d'origine réflexe.

Il n'est pas toujours facile d'interpréter les accès convulsifs qui se montrent avec les caractères de la spontanéité pendant la toute première enfance. Très souvent on est en présence d'une *épilepsie* véritable, c'est-à-dire que les convulsions sont la première manifestation d'une maladie qui se continue dans la suite de l'existence. Dans d'autres cas il s'agit peut-être d'une lésion organique du cerveau. Quand on songe p. ex. au stade initial de la poliomyélite aiguë et de l'encéphalite des enfants (v. pp. 293 et 429), on doit se dire que beaucoup de cas dans lesquels les enfants succombent rapidement à des « convulsions », appartiennent présumablement à cette catégorie. Cependant nous manquons encore à cet égard de recherches anatomiques suffisantes. Quoi qu'il en soit, il nous semble que nous ne pouvons pas nous contenter, comme cela se fait souvent, de considérer l'« œdème méningé » qu'on découvre dans ces circonstances, comme une maladie autonome et la cause suffisamment explicative de la mort.

Maintes fois, quand les convulsions infantiles éclatent subitement et disparaissent pour toujours, la cause en reste à jamais ignorée. L'expérience apprend que les *enfants rachitiques* (peut-être par suite du rachitisme des os du crâne ?) sont particulièrement sujets aux convulsions éclampiques.

Les *symptômes* de l'éclampsie infantile sont parfaitement identiques à ceux des attaques d'épilepsie. Les enfants commencent par regarder fixement, contournent les yeux, et on voit se produire des contractions tonico-cloniques dans la face, le tronc et les membres. Des accès semblables peuvent se répéter des jours entiers avec de courtes interruptions. En ce cas le pronostic, surtout quand il s'agit d'enfants faibles, est toujours douteux, quoique pas absolument funeste. Il n'y a que la marche subséquente de la maladie qui décide ordinairement de la cause et de l'importance des convulsions.

Le *traitement symptomatique* des convulsions consiste, quand le cas est léger, dans les applications froides sur la tête, les draps mouillés autour du corps, les sinapismes à la poitrine et aux mollets, éventuellement dans l'administration d'un lavement (au besoin additionné d'un peu de vinaigre), etc. Si les attaques se suivent rapidement et avec grande intensité, on emploiera avec grand avantage, même chez les petits enfants, des *inhalations de chloroforme* prudemment faites ($\frac{1}{2}$ cuillerée à bouche sur un mouchoir).

Au surplus, il est évident qu'il faut tenir compte des causes auxquelles on peut remédier. Chez les enfants quelque peu avancés en âge, qui se sont surchargé l'estomac, un *vomitif* ou un *purgatif* donné opportunément est le plus souvent très efficace.

CHAPITRE DEUXIÈME.

CHORÉE.

(Petite danse de St-Guy.)

Étiologie. Tandis qu'autrefois on désignait surtout sous le nom de *chorée* (danse), ces états particuliers de soi-disant « dansomanie » qui se manifestaient sous forme endémique, qui dépendaient d'une hyperesthésie psychique, se répandaient par contagion morale (imitation), et pour la guérison desquels on allait en pèlerinage aux lieux consacrés à saint Guy, on comprend aujourd'hui sous cette dénomination une maladie très nettement caractérisée dont le symptôme principal consiste en certains phénomènes spéciaux d'excitation motrice. L'appellation plus précise de *petite chorée* a

été usitée en opposition à celle de *grande chorée*, ou de chorée *majeure*, comme on l'appelait jadis, qui n'est pas à proprement parler une affection *sui generis*, mais une modalité de l'hystérie (v. y) et en beaucoup de cas peut-être de l'épilepsie.

La petite chorée est avant tout une maladie du *jeune âge* ; elle se montre d'ordinaire chez les enfants de 5 à 15 ans. Mais elle apparaît aussi parfois avant cette époque et à un âge plus avancé. Les *filles* en sont plus souvent atteintes que les garçons. La *prédisposition héréditaire aux névropathies* joue aussi dans la causalité de la chorée un certain rôle, quoique pas considérable (1).

Quant à la *cause* directe de la maladie, la plupart du temps on n'a rien trouvé de bien précis. Des *émotions morales*, la frayeur, etc. semblent dans quelques rares cas avoir favorisé son développement. Il est certain que la *tendance à l'imitation* éveille des mouvements choréiques chez les enfants sains en contact avec ceux qui sont atteints de chorée. Cependant on se demande si cette « chorée imitative » doit effectivement être considérée comme une chorée essentielle. Il me semble qu'il est beaucoup plus important dans ces cas qui sont très accessibles à un traitement psychique de choisir la dénomination de chorée *hystérique*. La corrélation qui existe entre la chorée et le *rhumatisme articulaire aigu* présente un grand intérêt. Quoiqu'on puisse taxer d'exagération l'idée de quelques auteurs, d'après laquelle tout cas du rhumatisme articulaire aigu dans le jeune âge serait presque toujours suivi de chorée, il n'en est pas moins établi que cette maladie succède assez fréquemment à l'arthrite rhumatismale. On l'observe quelquefois même chez des enfants qui souffrent de légères douleurs chroniques de nature rhumatismale, puis chez ceux qui sont atteints de *lésions valvulaires* (précédées ou non de rhumatisme articulaire). La corrélation intime qui existe incontestablement entre la chorée, le rhumatisme articulaire et la maladie du cœur, dénote qu'il est possible qu'il s'agit dans la chorée véritable d'une *intoxication* qui est le résultat d'une infection.

La *grossesse* exerce une influence spéciale sur la chorée des femmes. La

1. La *chorée* dite *héréditaire* ou chorée d'HUNTINGTON est une maladie d'un genre particulier. Elle consiste en mouvements choréiques qui en eux-mêmes sont complètement identiques avec ceux de la chorée commune et se déclarent chez plusieurs membres de la même famille (dans une suite de générations). Ses premières manifestations se montrent rarement avec la 30^e année, le plus souvent seulement dans un âge avancé. Cette maladie est incurable et finit souvent par aboutir à une déchéance mentale. Elle se combine avec une constitution névropathique générale. L'épilepsie a également été observée dans les familles de cette catégorie. Quelques cas de chorée chronique dans un âge avancé peuvent se présenter également d'une façon tout à fait isolée. Il est probable que ce sont des formes morbides qui, au point de vue étiologique, ne peuvent pas être assimilées à la petite chorée commune.

chorée des femmes enceintes se déclare surtout chez les primipares qui sont encore relativement jeunes. Le mode de dépendance existant entre la chorée et la grossesse nous est entièrement inconnu.

Symptômes et marche morbide. La chorée commence d'ordinaire graduellement et sans symptômes précurseurs spéciaux. Cependant elle est quelquefois précédée de *phénomènes prodromiques* qui consistent en une certaine modification du moral, une irritabilité d'humeur, une aversion pour les exercices intellectuels, de légères douleurs rhumatoïdes ou en quelques troubles de l'appétit et de l'état général.

Le plus souvent des *désordres* particuliers de la *motilité* forment le premier symptôme qui attire l'attention des malades ou des parents. Les groupes musculaires les plus divers deviennent le siège de mouvements involontaires que les malades ne peuvent maîtriser. De tous côtés et à tour de rôle se produisent, d'ici, de là, tantôt dans une région, tantôt dans plusieurs à la fois, tantôt en se précipitant, tantôt après de longs intervalles de repos, des contractions isolées et des mouvements non-intentionnels les plus compliqués. Si les *muscles de la face* sont entrepris en même temps, on voit à tout instant le front se plisser et la bouche se contracter. Dans la chorée intense des muscles de la face, comme c'est d'ordinaire le cas dans les cas graves, les malades font les grimaces les plus bizarres, en partie accompagnées d'expressions sentimentales proprement dites (rire, colère et ainsi de suite). Les *yeux* également participent aux mouvements involontaires, roulent de côté et d'autre, se ferment et s'ouvrent tour à tour. Les *pupilles* sont souvent dilatées. Si les malades avancent la *langue* et la tiennent dehors, elle se retire parfois malgré eux dans la bouche ou se rejette sur le côté. Quand la langue est prise de forts mouvements choréiques, la *parole* est notablement embarrassée. (Elle a lieu par secousses et n'est pas compréhensible.) Les *muscles du larynx* même peuvent être agités de contractions choréiques. La chorée est d'ordinaire la plus prononcée aux *bras*. Ceux-ci se contournent, se fléchissent, se soulèvent, se placent sur le dos, se meuvent dans toutes les directions imaginables. Les *muscles du thorax* ne prennent qu'une petite part à la maladie, quand les cas sont légers. Dans les cas graves, tout le corps est en mouvement : les malades se dressent, se couchent tour à tour, se mettent sur le côté et ainsi de suite. Dans les *jambes* la chorée est d'ordinaire moins accusée que dans les bras et à la face. Cependant, on y observe fréquemment de légers mouvements : c'est un pied qui se projette, qui se soulève sur sa pointe, un genou qui ploie, etc. En général, il est caractéristique de la chorée que les incitations motrices anormales affectent à la fois un grand nombre de muscles, d'où résultent toutes les *combinaisons gesticulatoires* possibles, et que de plus ces mouve-

ments choréiques sont pour la plupart, non pas de courtes contractions, mais des mouvements qui, vus dans leur ensemble, ont la plus grande ressemblance avec les mouvements volontaires.

L'intensité de ces mouvements varie beaucoup d'après les cas. Au début, la chorée est parfois si rudimentaire qu'elle passe inaperçue à un œil peu exercé. Les enfants au commencement de la maladie sont souvent punis à tort, parce qu'ils écrivent mal ou ne se tiennent pas tranquilles. Parfois la maladie en reste là, et les contractions ne s'accroissent pas davantage. En d'autres cas les phénomènes d'excitation sont plus prononcés et les malades ne savent plus se tenir debout, ni marcher sans assistance. Enfin, quand le mal est à son apogée, la chorée est tellement violente que le corps tout entier est dans un état d'agitation continue. Les malades se jettent de côté et d'autre dans leur lit, les bras et les jambes sont incessamment lancés dans tous les sens. L'alimentation souffre au plus haut degré, le sommeil est troublé et en peu de temps la constitution est profondément abîmée.

Quand on considère chaque cas à part, l'intensité des mouvements choréiques varie d'après les différents moments. Chez les malades livrés tranquillement à eux-mêmes, les contractions sont ordinairement peu marquées. Toute émotion morale les excite davantage. Aussitôt que les malades savent qu'on les observe, dès qu'ils veulent exécuter des mouvements intentionnels et pour peu qu'on s'entretienne avec eux, leur état empire évidemment. D'autre part il n'est pas impossible que le malade par la force de sa volonté exerce une certaine influence sur ses mouvements. Parfois aussi il devient plus tranquille quand on lui maintient doucement le corps parfaitement soutenu et ainsi de suite. Pendant le *sommeil* les mouvements choréiques s'arrêtent complètement.

Si, dans beaucoup de circonstances, l'ensemble des muscles volontaires est atteint, dans d'autres, la maladie se borne à certains départements musculaires. C'est très souvent l'une moitié du corps (surtout le côté gauche) qui est affectée de préférence (*hémichorée*), tandis que l'autre moitié présente peu ou point de mouvements involontaires. Nous avons dit plus haut que les muscles de la face et des bras sont souvent plus fortement atteints que ceux du tronc et des jambes.

Le trouble de la motilité que nous venons de décrire est parfois le seul symptôme de la chorée, ou du moins le symptôme prédominant. Il n'y a presque jamais de symptômes de paralysie, et la force musculaire est bien conservée. Il est même étonnant que le *sentiment de fatigue* fasse défaut, nonobstant l'incessante agitation musculaire. Ce n'est que bien rarement que, dans des cas de chorée légitime, nous avons vu une véritable parésie des

muscles, d'un bras par ex., ou bien, dans l'hémichorée, une hémiparésie légère du même côté. La *sensibilité* est tout à fait normale. Les *réflexes* ne présentent rien de particulier. Nous avons trouvé les réflexes tendineux, tantôt à l'état normal, tantôt remarquablement affaiblis, parfois encore légèrement accentués. Quelquefois, mais pas toujours, on découvre *le long de la colonne vertébrale* quelques points *particulièrement douloureux à la pression*. Nous avons dit que la chorée se complique d'*affections articulaires* et de *lésions des valvules*. Mais on ne doit se prononcer qu'avec réserve sur l'existence de celles-ci, vu que l'expérience apprend que des bruits cardiaques se rencontrent assez souvent chez les choréiques. La *chaleur* n'est pas accrue, malgré les contractions musculaires incessantes, pas plus que la *proportion d'urée* dans l'urine.

On observe souvent des *anomalies mentales* d'un faible degré. Les malades sont parfois difficiles, chagrins, capricieux, incapables de tout effort intellectuel, irritables et enclins à pleurer. Mais on n'a presque jamais à craindre de *vésanies graves* ni un affaiblissement durable de l'intelligence.

La *durée* totale de la chorée s'étend d'ordinaire à plusieurs mois. On a pourtant vu des cas légers parvenir à la guérison après quelques semaines, tandis que d'autre part il y a des cas de très longue durée, qui peuvent traîner près d'un an et au delà encore. Il se produit parfois, dans l'intensité de la chorée, des oscillations qui sont tantôt spontanées et qui tantôt dépendent de circonstances extérieures. Même quand l'affection paraît s'être éteinte complètement, on doit se tenir en garde contre l'éventualité d'une *récidive*. On a vu la chorée faire retour à diverses reprises dans l'espace de plusieurs années, et alors il est difficile de dire s'il s'agit d'une rechute ou d'une maladie nouvelle. Les cas de longue durée ont en général une plus grande bénignité de symptômes, tandis que la chorée qui s'inaugure avec beaucoup de violence, s'apaise dans un temps relativement court. Nous avons pourtant constaté chez des *adultes* et plus souvent encore dans un âge avancé (*chorée sénile*) quelques exemples de chorée à allures *chroniques*, qui finissaient par entrer dans une phase *stationnaire*. (Cf. la note à la page 484.)

La *termination* de la maladie est le plus souvent *favorable*. Mais il y a par ci par là un cas grave qui se termine par la *mort*. Alors les mouvements choréiques sont de la dernière violence. Les malades sont jetés avec véhémence de part et d'autre de leur lit, savent à peine prendre quelque nourriture et sont complètement privés de sommeil. Nous avons pour notre part vu trois cas se rapportant à des filles de 14 à 17 ans et qui, dans l'espace de 2 à 3 semaines, ont conduit à la mort, deux avec les signes d'un épuisement

général et du collapsus, le troisième à la suite d'une multitude de plaies cutanées devenues gangréneuses et qui s'étaient produites malgré toutes les précautions imaginables.

Pathogénie. Dans les recherches anatomo-pathologiques qui ont porté sur la chorée essentielle, on n'est arrivé à aucun résultat auquel on puisse assigner une valeur certaine. Dans les trois cas que nous avons cités plus haut, l'autopsie a donné, au point de vue du système nerveux central, un résultat complètement négatif. Force est donc pour le moment de considérer la chorée comme une « *névrose* », c'est-à-dire une maladie dont les désordres fonctionnels ne sont basés sur aucun substratum organique connu. Que cette affection doive intéresser principalement un département moteur du système nerveux, cela résulte de la symptomatologie même. Mais quant à savoir quel est ce département moteur spécial, on ne peut faire à ce sujet que des conjectures. Il est pourtant vraisemblable au plus haut degré que le *siège* propre de la chorée se trouve dans le *cerveau*. On invoque en faveur de cette opinion, d'abord la fréquence de la chorée unilatérale, puis la coexistence fréquente de la chorée avec de légères anomalies mentales, et enfin la circonstance que les mouvements choréiques (choréiformes) peuvent se présenter à titre de *symptôme* unique dans des maladies incontestablement cérébrales (par ex. dans l'hémichorée posthémiplegique). Mais il est impossible d'affirmer à cette heure si les zones motrices de la couche corticale du cerveau sont atteintes de préférence à d'autres départements moteurs. Nous tenons également pour indémontrée et même hautement improbable, l'idée assez répandue qui consiste à attribuer la chorée à des *processus emboliques* de petite dimension. Nous avons insinué plus haut que pour la véritable chorée l'hypothèse d'une cause toxique est la plus vraisemblable.

Diagnostic. La chorée est ordinairement facile à reconnaître, il suffit le plus souvent d'un simple coup d'œil. Les phénomènes d'excitation motrice dans l'athétose, la paralysie agitante, les différentes formes de tremblement (tremblement sénile, alcoolique, saturnin, mercuriel, etc.), se distinguent aisément des mouvements choréiques par leur modalité spéciale. Il n'est pas malaisé non plus de différencier d'avec la chorée idiopathique légitime, les mouvements choréiques symptomatiques d'autres affections cérébrales.

Pronostic. Le pronostic de la chorée est presque constamment favorable, comme il a été dit, même quand la maladie traîne en longueur. Nous avons parlé plus haut de la possibilité des récidives. Le pronostic ne devient douteux que dans les formes graves de chorée aiguë, quand les forces générales du malade sont ruinées en peu de temps. Sous le rapport

pronostique, la *chorée des femmes enceintes* doit aussi être envisagée comme beaucoup plus sévère que la chorée commune des enfants.

Traitement. Il importe, même dans la chorée peu intense, de retenir les enfants de l'école, de les garder à la maison et de les préserver de toutes les émotions morales inutiles, de moqueries, etc. Si la maladie n'est pas très prononcée, il ne faut pas que les enfants gardent le lit. Il est même bon en ce cas de leur faire faire des exercices modérés à l'air. Dans la chorée violente il faut recourir à des mesures préservatrices appropriées (coussins, lits capitonnés), pour éviter les blessures.

Parmi les médicaments préconisés contre la chorée, l'*arsenic* et l'*antipyrine* sont au premier rang. Celui-là surtout exerce, selon toute apparence, une action favorable. On prescrit la *solution de Fowler* dont on donnera deux à trois fois par jour, d'abord 5, puis en augmentant graduellement les doses, 8 à 10 gouttes *dans de l'eau*. Chez les enfants au-dessous de 6 ans la dose doit être un peu moindre. S'il s'agit d'enfants anémiques, on pourra combiner la liqueur de Fowler avec la teinture de Mars pommée, et avec des remèdes narcotiques quand le malade est très agité et privé de sommeil. L'*antipyrine* également (à la dose de 0,5 à 1,0 plusieurs fois par jour) est parfois, dans la chorée grave, d'une utilité signalée. On la prescrit notamment dans les cas qui se combinent avec le rhumatisme. En outre on peut essayer le *bromure de potassium* à haute dose (3,0 à 5,0 et plus par jour), c'est surtout dans la chorée grave aiguë que le bromure de potassium nous a donné plusieurs fois d'incontestables résultats. Parmi les nombreuses préparations qu'on a préconisées, mentionnons encore l'*oxyde de zinc*, le *valérianate de zinc*, le *nitrate d'argent* et le *sulfate de cuivre*. L'efficacité de tous ces remèdes est douteuse, et c'est pourquoi aujourd'hui on n'y a que rarement recours. Par contre RIESS a tout dernièrement vanté l'usage de la *physostigmine* (1 à 2 milligramm. par jour, le mieux en injection sous-cutanée). Mais qu'on soit *prudent* avec les *narcotiques* ! Bien que récemment l'*hydrate de chloral* ait été à diverses reprises préconisé contre la chorée grave, nous n'en connaissons pas moins des conséquences désastreuses imputables à son emploi.

L'*hydrothérapie* doucement appliquée est, dans la plupart des cas de chorée, d'un effet avantageux et d'un emploi facile ; des bains tièdes, des draps mouillés et des ablutions légères avec de l'eau de 18 à 22° R. sont très recommandables.

L'*électrothérapie* peut aussi être employée. On se servira d'un courant galvanique faible à la tête (à la région des centres moteurs) ou le long de la moelle épinière. S'il existe des points douloureux sur le trajet de la colonne vertébrale, on obtiendra un avantage marqué en les traitant avec l'anode.

Toutefois les résultats du traitement électrique sont rarement très frappants.

Dans la *chorée des femmes enceintes* qui a quelquefois un caractère excessivement violent, les mêmes moyens sont en usage. Mais s'ils restent inopérants, on pourrait, dans des cas graves, avancer artificiellement l'heure de la naissance. Après l'*accouchement prématuré*, on voit quelquefois rapidement décliner les symptômes, comme dans un cas qui nous est propre.

APPENDICE.

Chorée électrique. Paramyoclonus (Myoclonie).

A cet endroit peuvent encore trouver place deux autres formes morbides à manifestations prédominantes d'excitation motrice et au sujet desquelles on ne saurait pas à cette heure formuler encore d'opinion entièrement sûre.

Chorée électrique. Sous ce nom, HENOCH a décrit une forme de chorée chez les *enfants* laquelle se distingue de la petite chorée commune par des *contractions* beaucoup plus courtes, *rapides comme l'éclair*, qui se déclarent dans des muscles particuliers (principalement de la nuque et des épaules). Ces contractions font un effet semblable à celui que ces muscles produiraient quand ils seraient mis en mouvement par un courant galvanique. Elles ont lieu à d'assez longs intervalles, de 3 à 5 minutes. — Cette même désignation de « chorée électrique » a été également appliquée à une maladie particulière qui est endémique, en Lombardie, qui a été décrite par DUBINI le premier et qui pour ce motif a été appelée « maladie de Dubini ». Ici pareillement se montrent des contractions musculaires subites, d'abord ordinairement dans un bras et qui se propagent petit à petit à toutes les extrémités. Après plusieurs semaines ou des mois, succèdent des paralysies et des atrophies musculaires, prétendument encore des convulsions épileptiformes et de la fièvre. On ne possède aucun détail sur les altérations anatomiques.

Paramyoclonus multiple (myoclonie). Ce terme a été employé tout d'abord par FRIEDREICH pour désigner un cas morbide observé par lui et qui consistait en crampes cloniques affectant des groupes musculaires symétriques (aux bras et aux jambes) et se déclarant par accès sans être accompagnées de troubles du sensorium. En même temps il y avait une notable exagération des réflexes tendineux. Des cas semblables ont plus tard été signalés en assez grand nombre, et on a confondu incontestablement avec eux des états morbides tout à fait différents. Nous ne pouvons considérer comme le paramyoclonus vrai, c'est-à-dire comme maladie spécifique *sui generis*, que ces cas dans lesquels les contractions se déclarent

d'une *manière fulgurante dans quelques muscles* et parfois sans produire de mouvement visible. Le plus fréquemment ce sont des muscles du tronc et des extrémités qui sont atteints. Cet état morbide particulier est d'une part très étroitement apparenté à la chorée *électrique* dont il a été question tout à l'heure, tandis que d'autre part, d'après notre expérience propre, il a des rapports très intimes avec les différentes formes de *tic convulsif* (crampe clonique de la face, crampe clonique de l'accessoire). — *Toute une série* de cas décrits comme étant du myoclonus ou du paramyoclonus doit d'ailleurs être mise sur le compte de l'*hystérie* (v. y).

CHAPITRE TROISIÈME.

PARALYSIE AGITANTE.

(*Maladie de Parkinson.*)

Étiologie. Les causes de cette affection insolite que PARKINSON a décrite le premier en 1817 sous le nom de « *Shaking palsy* », sont encore obscures. La maladie évolue d'ordinaire d'une façon insidieuse et sans qu'on puisse remonter à une origine appréciable. Elle atteint le plus souvent des *personnes âgées* ; avant 35 à 40 ans elle est très rare. Le *sex* semble n'avoir aucune influence sur son développement. Il est vrai qu'il existe quelquefois une *prédisposition héréditaire* aux névroses ; cependant dans la paralysie agitante cette *prédisposition* est moindre que dans beaucoup d'autres maladies nerveuses (épilepsie, etc.). On a parfois signalé comme *cause occasionnelle* particulière, les *refroidissements*, les *émotions morales* vives, les *traumatismes* (choc, chute, blessures, etc.). BERGER mentionne deux cas où les premiers symptômes de la maladie se sont déclarés *consécutivement à une affection aiguë* (typhus abdominal).

Symptômes et marche morbide. *Deux symptômes* surtout caractérisent la paralysie agitante : d'abord des symptômes particuliers d'excitation motrice qui se montrent sous forme de *tremblements*, et puis un état de *rigidité et de raccourcissement persistant de certains muscles*, lequel donne lieu à une série de troubles moteurs d'un genre spécial.

Le *tremblement* est ordinairement le premier symptôme dont les malades s'aperçoivent. Commencant aux mains et surtout à la *main droite*, il s'étend progressivement au bras et à la jambe du même côté, puis au bras et à la jambe du côté opposé, jusqu'à ce que, dans les cas confirmés, le corps tout entier soit secoué par une incessante trémulation. Ce trémulus a