

apportent toujours la distraction, et avec elle quelques instants de bien-être.

Voilà ce qu'il sera bon de répéter aux personnes de l'entourage des Parkinsoniens, et, loin de condamner les malades à la retraite, il faut les engager à accepter toutes les distractions qui peuvent leur être offertes.

Un Parkinsonien qui reçoit une bonne nouvelle, qui, triomphant de sa peur du ridicule, passe une journée en agréable compagnie, ou assiste à un spectacle nouveau et séduisant, éprouve toujours une amélioration plus ou moins durable. On ne saurait trop multiplier ces moments d'accalmie, et c'est à ce titre surtout que les voyages sont recommandables.

Par contre, ces malades ressentent cruellement les fâcheux effets des chagrins et des contrariétés. Les émotions et les fatigues de toutes sortes leur sont particulièrement pénibles. D'où le conseil de leur éviter le plus d'ennuis possible et de ne pas outrepasser la limite de leurs forces dans les promenades et les voyages qu'ils entreprendront.

Ces remarques s'appliquent à un nombre de cas beaucoup plus grand qu'on ne le croit en général. Il en est d'autres cependant où les troubles psychiques revêtent une forme franchement vésanique. Les idées de doute et les idées mélancoliques sont les plus fréquentes, elles peuvent devenir l'origine d'un véritable délire. Quelques malades ont même des idées de suicide. Mais ces tendances sont rendues irréalisables par la difficulté que les sujets éprouvent à mettre leur projet à exécution. Aussi n'est-on guère obligé d'enfermer les Parkinsoniens atteints de troubles vésaniques.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DES CHORÉES ARYTHMIQUES

PAR

M. LANNOIS

Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Lyon.

I

Considérations générales.

Dans une communication au 1^{er} Congrès de médecine de Lyon¹, j'ai indiqué quelle me paraissait être, à l'heure actuelle, la classification possible des diverses variétés de chorée arythmique. Je la rappellerai brièvement en tête de cette étude.

Les chorées arythmiques peuvent être divisées en trois groupes.

Le premier est constitué par la *chorée de Sydenham* et ses diverses modalités cliniques bien connues, la chorée molle, la chorée de la grossesse et peut-être aussi la chorée des vieillards dont les cas doivent d'ailleurs être rares et ont été le plus souvent le résultat d'une confusion avec les chorées chroniques progressives ou les chorées symptomatiques de lésions cérébrales. C'est le groupe le plus important.

Le deuxième est constitué par des chorées survenant chez l'adulte ou même à un âge avancé et dont l'évolution lente

1. LANNOIS. — 1^{er} Congrès de médecine, Lyon, 1894, et *Revue neurologique*, 1895.

est continue et fatalement progressive : ce sont les *chorées chroniques progressives* qui comprennent une forme dans laquelle il n'y a pas d'hérédité similaire et une autre dans laquelle l'hérédité similaire joue un rôle capital (chorée de Huntington).

Le troisième groupe se distingue des deux précédents par l'existence de lésions macroscopiques évidentes du système nerveux : ce sont les chorées symptomatiques. Il comprend lui-même plusieurs divisions : hémichorée et hémithétose, chorées généralisées symptomatiques par lésions cérébrales plus ou moins diffuses ; chorée congénitale et athétose double. Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le répéter, je ne fais pas de distinction fondamentale entre la chorée dite congénitale et l'athétose double, qui doivent être rattachées au groupe des diplégies cérébrales et ne diffèrent que par la localisation des mouvements anormaux.

Je laisserai de côté la chorée hystérique et ses diverses variétés, chorée rythmée, chorée épidémique, qui seront mieux traitées au chapitre concernant la grande névrose

II

Chorée de Sydenham.

A. — NOTIONS PATHOGÉNIQUES.

La nature de la chorée de Sydenham, qu'il serait si utile de connaître pour donner au traitement une base solide, a donné lieu à de nombreuses discussions qui sont loin d'être closes, puisque les opinions les plus diverses sont encore soutenues à son sujet. Un certain nombre des théories qu'elle a fait naître ne nous arrêteront pas : telle la théorie anatomique pure qui invoque des lésions dont la variété même annule la valeur (Triboulet), et dont la cause reste d'ailleurs à élucider. Telle la théorie réflexe, purement hypothétique, que le point de départ en soit placé dans l'endocarde ou dans les nerfs

sensitifs et les points douloureux décrits par Triboulet père. Telle encore la théorie dyscrasique, en tant que limitée à l'hypoglobulie, qui était beaucoup trop étroite et prenait pour une cause ce qui n'était qu'un effet.

La *théorie rhumatismale* a paru longtemps la plus solidement établie. Mise en lumière par le mémoire classique de G. Sée (1850) et les travaux de H. Roger, elle est encore admise aujourd'hui par Cadet de Gassicourt, J. Simon, Potain, Sevestre, Sanné, etc., et il n'est pas rare de trouver dans les journaux anglais ou américains de véritables plaidoyers en sa faveur. On sait qu'elle est basée sur la coexistence du rhumatisme et de la chorée, la fréquence des antécédents rhumatismaux, la forte proportion des accidents cardiaques (jusqu'à 80 p. 100 d'après J. Simon) chez les choréiques, etc. Mais même pour les partisans les plus déterminés de la théorie, il est des cas où le rhumatisme fait défaut. Si G. Sée a pu dire que sur deux chorées, il en est une qui dépend du principe rhumatismal, si Roger a admis que tout enfant rhumatisant est sous le coup d'une chorée et inversement, on voit, au contraire, Steiner ne trouver que 4 cas de rhumatisme aigu sur 252 cas de chorée ; Comby n'observer le rhumatisme que 5 fois sur 90 cas, Leroux 2 fois sur 162, etc. Comby a rassemblé des statistiques où la proportion s'abaisse à 1 p. 50 ; la statistique lyonnaise de Perret et Devic plaide dans le même sens. Tout en admettant avec Raymond que le rhumatisme se traduit moins souvent chez l'enfant que chez l'adulte par des manifestations articulaires, il est évident que ces statistiques enlèvent au rhumatisme, vis-à-vis de la chorée, le rôle de cause univoque.

La *théorie nerveuse*, celle de la chorée-névrose, déjà indiquée par Pinel, a été surtout précisée par Charcot et par Joffroy. Charcot ne croyait pas à la chorée rhumatismale, c'est-à-dire à la possibilité de considérer la chorée comme un équivalent dans les centres nerveux de l'affection articulaire ou des localisations viscérales du rhumatisme. Il répétait souvent que le rhumatisme est fréquent chez les hystériques et dans leurs