tence d'une fièvre plus vive et surtout par son début purement cérébral caractérisé par des convulsions, du coma ou du strabisme.

Enfin, il ne faut pas oublier que les *contractures intermittentes* peuvent être l'expression, chez l'enfant, de la *malaria*. J. Simon (1) cite un cas de torticolis musculaire douloureux chez une fillette de six ans, qui revenait deux fois par jour, à des heures régulières. Cette affection, considérée comme de nature rhumatismale, fut traitée pendant six semaines sans succès par les émollients et les calmants; elle céda à l'administration de 40 cent. de sulfate de quinine et disparut au bout de huit jours de traitement.

PRONOSTIC. — La tétanie offre peu de gravité quand elle reste bornée aux extrémités ; même la forme tétanique se termine habituellement par la guérison. Dans les cas mortels, l'issue fatale est toujours amenée par l'affection primitive ou par une complication; les convulsions externes et surtout le spasme de la glotte aggravent beaucoup le pronostic.

TRAITEMENT. — Les émissions sanguines locales et générales, qui réussissent quelquefois chez l'adulte, doivent être proscrites dans le traitement de la tétanie chez l'enfant; l'application de sangsues ne pourrait être indiquée qu'à l'approche de la puberté chez les jeunes filles pour hâter l'apparition des règles. Chez les jeunes enfants, il faut au contraire combattre l'anémie et la diarrhée qui sont les deux causes prédisposantes les plus puissantes de la contracture. Une alimentation appropriée à l'état des voies digestives, chez les nouveau-nés le lait stérilisé ou mieux celui d'une bonne nourrice, l'administration des toniques (fer, sirop de quinquina) seront plus efficaces que tous les antispasmodiques pour combattre l'irritabilité médullaire. Si l'on soupçonne que la maladie est causée par la présence de vers intestinaux, on prescrira un anthelminthique; si elle paraît due à une dentition laborieuse, on cherchera à favoriser la sortie des dents; si elle semble dépendre d'une altération du corps thyroïde, la médication thyroïdienne (Voir p. 355) sera indiquée. Enfin, on conseillera les plus grandes précautions contre le refroidissement.

Dans les cas simples, le traitement de la contracture se bornera aux *bains tièdes* qui constituent le remède de choix, même dans les cas graves avec accès prolongés, et à des frictions sur les extrémités contracturées avec le baume opodeldoch, le baume tranquille ou un liniment chloroformé. Monteuuis (2) a vu un cas de tétanie chez une petite fille de dix ans guérir rapidement à la suite de l'administration journalière d'un gramme d'*antipyrine*, dissoute dans de l'eau additionnée de curaçao.

(1) J. Simon, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1883, t. I, p. 85.
(2) Monteuuis, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 9 août 1889.

Dans le cas où la maladie revêt la forme tétanique, on prescrira simultanément aux bains les injections sous-cutanées de *chlorhydrate de morphine* (2 à 8 milligr.) et les *inhalations de chloroforme ou d'éther* ; toutefois, cette médication ne sera employée qu'avec une extrême réserve dans la première enfance.

On pourra employer également le *bromure de potassium* à haute dose (1), donné par la bouche ou le rectum dans les cas où la déglutition est difficile ou impossible, et le *chloral*, que Baginsky et Weiss prescrivent chez les nourrissons à la dose d'un gramme, dans les vingt-quatre heures, administrée en quatre lavements.

CHAPITRE XVIII

CHORÉE

On entend par chorée vulgaire ou chorée de Sydenham, du nom de celui qui l'a décrite le premier en 1705 (2), une névrose propre à la seconde enfance et rare chez l'adulte. Elle doit être entièrement séparée des chorées symptomatiques, qui peuvent se montrer à tout âge dans les cas des affections cérébrales (Voir *Hémiplégie* et *Tabes spasmodique*), de la chorée héréditaire d'Huntington (Voir *Maladies familiales*, p. 524) et des fausses chorées qui dépendent la plupart de l'hystérie. Cette distinction importante avait déjà été nettement établie en 1810 par Bouteille (3), qui avait entrevu aussi les rapports qui existent entre la chorée et le rhumatisme.

ÉTIOLOGIE. — La chorée est une maladie qui s'observe beaucoup plus fréquemment dans le jeune âge qu'à toute autre époque de la vie; elle atteint le plus souvent les enfants *de six à quinze ans*. Au-dessous de cet âge elle devient moins commune; sur 556 enfants choréiques, West n'en a trouvé que 43 au-dessous de six ans et 10 seulement au-dessous de quatre ans; on a cependant rapporté quelques cas de chorée survenus dans le courant de la première année; ces faits sont discutables, de même que les prétendues chorées congénitales.

La maladie est notablement plus fréquente chez les *filles* que chez les garçons ; le tiers seulement des cas de chorée rapportés par Sée est relatif à des sujets du sexe masculin. Dans la statistique de West, on trouve 177 garçons pour 376 filles.

La *prédisposition de famille* joue un rôle considérable dans l'étio-

(1) Southey a pu administrer, pendant plus d'une semaine, des doses vraiment fabuleuses de ce sel à un garçon de dix ans atteint de tétanos idiopathique, sans déterminer d'accidents (4 grammes toutes les deux ou trois heures!); il attribue à cette médication la guérison rapide qu'il a observée (*Lancet*, 1877, I, p. 649).
(2) Sydenham, *Opera omnia, Ed. tertia* ; Londres, 1705, p. 495.
(3) Bouteille, Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy, Paris, 1810.

logie de la chorée sous la forme de l'hérédité nerveuse ou arthritique. L'hérédité nerveuse est rarement similaire, quoiqu'on ait cité des exemples de malades dont les parents avaient eu la chorée dans leur enfance; par contre, l'hérédité nerveuse indirecte est la règle. L'hystérie surtout et diverses psychoses, l'alcoolisme, telles sont les affections le plus souvent notées chez les ascendants. G. Sée a montré que le rhumatisme existe également souvent chez les parents des choréiques; il a été trouvé dans près de la moitié des cas par Garrod.

La chorée est plus commune dans les pays du Nord que dans les climats chauds; Gerhardt la considère comme plus fréquente au printemps et en hiver que dans le reste de l'année.

La chorée affecte de préférence les enfants d'un caractère bizarre et capricieux ou ceux qui ont un tempérament nerveux et une constitution délicate, de là sa prédominance chez les filles.

La chorée n'est pas épidémique; les épidémies célèbres mentionnées par les anciens auteurs se rapportent à la grande danse de Saint-Guy (*chorea major*), affection hystérique entièrement distincte de la chorée proprement dite (*chorea minor*) qui nous occupe ici. La chorée vulgaire n'est pas non plus contagieuse, et les cas développés sous l'influence de l'imitation dans les agglomérations d'enfants doivent être rapportés également à l'hystérie.

Parmi les causes occasionnelles de la maladie, il faut mentionner les *impressions morales*, particulièrement la peur, dont l'action a été peut-être exagérée, mais qui paraît néanmoins évidente dans un assez grand nombre de cas. Elle est mentionnée dans 115 cas de danse de Saint-Guy sur 383 cas recueillis par divers auteurs.

Toutes les causes de débilitation favorisent le développement de la chorée; ainsi elle est souvent occasionnée par la *chlorose* spontanée ou survient sous l'influence de l'*anémie* consécutive aux maladies aiguës.

Nous avons déjà mentionné (p. 269) l'apparition de la chorée chez les enfants à la suite ou dans le cours du *rhumatisme*; la coïncidence de ces deux affections est assez fréquente pour que la chorée ait été regardée par quelques auteurs, particulièrement par Botrel (1), comme étant toujours une manifestation de la diathèse rhumatismale. Cette opinion, exprimée d'une façon aussi absolue, nous paraît exagérée, car bien souvent la chorée s'observe en dehors de tout phénomène morbide du côté des articulations ou du cœur, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle est commune chez les enfants rhumatisants et qu'elle se développe assez souvent quelque temps après une attaque de rhumatisme articulaire, ou même pendant le cours de cette attaque. Des faits très nombreux rapportés principalement par les médecins anglais, et en France par Botrel, Sée (2),

(1) Botrel, *Th. de Paris*, 1850.
(2) G. Sée, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, XV, p. 373.

Trousseau et Roger (1), l'établissent d'une façon incontestable. D'après les chiffres recueillis par Roger et par West, la chorée est d'origine rhumatismale dans le tiers des cas, et Goodall (2) sur 251 choréiques en compte 71 qui avaient présenté antérieurement une attaque de rhumatisme incontestable.

Quelques auteurs, frappés de la coïncidence fréquente entre la chorée et les maladies du cœur, même en dehors de toute fluxion articulaire, considèrent les *lésions cardiaques* comme le point de départ de la chorée et expliquent ainsi la relation de cette maladie avec le rhumatisme. Pour les uns (Bright, E. Cyon), la chorée serait le résultat d'une action réflexe et aurait pour origine l'irritation des nerfs du cœur malade. Pour d'autres (Hughlings Jackson, Tuckwell, etc.), les accidents de la chorée seraient produits par de petites embolies cérébrales qui auraient leur point de départ dans l'endocarde; cette dernière théorie se fonde sur la fréquence des végétations endocardiques chez les choréiques et sur les lésions encéphaliques concomitantes constatées dans quelques autopsies, ainsi que sur le développement de paralysies et plus particulièrement d'hémiplégies dans le cours de la chorée. Ces arguments sont loin d'être concluants, car dans la plupart des autopsies on n'a trouvé dans les centres nerveux ni embolies, ni foyers de ramollissement, et il est peu vraisemblable qu'une affection dont l'invasion est en général graduelle et qui guérit habituellement sans laisser de traces, puisse avoir pour origine un ramollissement embolique. D'ailleurs la chorée, ayant été observée plusieurs fois dans le cours du rhumatisme, sans que le cœur fût malade (3) (Roger, Henoch), les théories cardiaques, même celle de l'action réflexe, sont évidemment insuffisantes; nous croyons plutôt à l'action directe du rhumatisme sur les centres nerveux, action qui se manifeste chez les enfants sous forme de chorée à cause de la prédisposition du jeune âge pour cette affection. La chorée et les affections du cœur ne se rencontrent si souvent chez le même sujet que parce qu'elles peuvent être toutes deux l'expression du rhumatisme, même en l'absence de manifestations articulaires.

La chorée succède souvent aux *maladies infectieuses* (4), et bien que le rôle de celles-ci dans son étiologie comme dans celle d'autres affections nerveuses de l'enfance ne soit pas encore nettement établi,

(1) Roger, *Arch. gén. de méd.*, déc. 1866 et numéros suivants.
(2) Goodall, *Guy's Hosp. Rep.*, 1890, XXXII, p. 35.
(3) Prior (*Berl. klin. Woch.*, 1886, p. 2), sur 92 cas de chorée observés à la clinique de Bonn, en compte 85 absolument exempts de lésions organiques du cœur ou de rhumatisme, et Osler (*Amer. Journ. of med. Sc.*, 1887, II, p. 371), sur 110 sujets ayant eu la chorée, en trouve 43 qui, deux ans après, présentaient un cœur normal.
(4) Voir en particulier : Triboulet, *Thèse de Paris*, 1893. — Marfan, *Sem. méd.*, 1897, p. 397.

il est probable que c'est à ce titre que le rhumatisme agit comme une des causes les plus fréquentes de la chorée.

La chorée est fréquente dans le cours ou au déclin de la *scarlatine*; elle a été observée après la coqueluche, la pneumonie, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente, etc. C'est ainsi que Capellari (1) a observé chez un enfant de onze ans une chorée intense et généralisée, qui suivit immédiatement une attaque d'influenza.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On ne connaît encore aucune lésion constante à laquelle il soit possible de rapporter les phénomènes de la chorée; celle qui a été observée le plus fréquemment est une congestion des centres nerveux. Dickinson, qui a pratiqué sept autopsies de chorée, a presque toujours rencontré une injection des vaisseaux encéphaliques et médullaires.

Les altérations les plus diverses ont été cependant constatées dans certains cas : hypertrophie de l'apophyse odontoïde, épanchements séreux dans les méninges, inflammation des tubercules quadrijumeaux, kystes, tubercules et concrétions crétacées dans le cerveau et le cervelet, ramollissement des hémisphères, embolies du cervelet (Klebs), des corps striés et des couches optiques, ramollissement et sclérose de la moelle, inflammation des artères cérébrales et de la substance nerveuse, altération des nerfs périphériques (Elischer); toutes ces lésions ont été rencontrées chez des malades qui avaient présenté pendant la vie des accidents choréiques ou choréiformes, mais aucune ne peut être rapportée directement à la chorée, puisqu'aucune n'est constante. Il en est de même des végétations endocardiques auxquelles Senhouse Kirkes, Ogle, etc., ont attribué une si grande importance; elles ont manqué dans un grand nombre d'autopsies.

On a constaté parfois dans plusieurs organes, à l'autopsie d'enfants choréiques, la présence de microbes soit spéciaux, soit vulgaires, provenant probablement d'infections secondaires. Leroux et Marie Davy ont obtenu un résultat négatif par l'ensemencement du sang de neuf choréiques, et chez un dixième, atteint en même temps de furoncles et d'abcès dermiques, ils ont constaté la présence du staphylocoque (2).

En résumé, la nature, le siège anatomique et la pathogénie de la chorée ne sont pas encore élucidés.

DESCRIPTION. — **Début.** — La chorée s'annonce quelquefois par un changement dans le caractère et la santé générale; l'enfant devient bizarre et irritable, ou bien il est abattu; son sommeil est agité, son appétit est capricieux, ses digestions se font mal, souvent il est constipé (West). Dans quelques cas, il ressent des douleurs

(1) Capellari, *Riforma medica*, t. XII, 1896, p. 129.
(2) Leroux, art. Chorée du *Traité des mal. de l'enf.*, t. IV, 1898, p. 804.

vagues dans les membres ou le long de la colonne vertébrale; ces douleurs se manifestent surtout lorsqu'on presse sur les apophyses épineuses. Ces phénomènes précurseurs manquent dans un grand nombre de cas, et la maladie débute d'emblée par les troubles de la motilité.

Les mouvements choréiques sont quelquefois très légers et à peine perceptibles dans les premiers jours, ils ne se caractérisent que peu à peu; d'autres fois ils revêtent rapidement toute leur intensité. Le plus souvent c'est dans le côté gauche et les membres supérieurs qu'on les observe en premier lieu, mais habituellement ils ne tardent pas à se généraliser.

Période d'état. — La *face* devient grimaçante, les paupières s'élèvent et s'abaissent, les yeux tournent en tous sens, la tête est très mobile, quelquefois l'enfant tire la langue, puis la rentre rapidement; la parole est souvent embarrassée et, bien que l'intelligence soit conservée, le petit malade bégaye ou ne peut articuler que des monosyllabes; quelquefois le visage présente une expression stupide ou s'anime d'un rire niais; dans quelques cas on observe une toux convulsive qui simule les aboiements d'un chien.

Les *membres* sont agités de mouvements involontaires; les mouvements volontaires sont entravés par des contractions saccadées et arythmiques, qui rendent très difficile leur accomplissement. L'enfant ne porte qu'avec beaucoup de difficulté un verre à sa bouche, quelquefois même il n'y peut réussir. Son écriture est très irrégulière à cause de l'incoordination des mouvements des doigts; la main se porte en tous sens sur le corps. La marche est quelquefois très difficile, l'enfant a de la peine à la diriger, sa jambe traîne, son allure est vacillante, sautillante, et il lui est presque impossible de rester immobile lorsqu'il est debout, de là le nom de *danse de Saint-Guy* donné à la maladie par les anciens auteurs.

L'intensité du désordre de la motilité varie beaucoup suivant les cas; dans quelques chorées très légères, on n'observe que des grimaces et quelques mouvements saccadés des membres supérieurs. D'autres fois, au contraire, l'agitation générale est extrême; les mouvements désordonnés se suivent sans interruption, et l'enfant s'écorche par le frottement répété de son corps sur le lit. Chose remarquable, cette mobilité perpétuelle peut se prolonger assez longtemps sans causer une sensation notable de fatigue; *elle s'interrompt en général pendant le sommeil.*

La contractilité électro-musculaire a paru exagérée dans les cas de chorée examinée à ce point de vue par quelques observateurs (Rosenthal, Benedikt).

La chorée atteint presque toujours les deux côtés du corps, mais l'agitation est souvent plus marquée d'un côté que de l'autre; elle prédomine en général dans le côté gauche; exceptionnellement la