

arythmiques. Dans plusieurs cas, nous avons vu disparaître toute incoordination motrice et persister la paralysie, puis la parésie; enfin lentement la motilité redevient normale, quelquefois plusieurs semaines après la guérison de l'incoordination musculaire. La chorée paralytique, quelle que soit la forme, quelle que soit la durée, est bénigne et la guérison est constante.

Complications. — Nous avons décrit la chorée vulgaire avec les diverses complications qui semblent lui appartenir en propre : troubles mentaux, troubles cardiaques, paralysies, état de mal. Déjà, parmi ces divers troubles, quelques-uns pourraient en être distraits pour rentrer dans ce paragraphe à titre de complications; tels par exemple certain délire d'ordre toxique ou infectieux, certaine manie peut-être rhumatismale; ou encore diverses lésions cardiaques rhumatismales ou infectieuses. En dehors de ces cas, il en est d'autres dans lesquels la chorée modifie sa physionomie, son allure, sa terminaison en raison des complications nettement extra-choréiques surajoutées, ordinairement rhumatismales et infectieuses. Ce sont ces cas dont il sera question ici.

d) Complications rhumatismales. — On a vues relations étroites qui unissent le rhumatisme et la chorée; souvent leurs symptômes s'enchevêtrent d'une façon fort intime. Tantôt le rhumatisme apparaît le premier; tantôt c'est la chorée. L'enfant accuse des douleurs dans les jointures, la fièvre s'allume, les arthropaties rhumatismales se développent; puis, quelque temps après, apparaissent les mouvements arythmiques et les deux affections évoluent ensemble, ou se substituent l'une à l'autre. C'est dans ces formes de chorée rhumatismale qu'on voit se développer les multiples localisations du rhumatisme : endocardite valvulaire, endopéricardite, pleuropneumonie congestive, etc. Dans certains cas, les polyarthrites sont fort atténuées et fugaces, alors que les complications viscérales sont fort graves. L'évolution de ces chorées rhumatismales est variable; la guérison est fréquente, mais souvent elles laissent une lésion cardiaque chronique (lésion mitrale, péricardite sèche, symphyse cardiaque, etc.). Dans quelques cas, la maladie s'aggrave et l'enfant succombe aux complications cardio-pulmonaires; ailleurs il est enlevé par un rhumatisme cérébral.

Complications infectieuses. — Lorsque la chorée suit une maladie infectieuse ou que cette dernière se développe en cours de chorée, on peut voir survenir les complications variées de l'infection : endocardite ulcéreuse ou végétante, qui est quelquefois l'unique localisation de l'infection; endomyocardite, etc.; ailleurs s'observent les complications pulmonaires, rénales ou cérébrales, quelquefois même articulaires (pseudo-rhumatisme infectieux). Parmi les maladies intercurrentes, il faut signaler les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, etc., et les infections secondaires aux traumas (lymphangites, érysipèles, suppurations, etc.).

La mort peut survenir dans plusieurs circonstances; sa fréquence est estimée à 2 ou 5 pour 100 (Guillemet, Dieulafoy). C'est de 14 à 20 ans qu'on observe le maximum des cas de mort. Dans le jeune âge, la mort est plus rare, elle survient en général à la suite de complications viscérales; c'est à partir de la puberté qu'apparaissent les cas de mort par chorée pure.

La mort peut être subite ou rapide; elle survient soit par épuisement nerveux dans les chorées graves (état de mal), ou par complications cérébrales; la mort peut avoir lieu par le cœur, soit par endo-péricardite, embolie, etc., soit par asystolie progressive; enfin les malades peuvent succomber à la septicémie et à ses complications multiples (Hallé et Langevin, Richon).

Diagnostic. — Le diagnostic de la chorée de Sydenham chez les enfants est ordinairement facile; quelques affections néanmoins peuvent prêter à confusion, particulièrement la chorée hystérique et diverses autres chorées (fausses chorées, chorées symptomatiques). Quelques caractères principaux que relève un examen attentif permettront d'éviter toute erreur.

La chorée hystérique s'observe sous deux types : 1° la chorée rythmique, la plus fréquente, est caractérisée par des contractions rythmées qui reproduisent les mêmes mouvements (danse, natation, etc.), qui tranchent avec l'arythmie de la chorée vulgaire; 2° il n'en est plus de même de la seconde forme, la chorée arythmique hystérique, signalée par M. Debove, qui ressemble à la chorée de Sydenham par ses mouvements irréguliers, involontaires. La similitude est telle que divers auteurs et particulièrement Charcot estiment qu'il s'agit d'une association, chez le même sujet, de chorée et d'hystérie. Cette forme est, du reste, rare dans l'enfance et s'observe plus particulièrement dans l'adolescence ou l'âge adulte. Le début en est brusque après une émotion violente; de plus, on trouve les stigmates de l'hystérie : hémianesthésie, ovarie, zones hystérogènes, etc., beaucoup plus nets et plus précis que dans la chorée de Sydenham; enfin, les attaques convulsives, les troubles de la vue mettront sur la voie du diagnostic.

La chorée chronique progressive, entrevue par divers auteurs, puis bien décrite par Huntington, diffère peu par sa symptomatologie de la chorée de Sydenham; mais elle est caractérisée par un début lent, une marche chronique et progressive, par une durée illimitée, 10, 20, 50 ans; de plus, elle est héréditaire dans la majorité des cas, et ne débute qu'exceptionnellement dans l'enfance. C'est une maladie de l'âge adulte et de la vieillesse (chorée de Huntington, chorée des vieillards, chorée héréditaire de l'adulte). La confusion ne pourrait donc se produire qu'au début de l'affection et alors qu'elle débute dans l'enfance. Les antécédents de famille (maladie souvent familiale), l'évolution continue et progressive opposée à celle de la chorée (déclin et recrudescence), permettront en général de se guider dans la différenciation des deux affections.

Les fausses chorées (chorée électrique de Dubini, chorée de Bergeron, le paramyoclonus multiplex de Friedreich) sont caractérisées par des contractions cloniques, brusques, plus ou moins violentes, localisées ou disséminées, se répétant sans rythme à intervalles variables, arrêtées ordinairement par les mouvements volontaires; provoquées par les excitations (percussion de tendons, pincement). Il est difficile en somme de les confondre avec la chorée vulgaire.

Les chorées symptomatiques peuvent prêter à l'erreur, particulièrement dans les diplégies cérébrales, consécutives aux encéphalopathies infantiles,

accompagnées d'athétose double et de chorée bilatérale. Or, les mouvements athétosiques sont lents et limités aux extrémités des membres, alors que les mouvements choréiques sont brusques, arythmiques, et étendus à de grands segments de membre, à la face. La chorée symptomatique, rarement isolée, est le plus souvent accompagnée de contractures, d'athétose. Dans certains cas même (J. Audry), la fusion des deux syndromes, chorée et athétose, est si parfaite qu'on les réunit sous la dénomination de syndrome athétosochoréique. Le diagnostic est établi par la recherche des antécédents et la marche de la maladie; les chorées symptomatiques sont ordinairement congénitales, et leur évolution est essentiellement chronique.

L'hémiathétose ne sera pas confondue avec l'hémichorée pour les mêmes raisons, ainsi que l'hémichorée symptomatique; de plus, les antécédents indiquent une hémiplégie antérieure, avec contracture ultérieure, exagération des réflexes, parfois atrophie musculaire et diminution du volume des membres correspondants, souvent des accès épileptiformes.

Les tremblements toxiques, ceux de l'hystérie, de la sclérose en plaques, ne ressemblent guère aux mouvements arythmiques de la chorée; ils sont réguliers, rythmés, à petites oscillations. Il n'y a pas lieu d'insister.

La chorée molle pourrait être confondue avec la paralysie infantile.

Pour que cette confusion puisse se faire, il faudrait se trouver en présence de très jeunes enfants; or, dans la première enfance, la chorée est rare et la paralysie infantile fréquente. De plus, cette dernière est ordinairement précédée de fièvre pendant 24 ou 48 heures, puis la paralysie se développe rapidement; généralisée d'abord, elle ne tarde point à se localiser à un membre, à un groupe musculaire; puis l'apparition de l'atrophie des muscles, la réaction électrique mettent bientôt sur la voie du diagnostic. La chorée molle au contraire présente ordinairement un début lent, les amyotrophies sont exceptionnelles; de plus, il existe des troubles du côté de la langue (mouvements ou parésie) qui ne s'observent point dans la paralysie infantile; enfin quelquefois on peut, soit du côté de la face, soit du côté des doigts, découvrir quelques petits mouvements anormaux qui décèlent la chorée.

Les paralysies des maladies infectieuses présentent les caractères distinctifs importants qui permettront en général d'établir le diagnostic; il en est de même des paralysies symptomatiques d'un mal de Pott, d'une méningite tuberculeuse, d'une tumeur cérébrale.

Les psychoses de la chorée devront être rapportées à leur véritable cause, en raison du pronostic différent qu'elles comportent.

Pronostic. — Le pronostic est presque toujours bénin, la guérison totale est la règle dans l'immense majorité des cas de chorée infantile. Le pronostic est assombri dans les chorées accompagnées de rhumatisme ou d'infection grave, compliquées de lésions organiques du cœur, qui sont souvent le point de départ d'accidents mortels; assombri également dans celles où l'intensité des mouvements peut causer des traumatismes ou faire craindre l'état de mal.

Enfin l'apparition de troubles psychiques intenses indique toujours une

dégénérescence héréditaire ou une tare acquise. Nous avons déjà signalé les causes de mort dans la chorée, il est inutile d'y revenir.

Traitement. — En dehors des cas graves et compliqués, la chorée de Sydenham guérit naturellement; il n'y a donc point lieu d'employer une médication violente ou dangereuse. Des nombreuses médications préconisées, aucune n'est spécifique; beaucoup doivent être abandonnées, quelques-unes conservées. Nous étudierons surtout ces dernières et nous indiquerons le traitement rationnel à appliquer suivant les formes. Il est bon de savoir qu'il est des chorées qui résistent à tous les traitements; d'autres qui cèdent facilement. Dans bien des cas, la thérapeutique diminue l'intensité de la maladie et en abrège la durée. Aucune médication ne paraît mettre à l'abri des rechutes et des récidives.

Traitement hygiénique, agents physiques. — Le traitement hygiénique convient à toutes les formes de chorée, particulièrement aux cas légers et moyens. Les enfants seront isolés, autant que possible, dans un milieu gai et calme. L'école et tout travail intellectuel seront supprimés. On les fera vivre à la campagne, on prescrira un exercice modéré, une alimentation réconfortante; on évitera toute cause d'excitation du système nerveux: on veillera à la liberté du ventre.

Les agents physiques seront utilisés avec grand avantage. Les bains sulfureux seront donnés tous les jours ou tous les deux jours à la température de 33 à 35 degrés, pendant 10 ou 25 minutes suivant les âges. On pourra également utiliser l'action sédative des bains chauds à 38 degrés. L'hydrothérapie sera faite sous forme de lotions froides à l'éponge, une à deux fois par jour, suivies de friction sèche (eau à 10 ou 12 degrés, aromatisée ou non): soit sous forme d'enveloppement avec le drap mouillé; soit enfin sous forme de douches en jet brisé (d'abord à l'eau tiède, puis à l'eau froide jusqu'à 8 à 10 degrés). La douche ne sera pas donnée aux enfants au-dessous de 8 à 10 ans, ni dans les cas de rhumatisme évident; sa durée sera courte, 8 à 10 secondes. L'enfant sera enveloppé d'un peignoir sec et sera légèrement frictionné.

Les bains de mer sont contre-indiqués dans la chorée des enfants, étant beaucoup trop stimulants pour le terrain neuro-arthritique sur lequel elle se développe ordinairement. Dans la convalescence, surtout s'il y a anémie, ils pourront devenir utiles.

La gymnastique est employée avec avantage par la plupart des médecins, dans les formes légères ou moyennes ou au déclin de la chorée. On suivra les préceptes indiqués par Récamier, Blache, Bouvier, Trouseau.

On fera exécuter aux enfants des mouvements rythmés en commençant par des mouvements partiels, puis des mouvements d'ensemble; en obligeant les petits malades à les exécuter de plus en plus lentement; en les accompagnant, si possible, de chants rythmés. On n'ira jamais jusqu'à la fatigue, une séance par jour de quelques minutes suffit. La gymnastique suédoise est également fort utile.

L'électricité, sous ses diverses formes, a été utilisée avec des résultats variables. Duchenne, Becquerel ont employé le courant induit avec avantage,

mais aujourd'hui on préfère le courant continu. Dans ce cas, l'électrisation sera faite avec un courant ascendant à faible intensité (6 à 8 milliampères). Les séances quotidiennes seront de courte durée, de 2 à 5 minutes progressivement. L'électrisation statique est quelquefois favorablement prescrite; on lui doit quelques succès. Son application consiste en bains statiques de 10 minutes environ, sans autre excitation que le souffle, répétés tous les jours ou tous les deux jours.

La *métallothérapie* (Burq) et l'*hypnotisme* ont été essayés avec des résultats variés.

Médications diverses. — Parmi les nombreux médicaments dont l'administration méthodique dans la chorée a été vantée et ultérieurement à peu près abandonnée nous citerons les suivants :

Tartre stibié. — Cette médication perturbatrice, préconisée par Gillette (1857), puis par Roger, est ainsi formulée : premier jour, 20 centigrammes; deuxième jour, 40 centigrammes; troisième jour, 60 centigrammes. Trois jours de repos; puis septième jour, 25 centigrammes; huitième jour, 50 centigrammes; neuvième jour, 75 centigrammes. Trois jours de repos et les trois jours suivants, 50, 60, 90 centigrammes. Les résultats ont quelquefois été bons au bout d'une ou deux séries; mais souvent l'intolérance avec accidents sérieux oblige à suspendre le traitement. La méthode a été quelque temps totalement abandonnée; on tend à y revenir.

Strychnine. — Employée d'abord par Lejeune, par Niemann et Cazenave (de Bordeaux), puis formulée par Trousseau, la méthode consiste à donner trois cuillerées à café par jour de sirop, en augmentant, avec des temps de repos et d'observation, jusqu'à 100, 120 grammes par jour (sulfate de strychnine, 5 centigrammes; sirop, 100 grammes). On observe rapidement des phénomènes de strychnisme (raideur de la mâchoire, secousses des membres, etc.). Les avantages sont douteux et les inconvénients sérieux.

Ésérine. — Essayée par Bouchut, l'ésérine ne paraît pas avoir donné de résultats stables entre les mains des autres expérimentateurs. On l'emploie en injections sous-cutanées à la dose de 2 à 5 milligrammes, jusqu'à 15 à 20 milligrammes par jour.

Hyosciamine. — Préconisée par Oulmont à la dose journalière de 2 à 6 pilules de 1 milligramme par pilule, elle n'est plus guère employée aujourd'hui.

Les *antispasmodiques* tels que la valériane, l'oxyde de zinc (pilules de Méglin), le valérianate de zinc, le bromo-valérianate de zinc sont des adjuvants utiles, mais ils ont peu d'action. Le bromure de potassium à la dose de 2 à 6 grammes, utile surtout dans la chorée mêlée d'hystérie, ne donne, en général, que peu d'amélioration. Plusieurs auteurs en rejettent même totalement l'emploi; son usage ne peut être continué longtemps sans inconvénient.

Les *narcotiques*, opium, morphine, belladone, ne peuvent être utilisés que passagèrement, pour combattre l'insomnie. Le chloroforme n'a guère d'indication que dans le mal choréique, pour essayer de juguler la chorée,

indication fort rare, du reste. Les *pulvérisations d'éther* le long de la colonne vertébrale sont un adjuvant utile, mais elles modèrent peu la chorée. Le *salicylate de soude* a été essayé, mais sans grand succès; il est surtout indiqué dans les formes dites rhumatismales.

Les médications suivantes ont donné des résultats variables. L'*exalgine* a été prescrite par Moncorvo, par Lœwenthal avec quelque succès, surtout si la chorée est traitée dès le début. On l'administre par prises de 20 centigrammes, au nombre de 2 à 5 dans les 24 heures, suivant les âges. Rarement la dose a été portée à 1 gramme. On a observé, dans plusieurs cas, des accidents, tels que vomissements, abattement, céphalée, vertige, ictère et cyanose des lèvres. C'est donc une médication dont l'emploi chez les enfants doit être surveillé.

Le *sulfonal* a été vanté par Jeffries à la dose de 50, 60, 90 centigrammes; mais cette médication ne peut être utilisée qu'à titre d'adjuvant, et passagèrement, pour combattre l'agitation et l'insomnie.

L'*asaprol* a été donné comme antiseptique et nervin dans un cas de chorée chez une paludique. La guérison a été obtenue en 49 jours. La dose journalière a été de 5 à 5 grammes.

Le *sulfate de quinine* a été prescrit (Moncorvo) à hautes doses avec quelque succès; son emploi paraît surtout indiqué dans les chorées infectieuses.

La *chloralose* a été essayée (Féré) surtout chez l'adulte; mais les avantages ne compensent point ses inconvénients sérieux.

Enfin, le *cacodylate de soude* aurait été employé dans quelques cas avec succès (Garaud et Belbèze).

Les seules médications qui ont donné d'excellents résultats, et sur lesquelles on peut réellement compter, sont les suivantes :

Antipyrine. — Essayé tout d'abord, la même année (1887), par Wolner (de Munich) et par Legroux, puis par Moncorvo, le traitement de la chorée par l'antipyrine a été méthodiquement étudié par Ch. Leroux, puis par Comby. Depuis, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet, et on peut brièvement résumer les résultats obtenus et la méthode thérapeutique la plus usitée.

L'antipyrine diminue rapidement l'intensité de la chorée dans les deux tiers des cas; l'effet est à peu près nul dans un tiers.

L'antipyrine doit être donnée à fortes doses : 5 grammes par jour, dose minima. Il faut atteindre rapidement, en 2 à 3 jours, 4, 5 et 6 grammes. Les doses de 7 à 8 grammes ne sont plus tolérées. On donnera, pour les enfants de 6 à 10 ans, 3 et 4 grammes; pour les enfants de 10 à 15 ans, 5 à 6 grammes par jour.

Il est des chorées qui se modifient rapidement avec des doses de 5 et 4 grammes; si, au bout de 6 à 8 jours, il n'y a pas de changement, il faut monter à 5 et 6 grammes, en tenant compte toutefois de l'âge de l'enfant. S'il n'y a pas d'amélioration notable au bout de 3 semaines, il n'y a plus à compter sur l'antipyrine. La tolérance des enfants est très grande; les viscères étant sains, l'élimination par les urines se fait facilement; on peut s'en

assurer par le perchlorure de fer. Les seuls accidents, sans importance, sont les troubles digestifs légers en cas d'intolérance ou les éruptions diverses signalées par tous les auteurs.

Chloral. — Le chloral, dont l'emploi a été indiqué déjà par Charcot, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, a été surtout utilisé méthodiquement par Joffroy. Voici sa méthode : on prépare une solution concentrée d'hydrate de chloral pur. On mélange la solution à la gelée de groselles épaisse pour obtenir un mélange contenant 1 gramme de médicament actif par cuillerée à bouche (20 grammes environ de gelée). Les doses sont les suivantes : au-dessus de 10 ans, 4 grammes de chloral en trois prises, administrées après les repas. Avant 10 ans, la moitié ou le tiers de la dose. Le sommeil est obtenu 15 à 50 minutes après l'ingestion. On tient ainsi l'enfant endormi 12 à 14 heures par jour, en plusieurs fois. Le traitement peut être continué 15 jours et même un mois.

Arsenic. — L'arsenic à dose progressivement croissante a donné de bons résultats. On prescrit ordinairement l'arséniate de soude à la dose de 5, 10, 15, 25 milligrammes, repos de quelques jours, puis reprise. Dernièrement, Séguin a vanté les bons effets de la liqueur de Fowler donnée en augmentant d'une goutte par jour jusqu'à 18, 20 gouttes trois fois par jour. S'il survient des accidents gastro-intestinaux, on suspend quelques jours pour reprendre aux mêmes doses. On cesse brusquement dès la disparition des mouvements choréiques. On a également utilisé les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler (Perroud), à la dose de 4 à 5 gouttes tous les jours ou tous les deux ou trois jours. La méthode la plus efficace a été préconisée par J. Comby. Il donne 10 grammes de liqueur de Boudin (solution aqueuse d'acide arsénieux à 1 pour 1000) dans un julep simple de 120 grammes, à prendre par cuillerées à soupe de 2 en 2 heures, le premier jour. Le second jour, 15 grammes de liqueur de Boudin (15 milligrammes d'acide arsénieux); 20 grammes le troisième jour; 25 grammes le quatrième jour; 30 grammes le cinquième jour; 35 grammes le sixième jour; puis on redescend à 30, 25, 20, 15, 10. La dose de 25 grammes suffit, en général, pour obtenir en 8 à 15 jours une grande amélioration et même une guérison. Rarement dans les chorées graves, la dose de 35 grammes a été dépassée, rarement la série doit être reprise. Il est indispensable de mettre les enfants au lait pendant le traitement. Les seuls accidents observés sont les vomissements, la diarrhée, l'embarras gastrique, dans un cas une paralysie arsénicale; mais ils sont faciles à éviter en surveillant les effets de l'arsenic. C'est en somme une excellente méthode.

Traitement rationnel. — En présence d'une chorée, trois indications s'imposent : combattre la cause, modérer l'arythmie musculaire, soutenir l'état général.

En s'en tenant aux données pathogéniques, il y a avantage dans tous les cas à favoriser les éliminations par la peau, les reins, les voies digestives. Les sudations, les frictions, les diurétiques, les purgatifs répétés seront utiles, surtout au début, si l'infection est évidente. Le sulfate de quinine, l'iodure de potassium pourront trouver ici leur indication.

Pour modérer l'arythmie musculaire, l'indication varie suivant l'intensité de la chorée. 1° Dans les cas légers, le traitement hygiénique suffira : repos intellectuel, vie au grand air (sauf complications), hydrothérapie (douches ou drap mouillé chez les névropathes, bains sulfureux chez les rhumatisants), frictions sèches ou aromatiques, gymnastique rythmée, antispasmodiques, traitement tonique. 2° Dans les chorées intenses, on emploiera de suite l'antipyrine à doses élevées ou l'arsenic à doses progressives, au besoin le chloral, surtout s'il y a insomnie. Dans ce dernier cas, l'opium trouvera son indication. On utilisera au besoin les injections hypodermiques de morphine pour provoquer le sommeil; quelquefois les bains tièdes prolongés calment les malades. Contre l'état de mal, le chloral et même l'emploi du chloroforme anesthésique sont indiqués. De plus, on aura soin de garantir les enfants contre les traumatismes au moyen du lit matelassé ou de l'emballotement.

Contre les paralysies, on pourra conseiller l'arséniate de strychnine à dose modérée, l'électrisation sous forme de courants faradiques, les frictions, le massage, etc. Dans tous les cas, il faudra soutenir l'état général par les préparations toniques, fer, arsenic, quinquina, glycérophosphate de chaux, et ne pas oublier que, s'il est des chorées qui cèdent rapidement, il en est d'autres qui résistent avec une ténacité désespérante.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- RAYMOND. Article : DANSE DE SAINT-GUY. *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXV, 1880, auquel nous renvoyons pour tous les renseignements antérieurs à cette date. — CHARCOT. *Leçons sur les mal. du syst. nerveux*. 1877. *Leçons du mardi*, 1887, 1888, 1889. — CADET DE GASSICOURT. *Traité clin. des mal. de l'enf.*, 1882, t. II. — LANNOIS. Nosographie des chorées. *Thèse d'agrég.*, Paris, 1886. — P. BLOQ. *Traité de méd. de Charcot et Bouchard*, t. VI, 1891. Art. chorée. — DIEULAFOY. *Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1897. — Consulter de plus les divers traités des maladies des enfants, et les traités de médecine.
- Étiologie-pathogénie. — J. SIMON. Nature et traitement de la chorée. *Bull. méd.*, 1891. — G. SÉE. *Médecine mod.*, 1891. — HERRINGHAM. *Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres*, 1888. Analyse in *Sem. méd.*, 16 janvier 1889, et 80 cas de chorée, in *British med. J.*, 1889, London. — PEIPER. Sur les rapports de la chorée avec le rhumatisme articulaire et l'endocardite. *Deutsch med. Wochensch.*, 1888, n° 50 et *Revue mens. des mal. de l'enf.*, mars 1889. — BOUCHAUD. Chorée et rhum. artic. aig. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, décembre 1888, janvier 1889. — DYCE DUCKWORTH. Rap. au Congrès de Rome sur la nature rhumatismale de la chorée. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, avril 1894. — COOK. Rapp. de la chorée et du rhum. chez l'enfant. *Americ. J. of obstet.*, avril 1895. — JOFFROY. Nature et traitement de la chorée. *Progrès méd.*, 30 mai 1885. — De la folie choréique, etc. *Semaine méd.*, 25 février 1895. — SARIC. Nature et traitement de la chorée. *Thèse de Paris*, 1885. — COMBY. Étiologie et nature de la chorée. *Soc. méd. des hôp.*, 29 mai 1891. — CH. LEROUX. La chorée de Sydenham, son étiologie, sa nature. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin 1890. — SAQUET. La chorée consécutive aux maladies infectieuses. *Thèse de Paris*, 1885. — STRUMPEL. *Traité de pathol.* Trad. par Schramm. Paris, 1885. — P. MARIE. Hémiplegie cérébrale et maladies infectieuses. *Progrès méd.*, 1885, n° 56. — CRESPIX. Essai d'interprétation pathogénique de certaines névroses post-infectieuses. *Thèse de Lyon*, 1891. — BERKLEY. Contrib. à la théorie microb. de la chorée. *The John Hopkins Hosp. reports*, 1891, n° 6, p. 518. — DANA. Origine microbienne de la chorée. *Amer. Journ. of med. sc.*, janvier 1894. — TRIBOULET. Du rôle possible de l'infection dans la pathogénie de la chorée. *Thèse de Paris*, 1895. — MASSALONGO. Contribution à la pathogénie de la chorée molle. *Revue neurol.*, 1895, 15 juillet. — DUCHATEAU. Essai de pathogénie de la chorée de Sydenham. *Thèse de Paris*, 1895. — HAUSHALTER. Chorée de Syd. et infection. *Revue méd. de l'Est*, 1894, p. 255. — MEYER. De la nature infect. rhumatismale de la ch. de Syd. *Gaz. des hôp.*, 26 et 28 décembre 1895. — PAUL CHÉROS. Pathogénie et traitement de la ch. de Syd. *Gaz. des hôp.*, 27 et 28 décembre 1895. — CH. LEROUX. Pathogénie et traitement de la ch. de Syd. *Presse méd.*, 21 mars 1896. — VIGNAUD DUPUY DE SAINT-FLAURENT. La chorée congénitale. *Thèse de Paris*, décembre 1895. — MONEY. Some statistics of chorea. *Brain* V, 1882-1885. — DÉJÉRINE. L'hérédité dans les mal. du syst. nerv. *Thèse d'agrég.*, 1886. — LEGROUX. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, mars 1885. — KORNER. Analyse in *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juillet 1891. — J. LEWIS. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1892. — MOUSSOISS *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1892, p. 37. — LANNOIS. Congrès français de médecine. Lyon, 1894. — GALEAZZI. Influence du choc nerveux sur la marche des infections. Communication au IX^e Congrès de chirurgie, 1895. *Presse méd.*, 2 novembre 1895. — C. MAMOSOFF. Contribution à l'étude des chorées d'origine infectieuse. *Thèse de Lyon*, 1901. — STEINKOPF. Ueber der Etiologie der Chorea minor. *Dissert. Halle*, 1900.

- Anatomie pathologique, Bactériologie.** — DANA. *New-York med. J.*, 19 octobre 1889, analyse in *Revue mens. des mal. de l'enf.*, avril 1890. — JAKOWENKO. *Viestnick de Merjeewski*, 1889, 6 vol. 2^e fasc. — LAUFENAUER. Lésions anatomiques dans la chorée. *Soc. roy. des médecins de Budapest*. Analysé in *Bull. méd.*, 1890, p. 435. — TURNER. Lésions des cellules pyramidales de la substance corticale dans la chorée. Résumé in *Bull. méd.*, mai 1892. — MANASSÉ. *Virchow's Arch.* Band CXXX, Heft 2, p. 127 et 190. — KROEMER. Anatomie pathologique de la chorée. *Arch. für Psych.*, XXIII, n° 2, 1891. — STURGES. *The Americ. Journ. of med. sc.*, n° 286, p. 578, XII, 1891. — CAMPBELL THOMSON. The Pathology of acute chorea. *Brit. med. J.*, 4 novembre 1899. — RICHON. A propos de quelques cas mortels de chorée de Sydenham. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1902. — PIANESE (de Naples). Recherches bactériol. expérim. sur un cas de chorée de Sydenham. *Riforma medica*, 14 septembre 1891, et *Revue mens. des mal. de l'enf.*, mars 1891. — APERT. *Soc. de biol.*, 29 janvier 1898. — TRIBOULET et COYON. Le rhumatisme articulaire aigu. *Actualités médicales*, 1900.
- Symptômes.** — OSLER. Varieties of chronic chorea. *The Journ. of nervous and mental diseases*, 1895, n° 2, p. 97. — CHAUFFARD. *Soc. méd. des hôp.*, 5 avril 1895. — BRISSAUD. *Revue de neurol.*, 50 juillet 1898. — J. BABEAU. Urine dans la chorée. *Bull. méd.*, 9 juin 1897. — ODDO. Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. *Presse méd.*, 50 septembre 1899. — Études des réflexes tendineux dans la chorée de Sydenham. *Gaz. des hôp.*, 50 octobre 1900. — Étude sur la localisation des symptômes de la chorée de Sydenham. *Revue de méd.*, janvier et février 1901. — JOHN LINDSAY STEVEN. Étude analytique de certains phénomènes cliniques observés dans 112 cas de chorée. *Arch. of Pediatr.*, mars 1900.
- État mental.** — MOBIUS. Troubles psychiques dans la chorée. *Munch. med. Wochenschr.*, 1892, n° 50-52. — P. MARIE. De l'ovarie dans la chorée de Sydenham. *Progrès méd.*, 1886, p. 59. — BALL. Leçon sur la folie choréique. *France méd.*, 1886. — SEGAS. De l'état mental dans la chorée. *Bull. de la Soc. mentale de Belgique*, 1887. — PAUL MOREAU (de Tours). *Traité de la folie chez les enfants*. Paris, 1898. — OLLIVIER. *Leçons cliniques de l'hôpital des Enfants-Malades*, 1886. — MAIRET. Manie choréique. *Annales médico-psychologiques*, 7^e S., t. IX et X, 1889. — JOFFROY. De la folie choréique, etc. *Semaine méd.*, février 1895. — BRETON. État mental dans la chorée. *Thèse de Paris*, 1895.
- Paralysie.** — GOWERS. Association médicale britannique. Congrès de Cambridge, 10 août 1880. — *British med. Journ.*, 25 avril 1881. — OLLIVE. Des paralysies chez les choréiques. *Thèse de Paris*, 1885. — LANNOS. Nosographie des chorées. *Thèse d'agrégation*, 1886. — CADET DE GASSICOURT. Chorée paralytique. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1889. — CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1887, 1888, 1889. — RONDOT. Les paralysies de la chorée. *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1889. — SIMON. Contribution à l'étude de la chorée molle. *Revue méd. de l'Est*, 15 décembre 1890. — PAUL BLOCC. De la chorée molle. *Gaz. hebdom. de méd.*, 4 janvier 1890. — RONDOT. *Les amyotrophies dans les paralysies de la chorée*. Bordeaux, 1890. — RAYMOND. *Soc. méd. des hôp.*, 16 mai 1890.
- Cœur.** — MOITY. Du cœur dans la chorée de Sydenham. *Thèse de Paris*, 1892. — GOODALL. *Guy's Hospital Rep.* London, 1890. — HASSE. *Krankheiten des Nervensystems*. 2^e édition, p. 169. — JOFFROY. Leçons sur quelques symptômes de la chorée. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 avril 1891. — DELABOST. Les souffles cardio-pulmonaires chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1895. — OGUSE. Étude clinique du cœur dans la chorée. *Thèse de Paris*, 1897. — FAVIER. Étude particulière des troubles choréiques cardiaques d'origine nerveuse. *Thèse de Lille*, 1897. — GUILLERMET. De la mort dans la chorée de Sydenham. *Thèse de Paris*, 1895. — J. HALLE et G. LANGEVIN. Un cas de chorée mortelle. *Arch. de méd. des enf.*, 1900. — VIC. La mort dans la chorée. *Thèse de Paris*, 1905.
- Traitement.** — MONCORVO. *Bull. therap.*, 50 mai 1892. — LEWENTHAL. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1882. — JEFFRIES. *Med. News*, mars 1890. — CH. LEBOUX. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin et août 1891. — CH. HUBRECHT. L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. *Thèse de Paris*, 1895. — JOFFROY. In *Thèse de Savic*. Paris, 1885. — SÉGUIN. *Leçons sur le traitement des névroses*. Paris, 1895. — J. COMBY. *La Médecine moderne*, 1896. — *Arch. de méd. des enfants*, 1899. — GARAUD et BELBÈZE. *Loire méd.*, 15 mai 1900.

XXI

MALADIE DE BERGERON

(Chorée électrique.)

PAR P. BÉZY

Professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse.

L'affection ou plutôt le syndrome, qui va être décrit sous le nom de maladie de Bergeron, est un de ceux dont la nosographie a été le plus discutée.

Cela tient à diverses causes : d'abord on décrit sous ce nom divers états n'ayant entre eux aucune relation clinique; c'est ainsi qu'il existe une chorée électrique de Dubini, qui n'a rien de commun avec la chorée électrique de Bergeron, comme nous le verrons plus loin. En second lieu, la dénomination de chorée a été appliquée à toute une série d'affections se manifestant par des secousses musculaires de caractères très variables; enfin ce qualificatif d'électrique qui, associé au terme de chorée, indique une secousse brusque, est applicable à diverses manifestations en outre de celle qui nous occupe.

Aujourd'hui cependant tout le monde est d'accord pour admettre que ce qualificatif répond à un état clinique bien caractérisé, au moins dans les cas types; mais, par un retour singulier, au moment où l'affection semble être bien connue, la plupart des auteurs demandent sa suppression, au moins en tant que maladie distincte, et son rattachement à l'hystérie.

Définition. — Dans l'esprit de ceux qui ont créé ce type clinique, la maladie de Bergeron doit être définie : une affection caractérisée par des mouvements brusques, saccadés, indépendants de la volonté, limités ordinairement à la tête et aux deux membres supérieurs, ou encore aux deux membres d'un même côté, et guérissant par le tartre stibié à dose vomitive.

Historique. — Jules Bergeron, frappé des allures singulières de cette maladie, proposa cette dénomination qui, si elle a le défaut d'être trop générale aujourd'hui, n'en a pas moins le mérite de donner une idée très nette.

Mais ce terme avait été employé bien avant lui. Disons tout d'abord, pour n'y plus revenir, que Dubini (de Milan) avait décrit, en 1846, une maladie qu'il appela chorée électrique, et qui était caractérisée cliniquement par des secousses rythmiques, intéressant un nombre plus ou moins grand de groupes musculaires. Ces secousses débutent par un doigt, un membre, la moitié de la face, puis s'étendent, sont suivies de paralysie, et le plus souvent la scène se termine par le coma et la mort. Les autopsies sont loin d'avoir toujours été concluantes : les lésions constatées, ordinairement superficielles, allant quelquefois jusqu'au ramollissement des couches optiques, ont toujours pour siège les centres nerveux. Cette affection, inconnue en France, serait assez fréquente en Italie, puisque Dubini en a observé 58 cas en 9 ans. Il est