

tées sont : la liqueur de Fowler, l'arséniate de soude et la liqueur de Boudin. Si l'on emploie la *liqueur de Fowler*, on doit augmenter rapidement la dose : « Si l'on a affaire, par exemple, à un enfant de 8 ans, dit Fabel, on peut commencer par quatre gouttes de liqueur de Fowler à chaque repas, et augmenter d'une goutte par jour jusqu'à six, sept et huit gouttes. La dose de huit gouttes à chaque repas nous paraît un maximum qu'il ne faut pas dépasser ».

L'arséniate de soude a été préconisé surtout par Gillette et par Cadet de Gassicourt. On peut prescrire la formule suivante :

Arséniate de soude . . . . . 5 centigrammes.  
Eau distillée . . . . . 500 grammes. (GILLETTE).

Une cuillerée à café contient un milligramme d'arséniate de soude. — Donner une à deux cuillerées à café au début, puis augmenter jusqu'à ce qu'apparaissent des phénomènes d'intolérance.

La *liqueur de Boudin*, solution d'acide arsénieux au millième, est donnée par Comby à doses élevées : donner au début 10 grammes de liqueur de Boudin et augmenter de 5 grammes par jour; généralement, vers 50 ou 55 grammes, se produisent des signes d'intolérance et une sédation complète des mouvements choréiques. On redescend alors l'échelle que l'on avait gravie, et la maladie est à peu près terminée lorsque l'on est revenu à 10 grammes. Chez un enfant de moins de 8 ans, il est bon de donner des doses moitié moins fortes.

Le *cacodylate de soude* n'a donné que des résultats médiocres.

La médication arsenicale est excellente contre la chorée, surtout si l'on a recours à la liqueur de Boudin; mais elle est dangereuse parce qu'on arrive rapidement aux limites de l'intoxication; et plusieurs cas de paralysie arsenicale ont été signalés chez des choréiques ainsi traités; aussi ne peut-on l'employer que chez des malades *surveillés de très près*.

Le traitement de la chorée par l'*antipyrine* a été essayé par M. Legroux, par M. Moncorvo<sup>(1)</sup>, et méthodiquement étudié par M. Ch. Leroux<sup>(2)</sup>. Cet auteur a donné à des enfants choréiques, au nombre de 60, des doses quotidiennes d'antipyrine variant entre 3, 6 et 8 grammes, et il a pu conclure de ses observations que l'antipyrine exerce, dans un grand nombre de cas, une action favorable sur la marche de la chorée; elle en abrège la durée très manifestement et en diminue rapidement l'intensité. Son administration ne produirait jamais aucun accident important, sinon quelques troubles digestifs rares et sans gravité, ou encore des éruptions. M. Leroux conseille de débiter chez les enfants (6 à 15 ans) par la dose quotidienne minima de 5 grammes. Il faut, autant que possible, atteindre les doses de 4, 5, 6 grammes suivant les âges pour obtenir un résultat favorable. Les doses élevées agissent plus rapidement et sont sans inconvénient. Toutefois, si la dose de 5 à 6 grammes prise pendant 3 semaines ne produit pas d'amélioration, il n'y aura plus à compter sur le médicament. C'est un médicament inférieur à la liqueur de Boudin; mais, moins dangereux, il peut être donné aux malades que l'on ne visite pas tous les jours.

La *quinine* à haute dose a été prescrite avec succès par Dorland<sup>(3)</sup>. L'*ergot de seigle* est recommandé par Eustace Smith et par Clive Rivière<sup>(4)</sup>.

(1) MONCORVO. *Du traitement de la chorée par l'antipyrine*, Paris, 1889.

(2) LEROUX. L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1890.

(3) DORLAND. Traitement de la chorée par de fortes doses de quinine. *Univ. med. Magazine*, août 1895, p. 328.

(4) EUSTACE SMITH. Note sur le traitement de la chorée par l'ergot de seigle. *Brit. med. Journ.*, 18 juillet 1905, p. 153; — CLIVE RIVIÈRE. L'ergot et l'arsenic dans la chorée. *Brit. med. Journ.*, 18 février 1905, p. 554.

Dans les chorées *graves*, on prendra tout d'abord des précautions pour empêcher les malades de se blesser, en matelassant le lit, et en le garnissant sur les côtés de planches rembourrées pour prévenir les chutes.

On a conseillé dans ces cas la teinture de *cannabis indica* à doses de 5 à 10 centigrammes; ce médicament ne paraît pas fidèle. Trousseau avait coutume de prescrire l'opium à doses excessives, dans l'état de mal choréique, et il semble qu'on en obtienne en effet de bons résultats. On donnera soit l'*extrait thébaïque* en pilules de 1 centigramme à prendre toutes les deux heures, puis au besoin toutes les heures, soit des injections hypodermiques de morphine.

L'*hydrate de chloral* sera également employé à hautes doses dans le même cas, bien qu'il paraisse agir seulement comme hypnotique, et non comme anti-choréique<sup>(1)</sup>. On fera enfin prendre au malade des bains tièdes prolongés. Le *bromure de potassium*, recommandé par plusieurs auteurs, n'est indiqué en aucun cas dans la chorée d'après M. Séguin, et nous partageons son opinion.

#### CHORÉE MOLLE

*Synonymie* : Limp chorea<sup>(2)</sup>. Chorée paralytique. Chorée paralysante.

Chez tous les choréiques indistinctement, il existe d'une façon habituelle un certain degré de parésie des membres, parésie à peine marquée qui apparaît en même temps que les mouvements convulsifs. Ce n'est pas de cette parésie plus ou moins prononcée, suivant les cas, et à laquelle le nom de « paralyse chez les choréiques » proposé à Ollive par M. Charcot est parfaitement approprié qu'il sera question dans ce chapitre.

Mais il est d'autres cas dans lesquels la paralyse *domine véritablement la scène*; alors l'impotence motrice est intense, tout à fait complète, et son rôle devient d'autant plus prépondérant que les convulsions ne sont plus ou sont à peine manifestes. C'est à ces faits que le nom plus expressif de « chorée molle » semble le mieux convenir<sup>(3)</sup>.

*Historique*. — Ils ont été remarqués déjà par Trousseau<sup>(4)</sup> : « Cette paralyse, dit-il, qui disparaît d'ailleurs presque toujours et se guérit en même temps que cesse et se guérit l'affection convulsive, peut, en quelques cas, persister après la guérison de la chorée et être compliquée de l'atrophie des muscles qui ont été le plus atteints, constituant alors une infirmité plus ou moins durable. Dans quelques cas plus rares encore, les accidents paralytiques (je ne parle pas seulement d'un affaiblissement de la force musculaire, mais de véritables paralysies) précèdent les manifestations des phénomènes convulsifs. » L'excellent traité de M. Cadet de Gassicourt<sup>(5)</sup>, de même que les classiques qui

(1) BARRS. Traitement de certains cas de chorée par les hypnotiques. *The Lancet*, 20 mai 1895, n° 3658, p. 1181.

(2) M. Triboulet fait remarquer que l'expression *limp chorea* n'est pas un synonyme exact du terme *chorée molle*, mais « désigne surtout la forme monoplégique crurale, ou paraplégique, au cours de laquelle la marche est clopinante ».

(3) PAUL BLOCQ. De la chorée molle. *Gaz. hebdom. de méd.*, 4 janvier 1890, n° 1, p. 5.

(4) TROUSSEAU. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 258.

(5) CADET DE GASSICOURT. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. II, p. 248.

l'ont précédé, ne contient que quelques lignes consacrées aux paralysies de la chorée.

C'est en Angleterre qu'ont été d'abord publiées les études les plus complètes sur ce sujet. Todd<sup>(1)</sup>, l'un des premiers, décrit la forme hémiplegique des paralysies choréiques. Il existe alors souvent de l'hémichorée d'un côté et de l'hémiplegie de l'autre côté, la face n'est pas ou est peu atteinte, la langue n'est pas paralysée et présente des mouvements coordonnés. Le même auteur indique aussi les bases d'un diagnostic différentiel, et tente une explication vague du trouble qu'il décrit. Wilks<sup>(2)</sup> mentionne la paralysie choréique et insiste sur sa bénignité.

Mais c'est à West<sup>(3)</sup> que l'on doit les notions les plus complètes et la dénomination assez heureuse de *limp chorea*, chorée molle. « Il existe, écrit-il, des cas de chorée dans lesquels l'affaiblissement de la puissance musculaire est de prime abord tout à fait hors de proportion avec les mouvements choréiques. Nous donnons à ces sortes de chorées, à l'hôpital des enfants, le nom de *chorée molle*, très bonne désignation que leur a appliquée un de nos chirurgiens, et qui les caractérise aussi bien que le terme plus scientifique de *chorée paralytique*. » Nous citerons aussi une importante communication faite par le Dr Gowers<sup>(4)</sup> sur la chorée paralytique au congrès de l'Association britannique, tenu à Cambridge en 1886. Ce travail, basé sur 5 observations, tend à établir que, dans certains cas de chorée, la parésie domine à ce point qu'elle donne un caractère spécial à la maladie. La forme monoplégique serait la plus fréquente, ou du moins, si la paralysie atteint tous les membres, l'un de ceux-ci est le plus souvent beaucoup plus affaibli que les autres.

La littérature française s'est, elle aussi, enrichie sur ce sujet de documents nouveaux dans ces dernières années. En première ligne doit figurer la monographie d'Ollive<sup>(5)</sup> qui résume en quelque sorte l'état de nos connaissances à cette époque, et constitue le travail d'ensemble le plus complet que nous possédions sur la question. M. Lannois<sup>(6)</sup> fait une place à la chorée molle dans sa thèse de concours. M. Cadet de Gassicourt<sup>(7)</sup> en publie deux observations intéressantes; M. le Pr Charcot<sup>(8)</sup> en montre divers cas à ses leçons cliniques et c'est pour lui l'occasion d'instructives remarques. M. Bouchaud<sup>(9)</sup>, M. Rondot<sup>(10)</sup>, M. Simon<sup>(11)</sup> ont enfin relaté des faits nouveaux du même ordre. M. Raymond<sup>(12)</sup> a de nouveau attiré l'attention sur les amyotrophies qui pouvaient compliquer la chorée molle, et M. Rondot<sup>(13)</sup> a consacré un travail important aux mêmes atrophies musculaires. M. Massalongo<sup>(14)</sup> a publié une

(1) TODD. *Clinical lectures on paralysis*, London, 1850, p. 515.

(2) WILKS. *Lectures on diseases of the nervous system*, p. 285.

(3) WEST. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*.

(4) GOWERS. De la chorée paralytique. *Brit. med. Journ.*, 1881.

(5) OLLIVE. *Des paralysies chez les choréiques*. Thèse de Paris, 1885.

(6) LANNOIS. *Nosographie des chorées*. Thèse d'agrég., Paris, 1886.

(7) CADET DE GASSICOURT. De la chorée paralytique. *Journal de méd. de Paris*, 1888.

(8) CHARCOT. Polyclinique. *Leçons du mardi*, 1887-1888 et 1888-1889.

(9) BOUCHAUD. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, décembre 1888, janvier 1889.

(10) RONDOT. Les paralysies de la chorée. *Gaz. hebdomadaire de sc. méd. de Bordeaux*, 1889.

(11) SIMON. Contribution à l'étude de la chorée molle. *Revue méd. de l'Est*, 15 décembre 1890, n° 24, p. 745.

(12) RAYMOND. *Soc. méd. des hôp.*, séance du 16 mai 1890.

(13) RONDOT. *Les amyotrophies dans les paralysies de la chorée*, Bordeaux, 1890.

(14) R. MASSALONGO. Contribution à la pathogénèse de la chorée molle. *Revue neurologique*, 15 juillet 1895, n° 45, p. 546.

intéressante contribution à la pathogénie de cette forme de chorée. Des mémoires récents de Rindfleisch, Eisenschitz, Michel, Elloy, mettent bien au point la question de la chorée molle et des amyotrophies chez les choréiques<sup>(1)</sup>.

**Définition.** — Nous avons dit qu'il importe de distinguer entre les accidents paralytiques de la chorée. Dans un groupe de faits, la paralysie est complète et domine la scène, au point qu'on serait presque autorisé à distraire de la chorée de Sydenham cette variété distincte, sous le nom imaginé de l'auteur anglais<sup>(2)</sup>. Dans une autre catégorie, il ne s'agit que d'une parésie plus ou moins développée et survenant au cours d'une chorée vulgaire. Ces derniers cas ont été signalés plus haut; nous n'y reviendrons pas ici, et nous étudierons seulement la *chorée molle*, — qui répond le mieux à la conception d'un type distinct, — dans laquelle la paralysie se montre pour ainsi dire seule du début à la fin de la maladie, et non la *paralysie de la chorée*, dans laquelle la paralysie s'ajoute à l'incoordination motrice.

**Causes.** — Nous ne savons rien encore des causes pour lesquelles la chorée revêt la forme paralytique. P. Blocq a recherché s'il n'existerait pas quelques présomptions étiologiques à l'aide desquelles il serait permis de prévoir soit l'invasion de la chorée molle, soit l'immixtion de la paralysie dans le tableau de la chorée vulgaire. La lecture des observations est peu concluante à cet égard et les seules particularités communes que révèlent les relations publiées, sont les suivantes. L'occasion provocatrice du développement de l'affection est spécialement représentée par une maladie infectieuse: rougeole, fièvre herpétique, pneumonie, scarlatine. D'autre part, le jeune âge paraît constituer à son tour une réelle prédisposition. Ce n'est que de 2 à 14 ans, et surtout de 6 à 7 ans que la chorée molle a été signalée.

Pas plus qu'en ce qui concerne la chorée vulgaire nous ne sommes renseignés ni sur l'anatomie pathologique, ni sur la pathogénie de la chorée molle; nous avons déjà indiqué, en étudiant les paralysies de la chorée, les principales théories qui peuvent aussi bien s'appliquer à la chorée molle, celle-ci étant un type clinique particulier, mais non une espèce distincte. Nous n'aurons que peu de choses à ajouter ici.

M. Massalongo<sup>(3)</sup>, qui admet l'étiologie infectieuse de la chorée vulgaire, et qui, en plusieurs cas, a constaté la préexistence de la scrofule chez les choréiques, pense que le trouble en question pourrait dépendre d'altérations nutritives transitoires des éléments nerveux causées par des *produits toxiques* dus à la vitalité des bacilles tuberculeux. Il interprète alors de la façon suivante les diverses modalités de la chorée, et la chorée molle en particulier. Selon l'extension des phénomènes morbides supposés dans les centres nerveux, on aura la chorée localisée ou généralisée; selon l'intensité des altérations des éléments nerveux, on aura une chorée passagère ou prolongée; si ces altérations ne se résolvent pas, il en résultera la chorée grave ou chronique. C'est enfin de la nature

(1) RINDFLEISCH. Sur la chorée molle ou paralytique avec atrophie musculaire. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe.*, 1902, vol. XXIII, p. 145; — EISENSCHITZ. *Congrès de Vienne*, janvier 1904; — MICHEL. *Les paralysies dans la chorée*. Thèse de Paris 1904; — ELLOY. *Chorées amyotrophiques*. Thèse de Paris 1904.

(2) Cependant une telle séparation ne serait pas admissible, car, même dans ces cas, l'affaiblissement musculaire conserve des rapports plus ou moins étroits avec l'élément convulsif.

(3) MASSALONGO. *Loco citato*.

et de l'intensité des altérations que dépend l'apparition de la chorée molle, dans laquelle les symptômes d'hyperkinésie sont peu marqués, tandis que ceux de l'akinésie dominant. C'est, en somme, le degré de l'altération matérielle, nutritive, biochimique, des cellules motrices des circonvolutions, des noyaux gris, ou des colonnes antérieures de la moelle, qui donne la chorée tremblante ou la chorée paralytique.

M. Ferrannini émet l'hypothèse que la chorée molle est très voisine de la paralysie asthénique d'Erb-Goldflam; dans les deux cas, il s'agit de troubles asthéniques généralisés à la plupart des muscles volontaires, et ces troubles constituent à eux seuls toute la symptomatologie de l'affection<sup>(1)</sup>.

M. Rondot estime que l'atrophie musculaire observée parfois dans la chorée molle est due à un réflexe parti de la jointure correspondante; mais dans les amyotrophies d'origine articulaire, il y a exagération des réflexes, et ceux-ci sont au contraire abolis dans la chorée molle.

**Symptômes.** — De même que la chorée vulgaire, la *chorée molle* débute le plus ordinairement par des altérations des facultés *intellectuelles* et *affectives*, tout à fait analogues au reste, et telles que nous les avons déjà décrites.

Les *troubles moteurs* ne tardent pas à apparaître. Le plus ordinairement ils ne présentent pas au commencement l'intensité qu'ils prendront dans la suite. Si les jambes sont atteintes en premier lieu, la marche devient inhabile, difficile, les membres s'enchevêtrent l'un dans l'autre, les chutes sont fréquentes. Si les membres supérieurs s'affaiblissent tout d'abord, les malades deviennent maladroits et laissent aisément échapper les objets qu'ils tiennent en main. Enfin la tête elle-même vacille et le tronc ne peut garder son immobilité.

D'autres fois, c'est d'emblée que la paralysie acquiert son maximum d'intensité, et en 24 ou 48 heures elle devient complète. C'est dans ces derniers cas, surtout si l'affection est survenue, comme c'est fréquent, dans la convalescence d'une pyrexie, que l'on est exposé à méconnaître la chorée molle et à la confondre avec les paralysies organiques consécutives aux maladies infectieuses.

Parvenue à la période d'état, la paralysie offre certaines particularités. Les membres sont absolument flasques, plus peut-être que dans toute autre paralysie; leur force dynamométrique est nulle. Soulevés, ils retombent aussitôt sans autre direction que celle que leur imprime la pesanteur. Les mouvements *volontaires* sont totalement impossibles, mais en la plupart des cas, on peut, en observant avec attention, distinguer de très petits mouvements incoordonnés, choréiformes, survenant spontanément à intervalles éloignés, soit sur les membres indemnes, soit même sur les membres paralysés.

La distribution de la paralysie est des plus variables: souvent l'impuissance motrice est *généralisée* aux quatre membres, au tronc, et à la tête. Elle est alors presque caractéristique: l'enfant, selon l'expression vulgaire mais appropriée, que nous avons vue plusieurs fois citée dans les réponses des parents des petits malades, est « comme un chiffon ». Les jambes, le tronc, les bras sont dans la résolution complète, mous et inertes, la tête subit des oscillations dans tous les sens, tout à fait semblables à celles d'un enfant nouveau-né. Toutefois, la

(1) FERRANNINI. Chorée molle, épilepsie choréique, et myasthénie pseudo-paralytique. *Riforma med.*, 1<sup>er</sup> juillet 1905, p. 705.

face, elle, reste le plus souvent indemne, bien que la langue ne puisse être projetée hors de la bouche, et que, du fait de sa paralysie, l'élocution verbale soit très altérée, sinon empêchée.

D'autres fois, il s'agit d'une véritable *hémiplégie*, qui — dans des cas rares — a envahi la face. Il existerait alors un signe différentiel de l'hémiplégie vulgaire, les muscles du cou étant alors paralysés tandis qu'ils ne le sont pas dans l'hémiplégie d'origine organique. La forme *paraplégique* est bien plus rarement observée; elle ne s'accompagne pas de troubles des sphincters. Le mode le plus commun de répartition qu'affecte la paralysie est la *monoplégie* brachiale, ou plutôt la diffusion de la paralysie avec prédominance très marquée de l'impuissance motrice sur l'un des membres supérieurs.

Il n'existe aucun *trouble de la sensibilité* des parties atteintes par l'asthénie musculaire, non plus que des *troubles trophiques*, exception faite pour les amyotrophies, qui sont des complications assez rares. Celles-ci frappent surtout les muscles des membres supérieurs, et sont toujours localisées (éminences thénar et hypothénar, deltoïde, etc.) Elles sont souvent (Rondot), mais non toujours (Massalongo, Raymond) en rapport avec des articulations malades (gonflées, douloureuses), et surviennent soit en même temps que la paralysie (Dauchez, Eichhorst, Raymond, Massalongo), soit après elle (Raymond). Elles ne sont jamais très accentuées et ne s'accompagnent pas de tremblements fibrillaires.

Les *réactions électriques* paraissent normales (Dauchez, Ollivier, Gumpert). Jamais on ne note de réaction de dégénérescence.

L'*état général* est remarquablement conservé; l'appétit est bon et le sommeil normal dans presque toutes les observations.

La *durée* des accidents est ordinairement courte et varie de trois semaines à deux mois. La *terminaison* favorable est de règle, les forces reviennent progressivement et le malade guérit. Il arrive aussi que la chorée vulgaire succède à la chorée molle.

**Diagnostic.** — Celui-ci est de la plus haute importance, car on est exposé à confondre la chorée molle, affection bénigne, avec diverses maladies graves qui prêtent plus ou moins à l'erreur. S'il s'agit d'un très jeune enfant on pourrait songer à la *paralysie infantile*: toutefois, en cas de poliomyélite, l'invasion soudaine s'accompagne ordinairement d'un accès de fièvre; de plus, l'impotence motrice propre à la maladie spinale, généralisée d'emblée, ne tarde pas à se localiser à des territoires musculaires qui sont bientôt frappés de troubles vaso-moteurs et trophiques, en même temps qu'ils présentent des modifications de leurs réactions électriques. Dans la chorée molle au contraire, le début est lent, apyrétique, et la parésie musculaire, même si elle devient amyotrophique, ce qui est exceptionnel, ne s'accompagne pas de troubles des réactions électriques. Ajoutons que la langue est toujours indemne dans la myélopathie, alors qu'elle est ordinairement parésiée ou agitée involontairement dans la chorée.

Le fait qu'il est fréquent de voir survenir la chorée molle à l'occasion de la convalescence d'une maladie aiguë pourrait aussi la faire confondre avec les *polynévrites infectieuses*. Les signes propres de ces paralysies suffiront à les faire reconnaître. L'asthénie y prédomine le plus souvent sur les muscles de l'extension, les muscles s'atrophient rapidement et présentent la réaction de dégénérescence, enfin les phénomènes douloureux y sont habituels.

Dans les cas d'abus médicamenteux on devra différencier les *paralysies toxiques*, dont les signes sont analogues à ceux des paralysies d'origine infectieuse.

On devra toujours penser aux *paralysies hystériques*, qu'il s'agisse de fillettes ou de garçons, et l'association fréquente des deux névroses rendra souvent le diagnostic difficile. Certes, la constatation d'une hyperesthésie ou même d'une anesthésie des membres inertes lèverait tous les doutes, mais ces signes peuvent faire défaut, et cela n'est pas rare dans l'hystérie infantile en particulier. Ce seront alors, dans un cas la connaissance d'attaques ou de stigmates d'hystérie, dans l'autre cas la découverte de petits mouvements incoordonnés, qui permettront d'affirmer le diagnostic.

On ne saurait être arrêté par le diagnostic de la forme paralytique de l'*astasia-abasia*, car là, l'impotence fonctionnelle ne se révèle qu'à l'occasion des seuls mouvements spécialisés pour la station et pour la marche.

Il n'y a que peu de ressemblance entre les troubles psychiques prodromiques de la chorée et ceux qui précèdent la *méningite tuberculeuse*; néanmoins, les troubles moteurs, en particulier l'apparition d'une monoplégie, auraient provoqué des difficultés en plusieurs cas. L'ensemble des phénomènes graves, amaigrissement, fièvre, céphalée intense, qui caractérisent la méningite, ont alors une signification qui ne saurait être longtemps méconnue. Dans les cas douteux, la ponction lombaire pourrait donner des renseignements.

La paralysie du *mal de Pott* ne prêterait guère à l'erreur qu'au cas admissible — P. Blocq en a observé un exemple — où un enfant gibbeux serait devenu choréique. Il y aurait lieu en effet de se demander si la paraplégie ressortit à la chorée ou relève de la tuberculose vertébrale et de la compression de la moelle. L'exploration des réflexes, exagérés dans ce dernier cas, lèvera les doutes, que dissipera complètement l'évolution ultérieure de la maladie.

**Traitement.** — On s'abstiendra de mesures thérapeutiques excessives, sachant que la chorée molle guérit habituellement, et l'on s'en tiendra à la médication tonique et antispasmodique usitée contre la chorée vulgaire. L'électrisation faradique pourrait abrégier la durée des accidents: on faradisera tous les jours, pendant quelques minutes, chacun des groupes musculaires avec un courant à interruptions espacées.

#### CHORÉE DES FEMMES ENCEINTES

**Synonymie:** Chorea gravidarum. Chorée de la grossesse. Chorée gravidique.

La chorée des femmes enceintes est connue depuis longtemps puisqu'elle est signalée déjà par Riedlin en 1696<sup>(1)</sup>, Ungen en 1764<sup>(2)</sup>, Borsieri en 1789<sup>(3)</sup>, et elle a été plus particulièrement étudiée en Angleterre et en Allemagne. Nous ne citerons pas ici les observations isolées qui en ont été publiées, et nous nous contenterons de rappeler les noms des auteurs auxquels on doit des tra-

(1) RIEDLIN. *Lineæ med.*, 1696.

(2) UNGEN. *Journ. de méd.*, 1764.

(3) BORSIERI. *Inst. med. pract.*, Leipzig, 1789.

vaux un peu importants sur la question. Morler de Giessen<sup>(4)</sup>, un des premiers, rassemble en un mémoire analytique 21 cas de chorée gravidique. M. Jaccoud, fait, en 1867, une importante leçon sur la chorée de la grossesse.

Un travail très remarquable lui est consacré, en 1868, par Barnes<sup>(5)</sup>: ce travail, appuyé sur 56 cas, dont 17 ont eu une terminaison fatale, peut être considéré comme la première monographie complète qui ait été publiée sur le sujet.

En France, outre les pages de l'article de M. Raymond<sup>(6)</sup> où il est traité de la chorée gravidique, nous signalerons surtout la thèse de Hervé<sup>(7)</sup> qui réunit les données antérieures et constitue une excellente synthèse critique. En Angleterre, outre les publications de Simpson<sup>(8)</sup>, de Prince<sup>(9)</sup>, de Wade<sup>(10)</sup>, de Handfield Jones<sup>(11)</sup> et de Benington<sup>(12)</sup>, nous citerons le travail de P. J. Mac-Cann<sup>(13)</sup> qui envisage pour la première fois la question de la chorée hystérique des femmes enceintes, en même temps qu'il rapporte des observations originales et présente un tableau nosologique très étudié de la question. Mais c'est Hocquet<sup>(14)</sup>, reprenant, à propos de la chorée gravidique, les conclusions formulées par P. Marie au sujet de la chorée et Sydenham, et surtout Gilles de la Tourette<sup>(15)</sup>, qui ont insisté sur les rapports de la chorée des femmes enceintes et de l'hystérie. Les thèses de Delage<sup>(16)</sup> et de Launay<sup>(17)</sup> donnent bien l'état de la question.

**Étiologie.** — La chorée gravidique frappe surtout les femmes jeunes. Sur 105 cas rassemblés par Delage, 23 se rapportent à des femmes âgées de moins de 20 ans, et 79 à des femmes âgées de 20 à 29 ans; dans 5 cas seulement les malades avaient plus de 50 ans. Il s'agit le plus souvent de primipares; Bamberg a trouvé sur 49 cas, 28 fois la première grossesse, 15 fois la seconde, 5 fois la troisième. Mais il faut remarquer avec Dufournier que les primipares constituent le plus grand nombre des femmes enceintes; les multipares ne sont nullement à l'abri de la chorée, même lorsqu'elles en sont restées indemnes à leur première grossesse; et ce n'est pas la primiparité, mais la grossesse, qui est une cause de chorée<sup>(18)</sup>. La chorée a également une prédilection marquée pour la première moitié de la gestation, et se développe d'habitude vers le troisième ou quatrième mois. Toutefois on l'a vue apparaître jusqu'au neuvième mois, mais exceptionnellement.

Les mêmes causes qui ont été invoquées pour l'étiologie de la chorée de

(4) MORLER DE GIESSEN. *Virchow's Archive*, XXIII, 1862.

(5) BARNES. *Obst. Trans.*, vol. X, 1868.

(6) RAYMOND. *Loco citato*.

(7) HERVÉ. *Chorée pendant la grossesse*. Thèse de Paris, 1884.

(8) SIMPSON. *Obs. Journ. Great Britain*, mai 1876.

(9) PRINCE. *Obs. Journ. Great Britain*, oct. 1876.

(10) WADE. *Trans. Obs. Soc.*, 1880.

(11) HANDFIELD JONES. *Trans. Obs. Soc.*, 1889.

(12) BENINGTON. *Northumberland med. Soc. Trans.*, déc. 1889.

(13) MAC-CANN. *Trans. of the obst. Societ. of London*, nov. 1891.

(14) HOCQUET. *Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie*. Thèse de Paris, 1888.

(15) GILLES DE LA TOURETTE. Diagnostic de l'affection dite chorée des femmes enceintes. *Sem. médic.* 1899, p. 505. — Rapports de la chorée de Sydenham avec le rhumatisme, la puberté, et la chorée dite des femmes enceintes. *Soc. de neurol.*, 7 juin 1900, in *Revue neurol.*, 1900, p. 542.

(16) DELAGE. *De la chorée gravidique*. Thèse de Paris, 1898.

(17) LAUNAY. *Les relations nosologiques et la chorée des femmes enceintes*. Thèse de Paris, 1901.

(18) RICHE. *De la chorée gravidique*. Thèse de Paris, 1891.