

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

l'orbiculaire palpébral (*signe de Weiss*); ou en appliquant une ligature serrée sur le bras : les muscles situés plus bas entrent alors en contracture (*signe de Trousseau*).

Le pincement des muscles provoque facilement la contraction idiomusculaire.

Les accès sont séparés par des intervalles de plusieurs heures ou de plusieurs jours : dans les formes graves ils deviennent subintrants. La maladie dure en moyenne deux semaines, mais peut se prolonger beaucoup plus.

3° Anatomie pathologique et pathogénie. — Les autopsies ont surtout montré de l'hyperémie des centres nerveux. WEISS, BONOME et CERVESATO ont signalé dans les cas anciens l'atrophie des cellules des cornes antérieures de la moelle.

1° On a édifié sur ces constatations une *théorie nerveuse*; mais elle ne remonte pas à la cause première des lésions.

2° La *théorie rhumatismale* (TROUSSEAU) incriminait surtout le froid, mais il n'agit guère que comme cause occasionnelle des accès.

3° La tétanie est quelquefois de *nature hystérique* (RAYMOND), mais cette explication ne saurait convenir à la généralité des cas.

4° La *théorie rachitique* (ELSSASER, KASSOWITZ) fait jouer un grand rôle aux lésions osseuses du crâne, qui agiraient mécaniquement en excitant l'écorce cérébrale.

5° La tétanie paraît souvent devoir être attribuée aux *troubles digestifs*; on a invoqué une action réflexe partie des nerfs de l'estomac, ou une déshydratation des centres nerveux par suite des vomissements abondants, et de la spoliation aqueuse du sang qui en résulte (dilatation de l'estomac, choléra). Il est plus probable qu'il s'agit d'une auto-intoxication à point de départ gastrique (BOUVERET et DEVIC). La fréquence de la tétanie chez les enfants rachitiques s'expliquerait de même par leurs troubles digestifs (COMBY).

4° Traitement. — Contre l'accès on emploiera les inhalations de chloroforme; dans leur intervalle les bromures, le

chloral (2 à 4 gr. chez l'adulte), les bains tièdes, et on s'attachera aux troubles gastriques.

ARTICLE V

PARALYSIE AGITANTE

On donne ce nom à un syndrome caractérisé avant tout par de la rigidité musculaire généralisée et du tremblement. Cette maladie a été découverte par PARKINSON, en 1817, d'où le nom de *maladie de Parkinson* sous lequel on la désigne fréquemment.

1° Étiologie. — Un grand rôle revient à l'hérédité nerveuse. Les causes occasionnelles les plus importantes sont les émotions, les chagrins et quelquefois les traumatismes : dans ce dernier cas, le tremblement peut débiter par le membre traumatisé. Le froid, le surmenage, quelquefois incriminés, ont une influence bien moins évidente.



Fig. 69.

2° Symptômes. — Le *début* est ordinairement lent et progressif; on voit s'établir un tremblement, d'abord peu marqué, qui va en s'accroissant; quelquefois ce tremblement est unilatéral et ne se généralise que par la suite. On a vu également le tremblement disparaître puis revenir avant de s'installer définitivement. Enfin, nombreux sont les cas où la rigidité précède de longue date le trem-

Raideur de l'attitude dans la maladie de Parkinson.