

Mais il est des cas où ces stigmates n'existent pas, où l'hystérie ne se manifeste que par un seul symptôme dont la nature reste douteuse, par exemple une attaque d'apoplexie, une monoplégie brachiale, une hémiplégie; c'est ce qu'on appelle l'*hystérie mono-symptomatique*. — L'étuve attentive de ce symptôme finira par déceler quelque'un des caractères que nous avons signalés comme propres aux paralysies, aux contractures, aux anesthésies hystériques; ou bien les conditions particulières qui ont présidé à son apparition (traumatisme, émotion, chagrin, déception), la notion de crises convulsives antérieures, l'influence de la suggestion ou de la métallothérapie, un état mental singulier, mettront sur la voie du diagnostic.

Le diagnostic différentiel, basé sur ces données, doit être fait : 1° avec les divers états convulsifs (épilepsie, p. 310); 2° avec la plupart des affections organiques du système nerveux, diffuses ou systématisées, car toutes sont susceptibles d'être simulées par l'hystérie : hémiplégie par hémorragie et ramollissement cérébral, méningites, tumeurs, myélite avec paraplégie, syringomyélie, sclérose en plaques, goitre exophtalmique névrites périphériques; 3° avec d'autres affections organiques : mal de Pott, coxalgie, ulcère rond, etc.

§ 4. — ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'hystérie ne comporte pas un pronostic grave *quoad vitam*, bien qu'on ait vu exceptionnellement la mort survenir pendant une crise convulsive; mais elle peut devenir la source d'infirmités persistantes, telles que des contractures ou des paralysies, qui dureront parfois des années. D'une façon générale, les manifestations hystériques ont d'autant moins de chances de guérir qu'elles sont moins invétérées.

§ 5. — TRAITEMENT

Le traitement de l'hystérie est fort délicat et nécessite une étude approfondie du caractère de chaque malade. Les toniques, l'hydrothérapie, l'exercice et les distractions en constituent la

base. Contre les accidents hystériques, tels que les paralysies ou les contractures, il faut lutter par des moyens qui frappent l'imagination des malades : ainsi agissent les aimants, l'électricité statique, la faradisation. La suggestion hypnotique ou la suggestion à l'état de veille sont très fréquemment indiquées. Il est parfois nécessaire d'isoler les malades, de les soustraire à leur milieu habituel. Le bromure de potassium, excellent dans les crises épileptiques, n'a aucune action sur l'hystérie.

ARTICLE III

CHORÉE

La chorée (de *chorea*, danse) est caractérisée par des mouvements désordonnés, involontaires des membres. Nous n'aurons en vue dans cette description que la chorée de SYDENHAM : mais on trouvera à propos du diagnostic quelques notions sur les autres chorées.

1° **Étiologie.** — La chorée est une affection de la seconde enfance : c'est entre six et onze ans que s'observent presque tous les cas. Les maladies aiguës, et surtout le *rhumatisme* articulaire aigu, la coqueluche, l'érysipèle et les *fièvres éruptives*, toutes les causes débilitantes, notamment la chlorose et la scrofule, enfin les émotions morales vives, la frayeur sont les principales causes immédiates de la chorée. Elles n'agissent en général que sur un terrain prédisposé par l'hérédité névropathique. — La chorée survient quelquefois chez les adultes; enfin il existe une chorée des femmes enceintes tout à fait comparable à celle des enfants.

2° **Symptômes.** — La maladie débute par une irritabilité du caractère et une agitation anormale, ou au contraire par de l'abattement. Le sommeil est interrompu, l'appétit nul ou capricieux; il y a de la constipation. Des douleurs vagues dans les

muscles des membres ou du dos précèdent souvent les troubles moteurs.

Les mouvements choréiques se produisent progressivement, ils débutent dans un grand nombre de cas par le membre supérieur gauche, mais se généralisent assez rapidement. Les membres sont dans une agitation presque continuelle, à cause de ces grands mouvements involontaires qui se produisent avec brusquerie, interrompent les mouvements volontaires ou en gênent la direction. La démarche même est vacillante ; le petit malade lance ses jambes à droite et à gauche ; debout, il ne peut rester immobile et semble dans une instabilité perpétuelle. Le côté gauche est plus agité que le droit, mais il est exceptionnel que les mouvements soient absolument limités à un côté du corps (*hémichorée*).

La face n'est pas épargnée : elle est grimaçante ; les commissures labiales se dévient alternativement, le maxillaire s'abaisse, les yeux roulent dans tous les sens, quelquefois même la langue est successivement projetée au dehors et retirée, la parole est interrompue ou saccadée. Il y a des mouvements expiratoires convulsifs, une toux aboyante ou chorée du larynx.

Quelques autres troubles nerveux accompagnent la chorée : hyperesthésie des téguments, diminution de l'attention, dépression intellectuelle, affaiblissement de la mémoire, etc. Dans les formes graves de la chorée, il y a du délire, des hallucinations et même de la manie aiguë.

Les *troubles cardiaques*¹ sont fréquents. Le cœur est accéléré ; les malades éprouvent souvent des palpitations et l'auscultation peut faire entendre un souffle systolique de la pointe. Ces troubles cardiaques ne reconnaissent pas toujours la même cause : tantôt il s'agit d'une endocardite infectieuse, tantôt d'une endocardite rhumatismale (Trousseau, G. SÉE, ROGER), qu'on voit se développer au cours même de la chorée, surtout pendant la première attaque, et qui évolue comme toutes les lésions cardiaques organiques, en produisant le plus souvent une insuffisance mitrale ; tantôt il s'agit de souffles anémiques (Despine et Picot), suscep-

¹ Moirhy, Thèse de Paris, 1892.

tibles de disparaître sous l'influence d'un traitement approprié ; tantôt, enfin, il s'agit réellement de troubles d'origine nerveuse. On admet, en effet, que le muscle cardiaque peut être frappé par la névrose au même titre que les muscles de la vie de relation. J. SIMON, ROMBERG ont vu survenir, pendant la chorée, une arythmie cardiaque très variable d'un jour à l'autre et disparaissant avec les autres troubles musculaires. Cette arythmie s'accompagne parfois de souffles plus difficiles à interpréter : on a invoqué soit une fatigue et une parésie des piliers musculaires tenseurs des valvules (STURGES), soit un spasme ou des contractions irrégulières de certaines parties du cœur (HASSE), hypothèse assez en désaccord avec ce que nous savons de la physiologie du muscle cardiaque dont les diverses parties ne peuvent se contracter isolément, soit enfin une dilatation du ventricule sous l'influence de l'excitation du pneumo-gastrique (FRANÇOIS-FRANCK).

3° Évolution et pronostic. — La chorée se prolonge pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois. A la longue, les mouvements finissent par s'atténuer et disparaître complètement, ou bien ils se localisent dans quelques muscles, principalement ceux de la face ou des yeux. L'affection peut passer à l'état chronique, même généralisée ; elle laisse souvent après elle un état mental bizarre.

Dans des cas heureusement très rares, l'agitation devient de plus en plus forte ; elle s'accompagne de délire, d'hallucinations et d'insomnie, de spasme du diaphragme ; la parole est intelligible, la fièvre atteint un degré très élevé, enfin la mort survient dans la prostration et le coma. Cet état de mal choréique n'est pas sans analogie avec l'état de mal épileptique. L'autopsie ne montre qu'une congestion diffuse du cerveau et des méninges, d'ailleurs inconstante.

Plus souvent la mort¹ est le résultat d'une complication. Les *complications cardiaques* se montrent de préférence à la fin de la

¹ GUILLEMET, *Mort dans la chorée de Sydenham*, Thèse de Paris, 1892.

deuxième semaine ou commencement de la troisième, ce sont : la myocardite, la péricardite et surtout l'*endocardite* qui est particulièrement fréquente ; on trouve souvent, en effet, des végétations valvulaires à l'autopsie des choréiques. Cette endocardite peut être la cause d'une embolie cérébrale mortelle avec paralysies, aphasies ou coma. La mort par asystolie est plus rare et toujours tardive.

La mort peut encore résulter d'une hémorragie cérébrale, d'une infection généralisée (septicémie, phlegmon, érysipèle, etc.), ou d'une localisation quelconque du rhumatisme dans le cas de chorée rhumatismale. La mort subite s'observe soit dans les cas d'intensité extrême, soit dans les formes cardiaques, soit consécutivement à une embolie cérébrale.

4° Variétés. — Dans la *chorée molle* ou paralytique, les membres pendent flasques et inertes ; la marche et quelquefois les mouvements des membres supérieurs sont impossibles et cependant les mouvements involontaires persistent sous la forme de secousses de faible amplitude.

La *chorée électrique* (DUBINI) consiste dans des contractions très brusques et rythmiques, analogues à des secousses électriques.

La *chorée de Huntington* est une chorée d'emblée chronique, héréditaire, survenant chez des adultes et des vieillards, et accompagnée d'un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. CHARCOT la considère comme étant de même nature que la chorée vulgaire ; pour LANNOIS, c'est une affection spéciale.

Il existe aussi une *chorée des femmes enceintes* : c'est habituellement une chorée intense avec participation des muscles du pharynx et troubles respiratoires ; les mouvements choréiques sont augmentés par la pression de l'utérus et les mouvements du fœtus. Dans le plus grand nombre des cas la maladie dure jusqu'à la fin de la grossesse et disparaît à ce moment.

5° Diagnostic. — On évitera de confondre la chorée :

a. Avec l'*hémichorée* pré ou post-hémiplégique : la première

fait suite à l'apoplexie, la deuxième ne se montre qu'au bout de quelques semaines quand la paralysie tend à rétrocéder. Unilatérales l'une et l'autre, parfois accompagnées d'athétose, elles sont attribuables à une lésion de la capsule interne ou de son voisinage.

b. Avec la *chorée congénitale*, tantôt flaccide, tantôt accompagnée de contractures : dans ce dernier cas on constate la raideur des membres, surtout des membres inférieurs (syndrome de Little) due à la lésion ou à l'agénésie des faisceaux pyramidaux.

c. Avec les *chorées généralisées* symptomatiques, c'est-à-dire les mouvements choréiques susceptibles d'accompagner la maladie de Friedreich et certains cas de paralysie générale, de tumeurs cérébrales ou de méningite. Ces trois premières catégories de cas, à cause de leurs lésions anatomiques grossières sont désignées sous le nom d'ensemble de *chorées symptomatiques*.

d. Avec la *chorée hystérique*, quelquefois arythmique, mais le plus souvent rythmique et consistant alors dans des accès de mouvements rythmés, rotatoires ou saltatoires ; son début est brusque ; on note la coexistence fréquente des stigmates de la névrose et l'influence de la suggestion.

e. Avec la *maladie des tics*, dont les mouvements ordinairement limités à la face et aux muscles des épaules sont plus coordonnés, moins illogiques que ceux de la chorée et remarquables par leur instantanéité. Ces mouvements seraient susceptibles d'être momentanément arrêtés sous l'influence de la volonté ; ils coïncident parfois avec l'émission d'un son (hem ! hem !) ou plus rarement avec la répétition d'un mot ordurier, toujours le même pour chaque malade (coprolalie). La maladie des tics s'accompagne en outre souvent de troubles mentaux bien spéciaux : idées fixes, phobies, folie du doute, arithmomanie, onomatomanie. La répétition d'un mot prononcé devant le malade (écholalie) ou d'un mouvement accompli devant lui (échomatisme) n'est pas aussi fréquente et peut d'ailleurs s'observer dans d'autres états pathologiques.

f. Avec l'*athétose*, dont les mouvements sont beaucoup plus

lents, analogues à des mouvements de reptation et n'intéressent presque que les extrémités (doigts ou orteils).

g. Avec le *paramyoclonus multiplex*, qui consiste soit en des mouvements cloniques très rapides non cordonnés, siégeant sur les muscles inférieurs, principalement sur le muscle triceps crural, soit dans une raideur tétanique des muscles, soit encore dans des contractions fasciculaires incapables d'imprimer des mouvements aux leviers osseux ;

h. Avec le *tic de Salaam* qui consiste en mouvements très rapides et répétés de flexion et d'extension de la tête sur le cou, ou de rotation de la tête, survenant seulement pendant la première enfance, sous forme d'accès souvent accompagnés de mictions involontaires, ce qui les rapproche de l'épilepsie.

i. Avec l'incoordination des ataxiques ou des cérébelleux.

6° Anatomie pathologique — Les lésions du système nerveux rencontrées à l'autopsie des choréiques sont variables et inconstantes. Elles consistent surtout en un état congestif du cerveau et des méninges avec petits foyers d'hémorragie ou de ramollissement et dans une accumulation de cellules rondes dans les espaces périvasculaires. FLECHSIG et WOLLENBERG ont trouvé autour des vaisseaux des corpuscules ovoïdes, réfringents, qui ne sont probablement autre chose qu'une sorte de dégénérescence hyaline. Ces lésions diverses siègent dans la pie-mère, l'écorce cérébrale, le noyau lenticulaire et le faisceau pyramidal ; elles offrent la plus grande analogie avec les lésions banales produites dans les centres nerveux par les maladies infectieuses. BALZER a vu des altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle et TURNER la tuméfaction des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale.

Dans le plus grand nombre des cas, l'autopsie ne montre aucune lésion appréciable. Il va sans dire que ces résultats négatifs concernent seulement la chorée de Sydenham. Dans l'hémichorée, dans la chorée congénitale, on trouve au contraire des altérations grossières des centres nerveux (tumeurs ou hémorragies au voisinage de la capsule interne, sclérose cérébrale, porencéphalie, méningo-encéphalite diffuse, etc.).

7° Pathogénie. — Les théories proposées pour expliquer la pathogénie de la chorée sont au nombre de trois : théorie rhumatismale, infectieuse et nerveuse.

a. *Théorie rhumatismale.* — G. SÉE, J. SIMON, CADET DE GASSICOURT considèrent la chorée comme une manifestation du rhumatisme sur les centres nerveux. Les cas où la chorée est précédée d'un rhumatisme articulaire aigu, où elle s'accompagne d'endocardite et se termine par des accidents de rhumatisme cérébral, viennent à l'appui de cette interprétation qu'on ne saurait cependant généraliser.

b. *Théorie infectieuse.* — Cette théorie plus récemment soutenue s'appuie sur l'influence étiologique des maladies fébriles, sur certains symptômes tels que la fièvre ou l'endocardite, sur l'analogie avec d'autres affections nerveuses reconnues quelquefois infectieuses, telles que la sclérose en plaques ou la paralysie infantile, et enfin sur quelques constatations bactériologiques. PIANESE a retiré de la moelle cervicale d'un choréique un bacille qu'il croit spécifique, et qui, cultivé et inoculé à des animaux, a pu produire des mouvements choréiques ; d'autres auteurs (LEREDDE, TRIBOULET¹) ont trouvé dans le sang ou les centres nerveux divers staphylocoques : ils inclinent à penser que la chorée serait le résultat d'une infection banale et non d'une infection spécifique. On a encore incriminé l'action des produits solubles microbiens sur les centres nerveux².

c. *Théorie nerveuse.* — La chorée a enfin été considérée comme une névrose, frappant l'organisme au moment de son développement le plus actif : une névrose d'évolution (JOFFROY). La plupart des enfants choréiques ont en effet des antécédents héréditaires chargés au point de vue névropathique ; quelques-uns sont même de véritables dégénérés. Cette théorie n'est pas

¹ TRIBOULET, *Du rôle possible de l'infection dans la pathogénie de la chorée*, Thèse de Paris, 1893.

² STRATON (1885) a même soutenu que l'infection déterminait d'abord une endocardite : de là partent des embolies qui, disséminées dans les centres nerveux, produisent les mouvements choréiques, et dans les articulations produisent un pseudo-rumatisme infectieux.

inconciliable avec les précédentes : on tend aujourd'hui à considérer la chorée comme la réaction d'un système nerveux prédisposé par l'hérédité, sous l'influence de causes multiples (maladies infectieuses diverses, fièvres éruptives, rhumatisme, frayeur, embarras gastrique, troubles de la nutrition, etc.

8° Traitement. — Il comprend les divers calmants du système nerveux ; chloral, bromure de potassium et surtout antipyrine. Là où elle échoue, COMBY conseille l'arsenic sous la forme de liqueur de Boudin (acide arsénieux à $\frac{1}{1000}$) dont il donne 10 grammes par jour ; il faut élever progressivement la dose jusqu'à 35 grammes et redescendre ensuite à 10 grammes. Ce traitement qui dure au moins une dizaine de jours doit être associé à la diète lactée.

ARTICLE IV

TÉTANIE

La tétanie consiste dans des accès de contracture, atteignant surtout les muscles des extrémités.

1° Étiologie. — Elle se rencontre surtout dans la grossesse ou pendant l'allaitement, et d'autre part chez les *jeunes enfants* de un à trois ans. L'hérédité névropathique joue un grand rôle dans sa production. Parmi les causes plus immédiates on compte les maladies infectieuses (fièvre typhoïde, choléra), le *rachitisme*, les *troubles digestifs* ; en résumé la tétanie ne se montre guère sur un organisme jusque-là absolument sain. Le refroidissement n'agit que comme cause provocatrice des accès.

2° Symptômes. — Ils diffèrent pendant les accès et dans leur intervalle.

A. PENDANT LES ACCÈS. — L'accès de tétanie est caractérisé par la contracture des muscles des extrémités. Il débute par ceux de l'avant-bras. Les doigts se juxtaposent en extension, la première phalange seule est légèrement fléchie sur le métacarpe. Le pouce en adduction forcée vient se loger dans la gouttière ainsi formée par les quatre derniers doigts : la main affecte de la sorte la forme d'un cône. TROUSSEAU l'a comparée à la main de l'accoucheur qui va pénétrer dans l'utérus. Plus rarement la main est fermée sur le pouce, ou bien le pouce se trouve en abduction. Le poignet est légèrement fléchi.

De là, la contracture envahit les extrémités inférieures : les pieds sont en hyperextension, dans l'attitude du varus équin, les orteils fléchis sur la plante du pied.

Les muscles jumeaux et le tendon d'Achille sont fortement tendus.

La contracture peut ensuite intéresser les grands pectoraux, les sterno-mastoïdiens, les masséters, produisant ainsi le renversement de la tête en arrière et le trismus.

L'accès ne dure que quelques minutes dans les formes d'intensité moyenne et se borne aux extrémités, mais dans d'autres cas il envahit le diaphragme, les muscles du larynx, occasionnant ainsi le *spasme de la glotte* et l'asphyxie qui en résulte.

B. DANS L'INTERVALLE DES ACCÈS. — Dans l'intervalle des accès, la contracture ne disparaît pas absolument ; celle des doigts persiste à un moindre degré et l'appareil neuromusculaire présente un certain nombre de modifications qui permettent le diagnostic.

a. *Hyperexcitabilité électrique des nerfs.* — Surtout marquée pour le courant galvanique (*signe de Erb*), elle n'atteint pas seulement les nerfs moteurs, mais aussi les nerfs centripètes, par exemple le nerf acoustique (CHVOSTEK).

b. *Hyperexcitabilité mécanique des nerfs.* — On peut la mettre en évidence par la percussion des filets du facial, vers l'angle externe de l'œil ; on produit ainsi une contraction brusque de