

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

antécédents et que cependant on n'accolait pas à l'hystérie l'épithète de rhumatismale. Joffroy est plus affirmatif encore. Pour lui, la chorée est une névrose cérébro-spinale d'évolution ou de croissance : c'est la manifestation (à l'occasion du rhumatisme, d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde ou d'une émotion) d'un développement anormal du système nerveux par le fait d'une dégénérescence. Mais la théorie nerveuse est impuissante à elle seule à rendre compte de tous les faits : la marche presque cyclique de la maladie, l'existence possible de la fièvre, les lésions cardiaques et les manifestations articulaires, lui échappent ou ne sont expliquées que par des analogies et des assimilations peu convaincantes.

Aussi la *théorie infectieuse* a-t-elle pris récemment une place prépondérante. En outre des manifestations cliniques ci-dessus qu'elle explique bien, la théorie infectieuse repose sur ce fait que la chorée se développe souvent à la suite de maladies aiguës, dothiéntérie, fièvres éruptives, surtout scarlatine et rougeole, pneumonie, fièvre intermittente, etc. Le rhumatisme reprend ici la place légitime qui lui est due. Les observations de ce genre, d'abord isolées, ne furent estimées à leur réelle valeur que lorsque des recherches parallèles eurent montré l'importance de l'étiologie infectieuse dans d'autres maladies du système nerveux, épilepsie, hémiplegie cérébrale infantile, sclérose en plaques (Marie), maladies mentales (Pierret). Exposée par Saquet dans une bonne thèse (1885), adoptée par Strümpell et par Möbius, la théorie de l'infection n'a cessé de gagner du terrain, comme on peut s'en rendre compte en lisant la thèse de Triboulet fils (1893), qui marque une date dans l'histoire pathogénique de la chorée. Il semble d'ailleurs qu'il n'y ait pas lieu de rechercher un microbe spécial à la chorée comme l'a fait Pianese, puisque les maladies aiguës les plus diverses se rencontrent au point de départ et que les recherches bactériologiques sur le sang des choréiques à la période d'état n'ont donné que des résultats contradictoires. Au reste, l'évolution qui s'est faite dans la pathologie générale microbienne amène à penser que les agents infectieux

agissent, pour produire la chorée, par les toxines qu'ils sécrètent : on sait que plusieurs observateurs, et notamment Courmont et Rodet, ont pu déterminer des mouvements choréiques avec les toxines précipitées par l'alcool dans les cultures de staphylocoques. En dernière analyse, avec la théorie infectieuse, on arrive à cette notion que la chorée est la réaction d'un système nerveux prédisposé contre une intoxication d'origine microbienne.

Même ainsi élargie par les emprunts faits aux deux théories qui l'ont précédée, la théorie infectieuse reste un peu étroite, puisqu'un certain nombre de faits lui échappent. C'est que toujours, en médecine, la vérité n'est pas dans les idées exclusives et qu'il faut aller aux conceptions les plus larges et les plus compréhensives : pour ne citer qu'un exemple, les travaux de Bouchard et de Lépine l'ont bien montré pour l'urémie. C'est la *théorie toxique* qui nous paraît le mieux répondre à la réalité des faits et à leur généralité : lorsque les toxines d'origine infectieuse, extérieures, pourrait-on dire, font défaut, c'est à une auto-intoxication que l'on a affaire. Il en est ainsi dans la chorée de la grossesse, qui a longtemps passé pour le type le plus net de la chorée réflexe (Axenfeld) et dans laquelle l'intoxication se fait en partie par les produits de déchet du fœtus que la mère doit résorber et éliminer. Les émotions vives, les frayeurs, que l'on trouve si souvent comme étiologie, déterminent des modifications brusques du chimisme général et des troubles vaso-moteurs intenses qui expliquent suffisamment des résorptions massives de produits toxiques. L'auto-intoxication ne se comprend pas moins facilement avec les troubles de la nutrition qui accompagnent une croissance corporelle trop hâtive, l'époque de la puberté, la lactation, etc. Mais il va de soi que ces intoxications diverses n'agiront que sur des neurones moteurs préparés par l'hérédité, l'arthritisme (Charcot), l'évolution ou la dégénérescence (Joffroy), de sorte que l'on peut répéter une fois de plus que la chorée est la réaction particulière d'un système nerveux moteur dégénéré ou en évolution contre une *intoxication*.

B. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

1° La diversité des conditions étiologiques que nous venons d'énumérer, le caractère encore hypothétique de la plupart d'entre elles, permettent d'affirmer que le traitement spécifique de la chorée n'existe pas. La phrase si souvent citée de Bouteille qui écrivait en 1810 : « Un remède qui guérirait tous les sujets atteints de chorée est une chimère », est encore vraie aujourd'hui : c'est en somme à l'empirisme que nous devons d'avoir isolé de la foule des médicaments proposés les rares remèdes qui peuvent rendre de réels services.

Un grand nombre de ces remèdes sont tombés dans l'oubli et nous n'avons pas la prétention de les énumérer tous. Sydenham et les médecins qui l'ont suivi cherchaient à éliminer les humeurs peccantes par la saignée et les purgatifs. Bouteille préconisait les *révulsifs* cutanés et intestinaux : il voyait surtout dans la purgation un moyen de calmer l'agitation des malades. *Multa renascentur!*... Les théories humorales, renouvelées de nos jours sous une autre forme, devaient faire renaître les anciennes médications du XVIII^e siècle : les évacuants devaient retrouver des partisans et récemment Solles (de Bordeaux) a préconisé les purgatifs répétés tous les jours pour éliminer les toxines microbiennes circulant dans le sang par des spoliations intestinales fréquentes. Dans le même but il donne de l'*iodure de potassium* pour exagérer les sécrétions glandulaires.

Le contro-stimulisme de Rasori devait nécessairement appliquer l'*émétique* au traitement de la chorée. Laennec en a vanté les résultats favorables et plus tard Gillette a précisé les règles de son emploi de façon à établir la tolérance. Bouley et Marotte ne se préoccupaient même pas de cette question et donnaient de suite une dose de 0^{gr},50 qui, par les vomissements et la diarrhée provoqués, devaient certainement déterminer une profonde dépression nerveuse. Raymond range dans la même catégorie d'autres vomitifs et notamment le

faux narcisse qui provoque le vomissement et le dégoût.

C'est à une tout autre idée qu'obéissait Trousseau en préconisant la *strychnine*. La chorée est caractérisée par des contractions cloniques : Trousseau voulait les transformer en contractions toniques, fatiguer le muscle et par là résoudre le spasme. Il donnait des doses très élevées puisque, partant de 1/2 milligramme, il allait jusqu'à 0^{gr},05 et 0^{gr},06 et même plus de sulfate de strychnine sous forme de sirop : il s'arrêtait lorsqu'il y avait de la raideur de la nuque. Malgré la prudence avec laquelle on opère, il n'est pas rare de voir des accidents avec cette méthode. Aussi est-elle proscrite par Bouchut, Rilliet et Barthez, Sée, etc. En usant de doses plus modérées, et en en surveillant strictement l'emploi, la strychnine pourrait cependant rendre des services dans quelques cas et notamment lorsqu'il y a des phénomènes paralytiques.

Le *sulfate d'aniline*, dont l'action à doses fortes est analogue à celle de la strychnine, a été vanté par Turnbull. Signalons aussi le curare dont l'action spéciale sur les muscles a été utilisée par quelques médecins anglais sous forme d'injections hypodermiques.

2° Le *traitement étiologique* est le plus souvent de peu d'importance. Dans quelques cas on a pu faire disparaître les mouvements choréiques par le traitement de vers intestinaux, d'un phimosis ou d'accidents dentaires. Stevens, qui attribue la chorée à des perturbations nerveuses en rapport avec des troubles de la réfraction oculaire, dit avoir obtenu des guérisons en traitant la myopie. Dans ces cas l'étiologie est plus complexe qu'elle ne paraît : l'hystérie peut y jouer un rôle de même que la suggestion.

Ce sont surtout les rapports de la chorée et du rhumatisme qui semblaient devoir donner l'indication la plus précise. G. Sée et surtout Dresch (de Foix) ont vanté les bons effets du *salicylate de soude*. Dans un mémoire paru en 1890, Dresch le préconise pour solubiliser les déchets organiques et comme agent nervin. Il l'administre à la dose de 4 grammes par jour

(chez un enfant de douze ans), par petites fractions diluées dans beaucoup d'eau, pendant huit à dix jours ; son traitement n'est d'ailleurs pas exclusif et comporte le séjour au lit, le régime lacté, des précautions hygiéniques, etc. Il faut reconnaître que, le plus souvent, l'échec du salicylate de soude est complet ; ceci s'explique surtout par le fait que la chorée, ainsi que le disait Charcot, n'est pas une affection rhumatismale, mais seulement, comme dirait Fournier, une affection para-rhumatismale.

Dans le même ordre d'idées, l'*exalgine* a été préconisée par Moncorvo et par Dana, mais Dujardin-Beaumetz, qui s'est beaucoup occupé de ce médicament, dit n'avoir obtenu que des résultats presque nuls de son emploi dans la chorée.

Tout récemment, P. Marie a dit avoir guéri rapidement un cas de chorée par le *salophène* (composé d'acide salicylique et d'acétoparamidophénol) et son élève Huot a également rapporté un cas favorable.

3° La difficulté d'apprécier la valeur des médicaments qu'il nous reste à passer en revue provient tout d'abord de ce fait que la chorée, comme nous l'avons déjà dit, est une maladie à évolution à peu près cyclique, tendant naturellement à la guérison. Aussi est-il très facile d'attribuer à l'action du remède prescrit ce qui n'est, en réalité, que le résultat de l'évolution de la maladie.

D'un autre côté, l'intensité de la chorée est loin d'être toujours la même, les formes sont bénignes, moyennes ou graves, par suite la durée fort variable. La durée moyenne est de deux à quatre mois, dit Raymond, c'est-à-dire varie du simple au double. Moynier a jadis affirmé que la chorée était plus courte chez les filles (33 à 37 jours) que chez les garçons (75 à 80). Si on additionne les chiffres de G. Sée, Roger, Cadet de Gassicourt, d'Espine et Picot, on voit que la durée moyenne est de soixante-douze jours. Or, les médications les plus réputées, d'après les chiffres relevés dans la thèse récente de Changeux (1893), donnent, en moyenne, quarante-six jours de maladie pour l'antipyrine, après élimination des cas où le médicament

n'a donné aucun résultat, cinquante-cinq jours pour le chloral et quarante-six jours pour l'arsenic.

Mais la durée plus ou moins modifiée ne doit pas être le seul élément d'appréciation, car il faut compter avec l'allure générale de la maladie et l'atténuation de certains symptômes graves ou pénibles. Les médicaments qui peuvent rendre des services, soit à ce point de vue, soit en fortifiant l'organisme, peuvent être divisés avec Oulmont en deux grandes classes : ceux qui s'adressent au système nerveux (médicaments nervins et hypnotiques) ; ceux qui s'adressent à l'état général (médication tonique, traitement externe et hygiène).

1° Médicaments nervins.

Le *sulfate de quinine*, dont l'action comme médicament nervin est bien connue (Laborde, Lépine), avait été recommandé par Magendie, mais est aujourd'hui bien délaissé : les Américains, et notamment Dorland, l'ont récemment préconisé à nouveau comme excitant le pouvoir d'inhibition de la moelle.

Le *bromure de potassium*, d'abord employé par Gubler, vanté par Jaccoud, Vulpian, Raymond, etc., rend des services par son action sédative bien connue sur le système nerveux. Il semble surtout actif chez les adolescents où il existe quelques stigmates plus ou moins accusés d'hystérie (Dujardin-Beaumetz). A. Ollivier l'a recommandé dans les cas où il y a des troubles cardiaques et Jaccoud dans les chorées gravidiques : il doit être donné à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Toutefois Cadet de Gassicourt et d'Heilly, sans dédaigner absolument son action calmante, en sont peu partisans ; Steiner et Ziemssen regardent son action comme nulle et Seguin va même jusqu'à dire qu'elle est nuisible. Sans réussir dans tous les cas, il peut rendre des services à condition d'en surveiller l'emploi afin d'éviter les accidents de bromisme.

L'*antipyrine*, préconisée par Wolner et par Legroux, compte aujourd'hui de nombreux partisans. Elle est le médicament de choix dans les cas où l'étiologie rhumatismale est franche. Legroux a publié des observations de guérison en 6 à 8 jours

et il donne comme moyenne 19 jours. La statistique de Leroux est cependant moins favorable: sur 60 cas, 41 succès seulement ont été obtenus dont 19 en 21 jours, 7 en 43 jours et le reste en 49 jours, ce qui fait en somme une durée moyenne de 45 jours, sans compter les 19 cas où l'antipyrine n'a donné aucun résultat. Certains auteurs, Ollivier, Descroizilles, s'en déclarent peu partisans. Oulmont la regarde comme indiquée dans les cas graves et comme moins efficace dans les cas moyens.

Legroux prescrivait l'antipyrine à la dose de 3 grammes par jour. J. Simon donne le premier jour 1 gr. 50 en trois cachets et augmente progressivement les jours suivants de façon à atteindre 4 grammes en vingt-quatre heures. C'est la dose la plus fréquemment employée. Eskridge préconise le repos au lit et l'antipyrine, il donne après les repas autant de grains (6 centigr. 5) que l'enfant a d'années et augmente d'un grain les jours suivants. Il termine par l'usage de la liqueur de Fowler à doses croissantes: les lésions valvulaires ne lui paraissent pas une contre-indication absolue, mais seulement la dilatation du cœur.

En règle générale, l'antipyrine est bien supportée, même aux doses élevées de 7 à 8 grammes auxquelles est arrivé Moncorvo; cependant, là encore, il faut surveiller l'emploi du médicament, car on a pu observer des troubles digestifs et des éruptions cutanées (Leroux), une augmentation des mouvements et même de l'anurie (Changeux chez une petite malade de Comby). Quoi qu'il en soit, l'antipyrine reste actuellement un des médicaments actifs à utiliser dans la chorée; Dujardin-Beaumez recommande d'augmenter son action en l'associant aux hypnotiques.

Nous avons déjà vu qu'on a employé l'*exalgine* comme succédané de l'antipyrine. Dans le même ordre d'idées on a utilisé l'*acétanilide*, la *phénacétine*, la *lacto-phénine*, etc.

La *valériane*, employée par Gendrin et par Bouteille, n'a donné que des insuccès. Notons seulement pour mémoire la *ciguë*, le *cimicifuga racemosa*, la *belladone*, etc. Ont égale-

ment échoué l'*asa-fœtida*, le *camphre*, le *musc*, le *castoréum*. Les sels de zinc et notamment le *valérianate de zinc*, l'*oxyde de zinc* associé au bromure (Voisin), ne méritent qu'une mention. Goodhart vante encore le sulfate de zinc à doses élevées.

La *fève de Calabar* a été préconisée par les médecins anglais, et l'*ésérine* par Bouchut, mais l'emploi de ce dernier alcaloïde est proscrit par Gubler et par Cadet de Gassicourt en raison des phénomènes d'intoxication auxquels il donne lieu; on l'a aussi accusée de produire des phénomènes paralytiques (Filatoff). L'*hyoscyamine* a été préconisée par Oulmont à doses élevées (jusqu'à 20 milligrammes), mais est aujourd'hui abandonnée dans le traitement de la chorée vulgaire. Plus récemment Magnan s'est servi dans les cas graves du *chlorhydrate d'hyoscine* en injections hypodermiques. Ce médicament, qui paraît de quelque utilité dans les chorées chroniques, ne m'a rien donné dans la chorée de Sydenham. En tout cas, la dose de 1 milligramme injectée par Magnan est beaucoup trop forte et donne lieu à des accidents: il ne faut pas injecter plus de 2 dixièmes de milligramme à la fois.

Me basant sur l'action d'arrêt exercée par les maladies infectieuses sur l'épilepsie et la chorée, action que j'attribue non à la fièvre, mais aux toxines microbiennes, j'ai traité quelques cas de chorée avec des *injections sous-cutanées de cultures filtrées de staphylocoques* et obtenu des résultats encourageants. La tentative mérite d'être continuée avec des produits solubles microbiens ou avec le sérum anti-streptococcique.

2° Médicaments hypnotiques.

S'il était indiqué de s'adresser aux antispasmodiques pour calmer l'excitabilité du système nerveux, il ne l'était pas moins d'utiliser les médicaments qui font dormir, pour éviter aux petits malades une agitation incessante, puisque le sommeil fait disparaître les mouvements anormaux.

Dans ce but, Trousseau prescrivait l'*opium*, dont il donnait