

le tétanos, mais on est presque toujours guidé dans ce cas par les circonstances étiologiques.

Certaines affections de la bouche, la stomatite ulcéreuse et la gingivite liée à l'évolution de la dent de sagesse, peuvent s'accompagner de trismus; il suffit d'être prévenu pour éviter cette cause d'erreur : la contracture se localise du reste dans les muscles de la mâchoire et n'a aucune tendance à se généraliser. Le rhumatisme des muscles de la nuque s'accompagne de douleurs vives, surtout pendant les mouvements, et d'une contracture modérée quand on la compare à celles du tétanos.

Au point de vue du pronostic on peut distinguer le *tétanos aigu* et le *tétanos subaigu*; dans la première de ces formes, les contractures se généralisent rapidement, les paroxysmes se succèdent à de courts intervalles et la mort arrive en quelques jours, malgré toutes les médications mises en usage; dans le tétanos subaigu les contractures n'ont pas autant de violence, les paroxysmes sont plus espacés, les muscles de la respiration restent libres pendant les périodes de rémission; la guérison est possible dans cette seconde forme. Le tétanos des blessés est beaucoup plus grave que le tétanos qui se développe sous la seule influence du froid.

TRAITEMENT. — Les antiphlogistiques et les révulsifs sont d'une efficacité douteuse et d'une application difficile chez les malades affectés de tétanos; la principale indication paraît être de diminuer la réflectivité de la moelle, et à cet effet on a mis en usage la plupart des médicaments antispasmodiques. L'hydrate de chloral, l'opium et le bromure de potassium ont donné d'assez bons résultats; la tolérance des malades atteints de tétanos pour les préparations opiacées en particulier est très grande, et pour obtenir des résultats il faut employer souvent des doses très fortes. Le meilleur mode d'administration de l'opium consiste dans l'emploi des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine; lorsqu'il existe du trismus et du spasme pharyngien, c'est le seul applicable. On commencera par injecter 1 centigramme de chlorhydrate de morphine; les injections seront répétées plus ou moins souvent suivant les résultats obtenus. L'hydrate de chloral administré à l'intérieur (4 à 6 grammes dans une potion ou dans un lavement) agit dans le même sens que l'opium; c'est de l'emploi combiné de ces deux médicaments qu'il faut attendre les résultats les plus favorables; le bromure de potassium convient surtout dans la forme subaiguë, lorsque les paroxysmes n'ont pas une grande violence.

On a conseillé l'emploi des bains de vapeur, des inhalations d'éther ou de chloroforme: il faut se défier de ces moyens qui peuvent favoriser l'asphyxie. Les bains tièdes n'ont pas le même inconvénient et ils procurent assez souvent un soulagement notable.

Le curare a donné pendant quelque temps de grandes espérances; son action physiologique le désignait comme le spécifique naturel du tétanos et M. le Dr Vella avait obtenu un cas de guérison par ce moyen, mais les déceptions n'ont pas manqué depuis. On peut injecter 1 milligramme de curare toutes les deux ou trois heures en se servant de la seringue hypodermique; ce médicament, comme on sait, n'est pas absorbé par la voie intestinale. Le curare est, du reste, un médicament très infidèle et très difficile à doser. On a préconisé également la fève de Calabar.

Lorsqu'il existe des blessures on doit veiller à faire disparaître toutes les causes d'irritation; on extraira les corps étrangers, on débridera les aponévroses, on écartera les pansements irritants. La névrotomie a donné de bons résultats (Letiéviant); il ne faudrait pas hésiter à la pratiquer, si au début du tétanos les douleurs s'irradiaient manifestement dans un tronc nerveux.

WUNDERLICH. Arch. des Heilkunde, 1861 et 1862. — LEYDEN. Beitrage zur Pathologie der Tetanos (Virchow's Archiv., XXVI, 1863). — LOCKHART CLARKE. On the pathology of tetanus (Medic. chirurg. Transact., 1865). — DU CAZAL. Du curare, thèse, Strasbourg, 1867. — A. VOISIN. Art. Curare du Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques, 1869. — ARLOING et TRIPIER. Arch. de physiol., 1870, p. 244. — CONOR. Du tétanos spontané a frigore, thèse, Paris, 1870. — SOUBISE, thèse, Paris, 1870. — MICHAUD, Lésions du système nerveux dans le tétanos (Arch. de physiol., 1872, p. 50). — LECLERE. Thèse, Paris, 1872. — BUDIN. Thèse, Paris, 1872. — JOURDAN. Du chloral dans le tétanos, thèse, Paris, 1874. — RICHELOT. Thèse de concours pour l'agrégation (chirurgie), Paris, 1874. — CHOPARD. Thèse, Paris, 1876. — THOMAS. De la température dans le tétanos, thèse, Paris, 1876. — A. LAVERAN. Contribution à l'étude du tétanos et de la névrite ascendante aiguë (Arch. de physiol., 1877). — RICHELOT. Nature et traitement du tétanos (Revue des sc. méd., 1877, t. X, p. 727). — ROSENTHAL. Op. cit. — BLACHEZ. Tétanos spontané (Gaz. hebdom., 1878, p. 3). — Nouveau Dict. de méd. et de chirurg. Art. Tétanos.

La chorée (de χορεία, danse) est une névrose caractérisée par des contractions musculaires involontaires qui persistent pendant le repos et par une incoordination très remarquable des mouvements voulus.

On emploie généralement comme synonymes les dénominations de *chorée* et de *danse de saint Guy*; le mot *chorée* est bien préfé-

rable à l'expression bizarre de *danse de saint Guy*, expression qui a été du reste détournée de son sens véritable pour désigner la maladie qui nous occupe; au quatorzième siècle des bandes d'individus se disant possédés parcouraient les villes et les campagnes en dansant jusqu'à complet épuisement. Saint Guy avait, paraît-il, le pouvoir de guérir cette maladie, d'où le nom de *danse de saint Guy*; la chorée n'a aucun rapport avec cette névrose convulsive, épidémique, du quatorzième siècle.

A côté de la véritable chorée, de la chorée-névrose qui ne se rattache à aucune lésion connue du système nerveux, il y a des chorées symptomatiques, des mouvements choréiformes se rattachant à des lésions matérielles des centres nerveux, de même qu'à côté de l'épilepsie, il y a les convulsions épileptiformes et les épilepsies symptomatiques.

ÉTIOLOGIE. — La chorée est une maladie de la seconde enfance et de l'adolescence; c'est de six à quinze ans qu'elle se présente avec le plus de fréquence; il est exceptionnel de l'observer chez les très jeunes enfants et chez les vieillards. L'influence du sexe est très remarquable; la statistique démontre en effet que la chorée est trois fois moins commune chez les garçons que chez les filles.

Parmi les causes prédisposantes, il faut noter le névrosisme héréditaire, l'anémie, la chlorose et surtout la diathèse rhumatismale. Les rapports du rhumatisme avec la chorée, entrevus déjà par quelques auteurs, notamment par Stoll, Copland, Bouteille, Abercrombie, Botrel, ont été mis hors de doute par G. Sée. Dire que la chorée est toujours de nature rhumatismale est assurément une exagération, mais la fréquente coïncidence du rhumatisme et de ses complications cardiaques avec la chorée peut être considérée comme une loi pathologique bien démontrée et digne de toute l'attention des cliniciens.

La chorée débute souvent à la suite d'émotions morales vives, particulièrement à la suite de frayeurs.

DESCRIPTION. — Il existe parfois des prodromes, tels que malaise, céphalalgie, courbature; les enfants sont tristes, inquiets, irritables, leur aptitude au travail est diminuée, mais le plus souvent les troubles de la motilité caractérisent seuls le début de la maladie. Ces troubles de la motilité se limitent d'abord à quelques muscles de la face ou des membres supérieurs; les traits de la face sont tirés tout à coup dans un sens ou dans l'autre, comme si l'enfant faisait une grimace, ou bien les mains deviennent inhabiles et

laissent facilement échapper les objets saisis; la nature véritable de ces accidents est souvent méconnue et les jeunes malades sont réprimandés pour leurs grimaces, que l'on croit volontaires, ou pour leur maladresse.

Les troubles de la motilité s'étendent peu à peu à la plupart des muscles et les caractères de la chorée sont alors impossibles à méconnaître. Le malade exécute sans cesse des mouvements involontaires, il lui est impossible de rester au repos, la figure grimace, la tête tourne à droite ou à gauche, puis s'incline en avant ou en arrière, les épaules se soulèvent, le tronc s'incline tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, les extrémités supérieures et inférieures exécutent les mouvements les plus variés; ce désordre augmente lorsque le malade sait qu'il est l'objet de l'attention de personnes étrangères ou qu'il éprouve une émotion quelconque; il ne disparaît que pendant le sommeil. Les mouvements volontaires ont un caractère d'incoordination très prononcé; lorsque le choréique essaye de porter un verre d'eau à ses lèvres, sa main, au lieu de suivre la ligne droite, est portée successivement à droite et à gauche d'une façon désordonnée avant d'atteindre la bouche et de pouvoir s'y arrêter. La préhension est difficile et les mains laissent souvent échapper les objets saisis; lorsqu'on se fait serrer la main par les malades, on ressent une série de secousses, de force inégale, au lieu d'une pression continue.

La démarche est incertaine et vacillante, les jambes fléchissent tout à coup; les chutes sont fréquentes, et, dans les formes graves, les malades ne peuvent ni marcher ni se tenir debout.

Trousseau analyse ainsi qu'il suit l'incoordination motrice des choréiques: « Il semble que la volonté, assez puissante pour mettre en jeu les actions musculaires, ne le soit plus pour les diriger ni pour les modérer à l'aide des muscles antagonistes, une fois l'impulsion donnée; il semble qu'au lieu d'obéir alors à une seule volonté, chaque muscle se contracte à sa guise ou obéisse à des volontés diverses. » (*Clinique*, t. II, p. 229.)

Les muscles de la langue et des lèvres participent quelquefois à cette incoordination: il en résulte un grand embarras de la parole. Les muscles du larynx et du pharynx peuvent aussi être atteints, la déglutition se fait avec une grande rapidité ou bien avec une gêne notable, et la voix prend un caractère particulier.

Les muscles lisses (estomac, intestins, vessie) ne semblent pas participer à ce désordre.

Les mouvements choréiques sont souvent plus forts du côté gauche que du côté droit, mais presque toujours les deux côtés du corps sont atteints (Rilliet et Barthez); *l'hémichorée* est ordinairement symptomatique de maladies organiques des centres nerveux ou de nature hystérique.

Dans les cas graves, l'agitation est continuelle, elle ne disparaît même pas pendant le sommeil, tous les muscles du corps se contractent les uns après les autres en produisant les mouvements les plus bizarres; suivant l'heureuse expression de Bouillaud, il existe une véritable *folie musculaire*; les malades ne peuvent même plus rester dans leur lit; on est obligé de les nourrir, car ils sont incapables de porter un verre ou une cuiller à leurs lèvres; les parties du corps qui subissent le plus souvent la pression ou les frottements des draps, des murs, du plancher, s'écorchent, et il en résulte des plaies étendues et très rebelles. Cette forme grave de la chorée est heureusement beaucoup plus rare que les formes légères et moyennes.

Quelques auteurs ont noté de l'affaiblissement des membres (Trousseau); il est tout à fait exceptionnel d'observer de véritables paralysies. Les troubles de la sensibilité sont peu marqués; il existe quelquefois des fourmillements dans les extrémités, de l'hyperesthésie sur quelques points du corps; l'anesthésie est très rare. Malgré les mouvements incessants qu'ils exécutent, les malades ne se plaignent pas de fatigue.

L'expression bizarre de la physionomie qui ne reflète plus les pensées, l'embarras de la parole, la gaucherie et la timidité qui résultent de l'impossibilité où se trouvent les malades de commander à leurs mouvements donnent à l'observateur l'impression d'un affaiblissement notable de l'intelligence, qui existe bien réellement dans quelques cas. Marcé, dans sa remarquable étude de *l'état mental dans la chorée*, a signalé la fréquence des hallucinations; les malades voient des animaux fantastiques, ils croient entendre des voix connues et les troubles intellectuels peuvent aboutir à la manie ou à la lypémanie.

Il n'existe de fièvre à aucune période de la chorée; toutes les fonctions s'exécutent régulièrement; la nutrition seule souffre beaucoup dans les cas où les malades éprouvent de la gêne de la déglutition, et où l'agitation, ne disparaissant pas pendant le sommeil, donne lieu à un rapide épuisement.

Parmi les complications les plus communes de la chorée, il faut

noter le rhumatisme articulaire; le plus souvent le rhumatisme précède et la chorée suit. La chorée peut se montrer chez un rhumatisant peu de temps après une attaque de rhumatisme aigu, mais en général le rhumatisme a disparu depuis longtemps quand apparaissent les mouvements choréiques; l'existence d'une endocardite est fréquente dans ces cas; il faut se rappeler que les souffles cardiaques des choréiques dépendent assez souvent de l'anémie; les souffles anémiques sont doux, ils se prolongent dans les vaisseaux et présentent leur maximum à la base du cœur.

Les maladies fébriles intercurrentes, telles que les fièvres éruptives, ont souvent pour effet de faire disparaître temporairement les mouvements choréiques; *febris spasmos solvit*.

La durée ordinaire de la chorée est de six semaines à deux mois et demi (Rilliet et Barthez). Les troubles de la motilité disparaissent lentement, progressivement. Les cas très légers et les cas très graves se terminent plus rapidement, les premiers par la guérison, les autres par la mort. Dans les cas où la chorée doit avoir une issue funeste, on voit les mouvements acquérir progressivement une violence excessive; on a peine alors à maintenir les jeunes malades, même en employant une force considérable. Ils brisent les liens dont on les entoure et se roulent en bas de leur lit; en un mot, le désordre est presque aussi grand que celui qu'on observe dans certaines attaques d'épilepsie. Puis, subitement, la violence des contractions diminue pour faire place à des soubresauts de tendons, l'intelligence est abolie, les pupilles sont contractées, la mâchoire serrée, la respiration difficile et la mort vient terminer la scène (Rilliet et Barthez, *Traité des malad. des enfants*, t. II, p. 573).

Les récidives sont fréquentes et quelquefois la chorée passe à l'état chronique, mais la plupart des exemples de chorée chronique cités par les auteurs doivent être rapportés à l'hémichorée symptomatique.

On n'a découvert jusqu'ici chez les individus morts de chorée aucune lésion constante capable d'expliquer les troubles de la motilité; les faits dans lesquels il est question de sclérose de la moelle ou de tubercules des centres nerveux n'ont aucun rapport avec la chorée simple, idiopathique.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Les troubles de la motilité décrits plus haut caractérisent parfaitement la chorée; on ne les rencontre au même degré dans aucune autre affection, si bien que le diagnostic est en général très facile: il suffit d'examiner

pendant quelques instants un choréique, sans même lui poser aucune question, pour reconnaître la nature de la maladie dont il est atteint.

Dans l'hémichorée symptomatique les mouvements sont également involontaires et incoordonnés, mais il existe en général de l'hémiplégie ou de l'hémi-anesthésie du côté du corps qui est affecté ; la maladie a une marche chronique, elle remonte souvent à l'enfance et son début a été marqué par des symptômes cérébraux très graves ; les mouvements involontaires de l'hémichorée sont moins brusques et moins étendus que ceux de la chorée-névrose ; dans l'athétose, qui est une variété de l'hémichorée symptomatique, les mouvements des extrémités se produisent avec assez de lenteur pour qu'on puisse photographier les positions successives que prennent les mains ou les pieds.

La chorée peut venir compliquer l'hystérie ; il en résulte alors une névrose complexe, l'hystéro-chorée ; l'un de nous en a observé récemment un exemple chez un jeune militaire qui, à la suite d'une vive contrariété et d'un accès de colère, avait été pris de chorée et d'attaques hystérisiformes.

L'incoordination motrice qui est la conséquence de la sclérose des cordons postérieurs ne devient apparente que lorsque les malades exécutent des mouvements volontaires ; il en est de même du tremblement de la sclérose en plaques : il n'est donc pas difficile de distinguer ces maladies de la chorée, même en ne tenant compte que des troubles de la motilité.

La paralysie agitante donne lieu à des mouvements involontaires qui persistent à l'état de repos comme ceux de la chorée, mais ces mouvements ont un caractère de régularité qui les sépare nettement des mouvements désordonnés des choréiques (voy. Paralysie agitante). Les tremblements alcoolique, sénile, mercuriel ne seront pas confondus davantage avec la chorée. On donne souvent à tort le nom de *chorée sénile* au tremblement sénile.

La chorée se termine d'ordinaire par la guérison, cependant la mort peut se produire, soit par l'effet de l'épuisement et de l'inanition, soit par suite de complications, telles que : endocardite ou péricardite, accidents cérébraux, phlegmons et plaies profondes résultant des frottements et des traumatismes de toute sorte. Dans les cas très rares, où la chorée survient chez des vieillards, elle est presque toujours incurable.

Il faut tenir compte dans le pronostic de la coïncidence fréquente

du rhumatisme articulaire et de la chorée ; on recherchera avec soin s'il n'existe pas d'affection cardiaque.

TRAITEMENT. — Dans la chorée idiopathique les traitements ont d'autant plus de chance de succès qu'ils sont appliqués à une époque plus éloignée du début de la maladie, et cela se conçoit facilement, puisque la chorée a une durée normale, régulière, de six semaines environ ; tel médicament, qui chez un malade atteint de chorée depuis quelques jours seulement, ne donne aucun résultat, paraîtra très efficace chez un autre malade choréique depuis cinq ou six semaines. Cette remarque explique comment les médications les plus différentes et souvent les plus opposées ont été préconisées tour à tour par des médecins qui ne tenaient pas compte dans leurs statistiques de l'époque à laquelle le traitement avait été institué ou qui même considéraient les médications mises par eux en usage comme d'autant meilleures que d'autres avaient été employées précédemment sans succès, chez les mêmes malades et que la chorée était plus *invétérée*.

L'efficacité des bains sulfureux a été reconnue par Baudeloque, Ruz, G. Séé, Rilliet et Barthez ; ces bains doivent être pris tous les jours ; ils sont préparés avec 20 ou 30 grammes de sulfure de potassium pour 100 litres d'eau ; leur température doit être de 34 à 35 degrés et leur durée d'une heure au plus. On a conseillé également les bains froids, les douches, les enveloppements froids, mais ces moyens inspirent souvent beaucoup de craintes aux enfants et ils augmentent l'agitation au lieu de la diminuer. Les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale préconisées par le docteur Lubelski n'ont pas, d'après notre propre expérience, une action bien efficace.

Tous les médicaments antispasmodiques ont été mis en usage ; parmi les plus utiles, nous citerons : le bromure de potassium, le bromure de camphre et le chloral ; les doses varient nécessairement avec l'âge des malades.

La gymnastique rend de réels services ; il faut faire exécuter aux malades des mouvements simples et très réguliers.

Si la chorée se complique d'anémie, on prescrira le vin de quinquina et les préparations ferrugineuses. L'arsenic est aussi indiqué dans quelques cas comme reconstituant.

Dans les cas graves, lorsque les mouvements sont incessants, il faut prendre toutes les mesures pour que les malades ne se blessent pas : un lit sera étendu sur le sol et environné de tous côtés d'o-

reillers; une surveillance continuelle est nécessaire, on s'efforcera de nourrir les malades.

BLACHE. Article Chorée in Diction. en 30 vol. 1834. — G. SÉE. De la chorée et des affections nerveuses, etc... (Mém. de l'Acad. de méd., 1850). — LEUDET. Sur les chorées sans complications terminées par la mort. (Gaz. méd. de Paris, 1854). — TROUSSEAU, RILLIET et BARTHEZ. Op. cit. — MARCÉ. De l'état mental dans la chorée. (Mém. de l'Acad. de méd., 1890). — J. SIMON. Article Chorée du Nouv. Diction. de méd. et de chir. prat. Paris, 1867. — H. ROGER. Recherches cliniques sur la chorée sur le rhumatisme et sur les maladies du cœur chez les enfants (Arch. gén. de méd., 1868). — CHARCOT. De la chorée chez les vieillards (Leçons de la Salpêtrière, 1877). — ROSENTHAL. Op. cit. — GUERTIN. D'une névrose convulsive et rythmique dite chorée électrique, thèse, Paris, 1881. — D'ESPINE et PICOT. Malad. de l'enfance.

PARALYSIE AGITANTE.

Synonymie : *Maladie de Parkinson.*

La *paralysie agitante* a pour principaux caractères, comme son nom l'indique, un tremblement qui imprime aux différentes parties du corps une agitation continuelle et un affaiblissement des membres; comme le tremblement fait quelquefois défaut au début et que l'affaiblissement des membres va rarement jusqu'à la paralysie, l'expression de paralysie agitante a été critiquée, et Charcot a proposé de donner à la maladie le nom de l'auteur anglais qui l'a décrite le premier, Parkinson.

Parmi les auteurs qui ont le plus contribué après Parkinson à faire de la paralysie agitante une entité morbide bien distincte des autres maladies du système nerveux avec lesquelles on l'a longtemps confondue, nous citerons G. Sée, Trousseau, Charcot et Vulpian; Charcot et ses élèves, Ordenstein, Bourneville et Guérard ont définitivement séparé la paralysie agitante de la sclérose en plaques.

ÉTIOLOGIE. — La paralysie agitante comme la chorée débute assez souvent à la suite d'émotions morales vives; un père se met à trembler après avoir vu tuer son fils sous ses yeux (Hillairet); un bourgeois est effrayé par l'éclatement d'une bombe à ses côtés et aussitôt la paralysie agitante se déclare (Oppolzer); un autre est atteint après avoir été dévalisé par les Cosaques; pendant le bombardement de Strasbourg (1870) plusieurs personnes furent prises de paralysie agitante. Les émotions agréables ne paraissent pas produire les mêmes effets, mais il faut noter qu'elles sont plus rares et qu'elles atteignent rarement à l'intensité des impressions dou-

loureuses et des *bouleversements* occasionnés par de grandes frayeurs.

L'habitation dans un endroit froid et humide paraît avoir joué un rôle important dans l'étiologie de quelques cas de paralysie agitante.

D'après Charcot, l'irritation de certains nerfs périphériques résultant de blessures ou de contusions pourrait être le point de départ de la maladie.

La paralysie agitante débute presque toujours après quarante ans; elle est aussi commune chez l'homme que chez la femme. On ne sait rien de précis relativement à l'influence de l'hérédité.

DESCRIPTION. — Dans le cas où la maladie est la conséquence d'une frayeur, d'une émotion vive, le tremblement caractéristique peut se produire et se généraliser rapidement; il est plus fréquent d'observer un début lent et insidieux. Le tremblement se limite à une main, à un pied; il est si léger que les malades ne s'en inquiètent pas, mais peu à peu il augmente d'intensité et il s'étend à presque toutes les parties du corps. Cet envahissement se fait en général dans l'ordre suivant: si la main droite a été prise la première, le tremblement gagne ensuite le pied droit, puis la main et le pied du côté gauche. Le tremblement reste parfois limité pendant quelque temps à l'un des côtés du corps (forme hémiplegique) ou aux membres inférieurs (forme paraplégique); il est beaucoup plus rare qu'un des membres supérieurs soit pris en même temps que le membre inférieur du côté opposé.

À la période d'état, le tremblement est très marqué, continu; à certains moments il s'exagère, d'autres fois il diminue; il ne disparaît jamais complètement, sauf pendant le sommeil. Les mouvements involontaires de la main n'ont pas le caractère d'une simple oscillation rythmique comme dans les tremblements sénile ou alcoolique: ils sont complexes et les muscles paraissent obéir encore à une espèce de coordination fonctionnelle; le plus souvent le pouce se meut sur les autres doigts comme dans l'acte de rouler une plume ou une boulette de pain, les quatre derniers doigts sont réunis et agissent tout d'une pièce, de sorte que la main se trouve réduite à une espèce de pince. L'écriture est irrégulière, les jambages des lettres sont sinueux, formés par une série de lignes brisées (Charcot). Le poignet est animé de mouvements successifs de flexion et d'extension sur l'avant-bras et le tremblement finit par s'étendre à l'avant-bras et au bras.

Les orteils présentent en général la disposition en griffe et les pieds sont animés de mouvements de latéralité ou bien ils s'étendent et se fléchissent rapidement sur la jambe; le tremblement des membres inférieurs est quelquefois assez fort pour communiquer au lit des malades une véritable trépidation.

La tête participe au tremblement lorsque les malades sont assis, mais il s'agit d'un tremblement communiqué qui disparaît lorsqu'on fournit à la tête un point d'appui (Charcot); les muscles de la face ne prennent aucune part à l'agitation générale, les traits sont immobilisés; la physionomie calme, impassible, ne reflète plus que très imparfaitement les impressions morales; les paupières sont moins mobiles que chez les personnes saines. La langue tremble légèrement, la parole est lente, saccadée, sans embarras bien prononcé.

Le tremblement s'exagère sous l'influence des mouvements et des émotions; il se produit parfois des exacerbations sans cause connue.

A côté du tremblement qui constitue le symptôme fondamental de la paralysie agitante, les troubles de la motilité se caractérisent encore par un *affaiblissement des membres*, par de la *raideur musculaire* et assez souvent par des *mouvements de propulsion* ou de *rétropulsion*; aux raideurs musculaires on doit rattacher les attitudes vicieuses et la démarche spéciale dont nous parlerons plus bas.

L'affaiblissement des membres est en général assez marqué et facile à apprécier à l'aide du dynamomètre (Bourneville) dès le début de la maladie, mais c'est seulement à la période terminale qu'il prend les caractères d'une véritable paralysie. Les membres qui sont plus particulièrement affectés par le tremblement sont aussi les plus faibles.

Le professeur Charcot a appelé avec raison l'attention sur la raideur musculaire qui fait rarement défaut à la période d'état et qui peut même précéder l'apparition du tremblement. Les muscles des membres, du tronc, du cou, se prennent successivement; les muscles fléchisseurs sont affectés les premiers, ce qui explique l'attitude vicieuse des malades atteints de paralysie agitante. La tête est dans la flexion, le malade ne la redresse qu'avec peine; le menton touche quelquefois le sternum (Parkinson); le tronc est incliné en avant comme chez les vieillards. Les mains subissent des déformations qui rappellent celles du rhumatisme noueux; tantôt les doigts sont allongés et serrés les uns contre les autres comme pour tenir une

plume; tantôt les phalanges, les phalanges et les phalangettes présentent une série de flexions et d'extensions alternatives; ces déformations s'expliquent par la prédominance d'action de certains muscles; il n'y a du reste ni douleurs, ni tuméfactions articulaires comme dans le rhumatisme noueux. Les avant-bras sont légèrement fléchis sur les bras, les coudes sont faiblement écartés du tronc et, le plus souvent, les mains fléchies sur les avant-bras, reposent sur la ceinture. Les membres inférieurs sont rigides et dans la demi-flexion, les genoux sont serrés l'un contre l'autre, les pieds étendus dans la position du varus équin et les orteils recourbés en griffe. La rigidité est quelquefois telle qu'on pourrait croire à des contractures consécutives à une sclérose des cordons latéraux (Charcot).

Cette raideur des muscles imprime à tous les mouvements et particulièrement à la démarche un caractère spécial. Lorsqu'on commande aux malades de marcher, ils se lèvent lentement et avec un effort visible, en appuyant leurs mains sur leur chaise, puis ils se mettent en marche, le corps penché en avant; bientôt leur allure s'accélère, et quelques malades ne s'arrêtent que devant un obstacle mécanique. L'inclinaison du corps en avant et le déplacement du centre de gravité ne suffisent pas à expliquer ce mouvement de propulsion qui s'observe parfois avant que la flexion du corps en avant se soit produite. Il existe souvent de la *rétropulsion* en même temps que de la *propulsion*; lorsqu'on se place derrière les malades et qu'on exerce une légère traction sur leurs vêtements, on constate un mouvement de recul qui entraînerait la chute si l'on n'avait soin de soutenir les malades ou de leur fournir un point d'appui solide. On dirait une machine montée sur laquelle la volonté n'a plus d'action (Trousseau). Le mouvement de rétropulsion se produit quelquefois lorsque les malades essayent de se redresser.

Les troubles de la sensibilité sont peu nombreux et en général peu marqués. Les malades éprouvent dans les membres une sensation d'engourdissement, de pesanteur; les changements de position diminuent ce malaise; de là un besoin continuel de déplacement. La sensibilité cutanée n'est pas altérée; certains malades se plaignent seulement d'une sensation de chaleur excessive; en plein hiver ils ne peuvent supporter ni vêtements chauds, ni couvertures sur leur lit; le thermomètre n'accuse cependant aucune élévation de la température du corps (Charcot).

Il n'existe en général aucun trouble de la respiration, de la circulation, ni de la digestion.

A la période terminale, la difficulté des mouvements est si grande que les malades ne peuvent plus quitter le lit; on est obligé de les aider à se tourner tantôt à droite, tantôt à gauche; le tremblement diminue ou disparaît à mesure que la paralysie augmente; l'intelligence, restée intacte jusque-là, s'affaiblit et la nutrition s'altère, les muscles subissent l'atrophie graisseuse; il se forme des eschares, etc. La mort est souvent la conséquence de la pneumonie, qui s'explique peut-être par l'habitude qu'ont les malades de se découvrir sans cesse (Charcot).

La durée de la paralysie agitante est très longue; il n'est pas rare de rencontrer des malades qui depuis quinze ou vingt ans présentent le tremblement caractéristique. La guérison est exceptionnelle, mais on peut observer des améliorations temporaires.

Les recherches entreprises pour découvrir les lésions anatomiques de la paralysie agitante n'ont abouti jusqu'ici qu'à des résultats négatifs (Charcot, Joffroy).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La paralysie agitante a été confondue pendant longtemps avec la sclérose en plaques; mais on peut dire qu'aujourd'hui, grâce aux travaux de Charcot et de ses élèves, le diagnostic différentiel de ces deux maladies ne présente plus de difficultés sérieuses. Les caractères du tremblement suffiraient à eux seuls à séparer la sclérose en plaques de la paralysie agitante; dans la première de ces maladies le tremblement ne se montre qu'à l'occasion des mouvements voulus; il disparaît complètement pendant le repos, et il consiste en des oscillations progressivement croissantes avec l'étendue des mouvements; au contraire, le tremblement de la paralysie agitante persiste lors même que les malades sont au repos et ne disparaît que pendant le sommeil; de plus, il se caractérise aux extrémités supérieures par des mouvements assez compliqués des doigts, et non par une simple oscillation. Un grand nombre d'autres symptômes séparent du reste les deux maladies; le nystagmus, l'embarras de la parole, la paralysie précoce des membres inférieurs, les contractures, appartiennent exclusivement à la sclérose en plaques, tandis que la raideur musculaire, l'attitude spéciale du corps et la démarche décrites plus haut, les sensations de chaleur, le besoin de déplacement, la propulsion et la rétropulsion, sont des caractères propres à la paralysie agitante. La marche des deux maladies est aussi très différente, la mort arrivant bien plus rapidement dans la sclérose en plaques que dans la paralysie agitante.

Le tremblement sénile commence presque toujours par les muscles du cou et de la face: les malades ont le chef branlant; les lèvres s'agitent dans un marmotement continu; les mains n'exécutent pas des mouvements compliqués comme dans la paralysie agitante. D'après Charcot et Luys, le tremblement sénile est rare, et il ne se rattache pas directement à l'état de sénilité, il fait défaut chez un grand nombre de vieillards.

Le tremblement alcoolique n'a pas non plus les caractères du tremblement de la paralysie agitante, et il s'accompagne des autres symptômes de l'alcoolisme chronique.

Les mouvements choréiques sont brusques, très variés, étendus, incoordonnés, contrairement à ce qui a lieu dans la paralysie agitante. La chorée est d'ailleurs une maladie de la jeunesse, tandis que la paralysie agitante est très rare avant quarante ans.

Dans la paralysie générale, les troubles intellectuels se produisent de bonne heure; le tremblement est surtout marqué dans la langue et dans les lèvres; l'embarras de la parole est très caractéristique; la plupart des signes de la paralysie agitante: mouvements associés et involontaires des doigts, raideurs musculaires, déformation des mains, propulsion et rétropulsion, etc., font défaut.

Nous avons dit que les déformations des mains dans la paralysie agitante avaient une certaine analogie avec celles du rhumatisme noueux; l'absence de tuméfaction et de douleur et l'existence du tremblement ne permettent pas la confusion. Il faut se rappeler que la paralysie agitante peut être caractérisée tout d'abord par des raideurs articulaires sans tremblement appréciable; ces formes irrégulières sont souvent confondues avec le rhumatisme musculaire.

La paralysie agitante ne menace pas rapidement l'existence, et à ce point de vue son pronostic n'est pas très grave; sa marche est général progressive, et l'état d'infirmité où elle jette les malades qui en sont atteints, en font néanmoins une maladie redoutable.

TRAITEMENT. — Parmi les médications les plus efficaces, il faut citer l'électricité employée sous forme de courants continus (R. Reynolds, Remak, Benedikt) ou de bains galvaniques (C. Paul), et l'iodure de potassium, qui est indiqué même chez les sujets non syphilitiques. L'hydrothérapie et les bains sulfureux ont paru produire de bons résultats chez quelques malades. Le nitrate d'argent, la strychnine, l'opium, exagèrent l'agitation et le malaise: on doit les écarter complètement; la fève de Calabar, l'ergot de seigle, la belladone, les arsenicaux, sont sans efficacité (Charcot).

PARKINSON. Essay on the shaking Pulsy, 1817. — CHARCOT et VULPIAN (Gazette hebdom., 1861-1862). — TROUSSEAU. Clinique, 3^e édit., t. II, p. 569. — SANDERS. Article. Paralyse agitante, in Encyclop. de Reynolds. — ORDENSTEIN. Sur la paralyse agitante et la sclérose en plaques généralisées, thèse, Paris, 1868. — CHARCOT. Paralyse agitante et sclérose en plaques disséminées. Leçons clin. sur le système nerveux. — VILLEMEN. Observ. de paralyse agitante (Rec. mém. méd. m^e, 1871). — CH. FERNET. Des tremblements, thèse d'agrég. (Médecine), Paris, 1872. — CLAVELEIRA, thèse, Paris, 1872. — A. BOUCHER. De la maladie de Parkinson et en particulier de la forme fruste, thèse, Paris, 1877. — DE SAINT-LÉGER. Maladie de Parkinson, thèse, Paris, 1879. — C. PAUL. Traitement du tremblement par les bains galvaniques. Association pour l'avancement des sciences, Reims, 1880.

HYSTÉRIE.

Il n'est certainement pas de maladie plus difficile à définir et à décrire que l'hystérie : nous ignorons sa nature, ses causes, les modifications du système nerveux qui lui donnent naissance ; enfin, sa symptomatologie est très variée, ainsi que tous les auteurs l'ont fait remarquer. *Passio hysterica unum nomen est, varia tamen et innumera accidentia sub se comprehendit* (Galien). — *Non morbus simplex*, dit Rivière, *sed morborum iliada*. — L'affection hystérique se montre, dit Sydenham, sous une infinité de formes diverses, et elle imite presque toutes les maladies connues. — *Morbus ille aut potius morborum cohors....* dit Fr. Hoffmann. Dans sa forme la plus commune et la mieux connue, l'hystérie se caractérise par des attaques de convulsions cloniques ; mais elle peut se traduire seulement par des douleurs siégeant à la périphérie ou dans les organes internes, par des paralysies, des contractures, des anesthésies, des troubles intellectuels, etc....

ÉTIOLOGIE. — Le mot hystérie, de ὑστέρια, matrice, prouve toute l'importance que les anciens attribuaient aux organes génitaux de la femme dans la production de l'hystérie. Pythagore, Empédocle et Hippocrate considèrent l'utérus comme une espèce d'animal qui se meut librement dans le corps de la femme et dont les déplacements vers la région du cœur ou du cerveau produisent l'hystérie ; pour Aristote et Platon, « la matrice est un animal qui veut à toute force concevoir et qui entre en fureur s'il ne conçoit pas ». Le nom de *fureur utérine* est resté pendant longtemps dans la science.

D'après Galien, l'hystérie est la conséquence de la rétention de la semence mulièbre ou du sang menstruel ; Aétius attribue les attaques hystériques à des vapeurs qui, parties de l'utérus, s'élèvent vers les parties supérieures du corps en suivant les nerfs.

La théorie *génitale* de l'hystérie a été acceptée pendant longtemps ; elle est encore défendue dans les ouvrages de Louyer-Villermay et de Landouzy, avec cette différence seulement que ce sont les lésions de l'utérus et des ovaires qui sont mises en cause, bien plus que la rétention de la semence ou du sang menstruel et les altérations de ces humeurs ; le solidisme a remplacé l'humorisme. Parmi les auteurs qui ont protesté le plus vivement contre cette théorie et qui ont fourni le plus d'arguments pour la combattre, il faut citer Sydenham et Briquet ; il est certain que l'appareil génital n'est pas tout dans l'étiologie de l'hystérie, mais Briquet a été trop loin en soutenant qu'il n'était rien. Nous aurons plus d'une fois à revenir sur la relation évidente qui existe souvent entre la sensibilité ovarienne et les symptômes hystériques.

D'après Sydenham, peu de femmes sont tout à fait exemptes d'hystérie ; Briquet arrive à cette conclusion que le quart des femmes, prises en général, est atteint d'hystérie, et qu'un peu plus de la moitié d'entre elles est ou hystérique ou très impressionnable (*Traité clinique de l'hystérie*, p. 37). Il existe des faits incontestables, mais relativement peu nombreux, d'hystérie chez l'homme.

C'est de douze à dix-huit ans que l'hystérie se développe avec le plus de fréquence ; la prédisposition diminue à partir de l'âge de dix-huit ans. D'après Briquet, l'hystérie éclate dans un cinquième des cas avant l'âge de la puberté ; elle peut persister après la ménopause.

Toutes les causes capables d'augmenter la susceptibilité du système nerveux, ou autrement dit le nervosisme, favorisent le développement de l'hystérie. Forget a même pu dire que l'hystérie n'était que le produit d'une susceptibilité spéciale du système nerveux. Parmi les plus importantes de ces causes nous citerons :

- 1^o Le nervosisme héréditaire ;
- 2^o L'anémie et toutes les causes débilitantes, telles que fatigues excessives, privations, chagrins prolongés ;
- 3^o Les émotions morales vives, surtout les émotions désagréables qui résultent, par exemple, de la perte ou du départ d'une personne chérie, de la vue d'objets émouvants, de la frayeur, de la surprise, etc... ;
- 4^o Les peines de cœur produites par des inclinations contrariées ou non satisfaites ; les excitations génésiques qui résultent de la vue de certains spectacles ou de la lecture de mauvais livres, l'onanisme ;