

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 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 ET PRONOSTIC. — Les troubles de la motilité décrits plus haut caractérisent parfaitement la chorée; on ne les ren-

contre 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'hémianesthésie 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 fré-

quente 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 chances 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 Baudelocque, Ruz, G. Sée, 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 crainte 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 matelas sera étendu sur le sol et environné de tous côtés d'oreillers ; une surveillance continuelle est nécessaire, on s'efforcera de nourrir les malades.

BLACHE. Art. *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. Cliniq. méd., 7<sup>e</sup> édit., t. II. — RILLIET et BARTHEZ. Op. cit. — MARCÉ. De l'état mental dans la chorée (Mém. de l'Acad. de méd., 1860). — J. SIMON. Art. *Chorée*, du Nouv. Diction. de méd. et de chir. prat., Paris, 1867. — H. ROGER. Rech. clin. 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, th., Paris, 1881. — D'ESPINE et PICOT. Malad. de l'enfance, 1881. — LANNOIS (M.). Nosographie des chorées. Paris, 1886.

## PSEUDO-CHORÉES

En dehors de la chorée proprement dite qui est décrite dans le chapitre précédent, il existe un certain nombre d'affections qui se rapprochent de la chorée par ce fait qu'elles donnent lieu à des mouvements désordonnés, à l'incoordination motrice, mais qui s'en éloignent par d'autres caractères et qui méritent le nom de *pseudo-chorées*.

Parmi les pseudo-chorées nous rangerons : la chorée épidémique ou danse de Saint-Guy proprement dite et le tarentisme, les chorées électriques, les tics convulsifs et le tic de Salaam, les pseudo-chorées du larynx et du diaphragme.

## CHORÉE ÉPIDÉMIQUE. — TARENTISME

La première épidémie de chorée ou danse de Saint-Guy paraît avoir été observée en 1374. Des troupes d'hommes et de femmes quittaient leurs habits, se couronnaient de roses et se tenant par la main dansaient pendant des heures entières jusqu'à ce que, épuisés, ils tombassent par terre (Hecker) ; ils accusaient alors une angoisse que la compression du ventre faisait disparaître.

En quelques mois ce mal étrange fit de grands progrès dans les Pays-Bas et sur les bords du Rhin ; il disparut en 1380, mais une nouvelle épidémie prit naissance à Strasbourg en 1418 et s'étendit de là à l'Alsace, à la Bavière et même à la Bohême. C'est alors qu'on eut recours à l'intercession de saint Guy pour guérir les malades atteints de chorée, et c'est à partir de ce moment que la maladie prit le nom de danse de Saint-Guy. Des processions dansantes étaient organisées en l'honneur de ce saint, et la tradition s'en est conservée jusqu'à nos jours dans la petite ville d'Echternach.

Le *tarentisme*, qui fait son apparition en Italie au dix-septième

siècle, présente une grande analogie avec la danse de Saint-Guy épidémique. D'après une croyance populaire, la maladie était due à la piqûre de l'araignée venimeuse connue sous le nom de tarentule ; le nom de tarentisme est resté à la maladie. Le tarentisme était caractérisé surtout par des troubles sensoriels et intellectuels ; la musique produisait un soulagement marqué chez les malades qui se mettaient à danser lentement d'abord, puis avec des mouvements désordonnés.

La danse de Saint-Guy et le tarentisme paraissent relever de l'hystérie bien plus que de la chorée ; on peut rapprocher de ces névroses épidémiques les phénomènes observés dans certaines sectes de méthodistes du pays de Galles et des Cornouailles connues sous le nom de *Jumpers* et dans les camps-meetings et les revivals des méthodistes américains du Far-West ; dans les cérémonies religieuses de ces sectes il n'est pas rare de voir tous les assistants se mettre à hurler et à sauter jusqu'à entier épuisement.

#### CHORÉES ÉLECTRIQUES

On a donné le nom de chorée électrique à deux maladies bien différentes qu'il importe de distinguer.

1° *Chorée électrique de Dubini* ou *Maladie de Dubini*, décrite en 1845 par Dubini.

La maladie est caractérisée d'abord par des douleurs qui siègent dans la tête, la nuque et les lombes, puis par des secousses musculaires analogues à celles que provoque le passage du courant électrique. Ces contractions, d'abord limitées à un doigt, à un membre, s'étendent au bout de quelques jours ou de quelques semaines à toute une moitié du corps. Il existe de l'hyperesthésie, des douleurs plus ou moins vives. Les secousses sont souvent suivies de véritables attaques convulsives et d'un affaiblissement des membres (hémiplégie).

L'évolution de la maladie est en général progressive ; sa durée varie de quelques jours à plusieurs mois. Le pronostic est très grave ; d'après Bianchi, la mort surviendrait 90 fois sur 100. Dans les cas mortels les attaques convulsives se multiplient et les malades tombent dans le coma.

La nature de cette maladie, qui a été observée presque exclusivement en Italie, est inconnue ; on a constaté dans la plupart des autopsies des lésions inflammatoires plus ou moins marquées de l'axe cérébro-spinal et des méninges.

#### 2° *Chorée électrique de Bergeron*.

Observée chez les enfants âgés de sept à quatorze ans. Le début est brusque. La maladie est caractérisée par la contraction brusque, rythmique et involontaire de certains muscles du corps. Les contractinos sont limitées tantôt aux muscles du cou ou de la face, tantôt à ceux des épaules ou d'un des membres.

Les secousses sont brusques comme si elles étaient produites par le passage d'un courant électrique, elles se produisent à des intervalles plus ou moins courts, elles n'empêchent pas les mouvements volontaires, mais elles peuvent les contrarier. La chorée électrique de Bergeron se termine toujours par la guérison.

L'arsenic, le bromure de potassium, les douches froides, l'émétique ont donné de très bons résultats dans le traitement de cette affection.

#### TICS CONVULSIFS. — TIC DE SAALAM

Les tics convulsifs occupent le plus souvent les muscles de la face et ils se localisent dans tel ou tel groupe de muscles. Les contractions se produisent à intervalles variables ; un effort de la volonté réussit parfois à arrêter quelque temps ces contractions, qui au contraire s'accroissent sous l'influence des émotions lorsque, par exemple, les malades se sentent observés.

Les tics convulsifs siègent fréquemment aussi dans les muscles du cou ; les malades exécutent des mouvements de rotation de la tête d'une épaule à l'autre comme dans un geste négatif, ou bien la tête s'abaisse comme dans le geste positif ; ce dernier tic, qui se rencontre surtout chez les jeunes enfants, a reçu le nom de *tic de Salaam*. Si les muscles sterno-cléido-mastoïdiens se contractent également tous les deux, la tête s'incline directement en bas ; si l'un de ces muscles se contracte seul ou d'une manière prédominante, l'inclinaison de la tête s'accompagne d'un mouvement de rotation. L'épaule s'élève souvent du côté où la tête s'incline.

Le mouvement de salutation est régulièrement rythmé ou bien il se reproduit à intervalles irréguliers.

La maladie des tics convulsifs se présente sous les aspects les plus variés.

Le sommeil fait complètement disparaître les secousses.

On a décrit sous le nom de *paramyoclonus multiplex* une maladie qui se rapproche beaucoup des tics convulsifs. Cette affection est caractérisée par des secousses brusques dues à des contractions

de certains groupes de muscles des membres ou du tronc. Ces secousses musculaires n'atteignent pas les muscles de la face et les mouvements qu'elles occasionnent n'ont pas le caractère de coordination que présentent souvent les mouvements des malades atteints de tics convulsifs.

Sous le nom de *chorée du larynx* on a réuni des faits disparates et en particulier des faits qui relèvent de l'hystérie (toux et aboiements hystériques).

Le *hoquet* se montre quelquefois dans le cours de la chorée vulgaire et quelques auteurs ont proposé le nom de *chorée diaphragmatique* pour désigner certaines formes de hoquet chronique.

HECKER. Chorée épid. du moyen âge (Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég., 1834, t. XII). — DUBINI (Gaz. méd., 1846). — HÄRSEN. Epid. krankh. Jena, 1865. — BERLAND, th., Paris, 1880. — RICHER. Études sur l'hystéro-épilepsie, 1881. — M. LANNONIS. Nosographie des chorées, th. d'agrégation, Paris, 1880. — G. GUINON. Sur la maladie des tics convulsifs (Revue de médecine, 1880, n° 1) et tics convulsifs et hystérie (Même Rec., 1887, p. 509).

#### 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.

ÉTILOGIE. — 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 (Hillairel) ; 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 douloureuses et des *bouleversements* occasionnés par de grandes frayeurs.

L'habitation dans un endroit froid et humide paraît jouer un rôle important dans l'étiologie de la 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 les 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 phalangines 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 *rétrouulsion* 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 rétrouulsion 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 leurs lits; 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 rétropropulsion, 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.

D'après le docteur Demange, le tremblement dit sénile ne serait qu'une forme atténuée de la paralysie agitante.

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 rétropropulsion, 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 en 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 Palsy, 1817. — CHARCOT et VULPIAN. Gazette hebdomadaire, 1861-1862. — TROUSSEAU. Clinique, 7<sup>e</sup> édit., t. II. — SANDERS. Art. *Paralysie agitante*, in System of Medicine of Reynolds. — ORDENSTEIN. Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisée, th., Paris, 1868. — CHARCOT. Paralysie agitante et sclérose en plaques disséminées. Leçons clin. sur le système nerveux. — VILLEMIX. Observ. de paralysie agitante (Rec. mém. méd. milit., 1871). — CH. FENNET. Des tremblements, th. d'agrég. (médecine), Paris, 1872. — CLAVELEIRA, th., Paris, 1872. — A. BOUCHER. De la maladie de Parkinson et en particulier de la forme fruste, th., Paris, 1877. — DE SAINT-LÉGER. Maladie de Parkinson, th., Paris, 1879. — C. PAUL. Traitement du tremblement par les bains galvaniques (Association pour l'avancement des sciences, Reims, 1880). — E. DEMANGE. Le tremblement séculaire et ses rapports avec la paralysie agitante (Revue de médecine, 1882).

## 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 ἵστρον, 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, et de plus en plus 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° Le nervosisme héréditaire;  
 2° L'anémie et toutes les causes débilitantes, telles que fatigues excessives, privations, chagrins prolongés;  
 3° 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° 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;

5° Les troubles de la menstruation. Les maladies organiques de l'utérus ou de ses annexes se compliquent rarement d'hystérie, contrairement à ce qui a été avancé par quelques auteurs;

6° La vue d'une personne atteinte d'une attaque d'hystérie. Il existe dans la science bon nombre d'exemples d'épidémies hystériques nées sous l'influence de l'imitation ou, comme on l'a dit, de la *contagion nerveuse*.

Un jour de première communion à Saint-Roch, une jeune fille fut prise tout à coup de convulsions hystériques pendant la messe, et dans l'espace d'une demi-heure, cinquante à soixante femmes eurent des convulsions semblables (Bailly cité par Briquet, *op. cit.*, p. 170). Les ursulines de Loudun en 1634, et les convulsionnaires de Saint-Médard en 1127, n'étaient que des hystériques que l'ignorance et la crédulité transformaient en possédés. Aujourd'hui encore l'hystérie est la source ordinaire des guérisons dites miraculeuses.

7° Des douleurs périphériques, des traumatismes peuvent être le point de départ des attaques hystériques chez des personnes prédisposées d'ailleurs.

DESCRIPTION. — On se ferait une fausse idée de l'hystérie, si l'on s'imaginait que les symptômes si variés auxquels elle donne lieu se rencontrent dans tous les cas; il n'y a pas ici d'évolution régulière, pas de périodes bien caractérisées, mais une série de manifestations morbides qui se produisent isolément ou se groupent de la façon la plus capricieuse; aussi faut-il renoncer à faire un tableau d'ensemble, et se contenter d'une étude successive des principales manifestations morbides de la névrose.

L'hystérie peut débiter progressivement: les malades maigrissent et pâlissent, leur caractère change, ils deviennent très impressionnables, le rire ou les pleurs éclatent à la moindre émotion, l'intelligence prend un tour bizarre; il existe de l'op-

pression à l'épigastre, des sensations d'étouffement, de malaise, des frissonnements sans élévation de la température; l'appétit se perd, les digestions deviennent difficiles, des douleurs névralgiques ou musculaires occupent différents points du corps. Dans d'autres cas, la névrose éclate brusquement, sans phénomènes précurseurs, par une attaque convulsive, par une contracture ou par tel autre symptôme de l'hystérie confirmée.

A. *Attaques convulsives*. — D'après les recherches de Briquet, les attaques convulsives se produisent chez les trois quarts des hystériques; leur symptomatologie tapageuse était bien propre à attirer l'attention; aussi la plupart des auteurs s'accordent à leur attribuer la première place dans la description de l'hystérie.

Les convulsions hystériques sont souvent provoquées par des émotions vives, par des frayeurs, par des contrariétés, par la vue de certains objets, par certaines odeurs, etc... Il se produit une sensation de malaise, de dyspnée, de la constriction de la gorge, de la céphalalgie, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, puis une douleur à l'épigastre ou à l'hypogastre; ces sensations permettent ordinairement aux malades de prévoir l'attaque et de gagner leur lit avant que les convulsions éclatent.

Le malaise épigastrique dure quelques minutes, puis les malades éprouvent la sensation d'un corps rond, dit *globe hystérique* ou *boule hystérique*, qui de l'épigastre remonte jusqu'au larynx, où il s'arrête en déterminant une sensation d'étouffement, de strangulation; la douleur est parfois si vive que les hystériques portent les mains vers la partie antérieure du cou comme pour se débarrasser de l'obstacle qui gêne la respiration; les convulsions ne tardent pas à se produire. Les malades tombent à terre, quand elles n'ont pas pris soin de se coucher, et toutes les parties du corps sont agitées par des convulsions cloniques très violentes; le plus souvent les mouvements sont absolument désordonnés; quelques hystériques semblent se débattre pour se débarrasser d'une étreinte, pour éloigner un objet qui leur fait horreur; ou bien elles se roulent à terre avec une grande violence; la tête s'agite latéralement, puis d'avant en arrière, mais les muscles de la face se convulsent rarement comme dans l'épilepsie. Les mouvements du bassin rappellent ceux qui accompagnent le coït.

Les malades poussent souvent des cris aigus au début de l'attaque. Tantôt la conservation de l'intelligence est complète: les malades entendent ce qui se dit autour d'elles et gardent le



souvenir de tout ce qui s'est passé pendant l'attaque; tantôt (dans la majorité des cas d'après Briquet), il y a perte complète de connaissance et la sensibilité est également abolie; la brûlure, les piqûres, ne sont pas senties. Il existe souvent du délire et des hallucinations; le délire est presque toujours bruyant, agité; il a généralement rapport soit à des scènes auxquelles la malade se croit présente ou auxquelles elle se reporte, soit aux pensées qui l'occupent habituellement ou qui l'ont beaucoup frappée; il faut le considérer comme une sorte de rêve (Briquet, *op. cit.*, p. 363).

La face est animée, injectée, le cœur bat violemment, mais il n'existe pas d'état asphyxique.

La durée de l'attaque varie de quelques minutes à plusieurs heures; les convulsions cessent, l'intelligence revient; les malades sont prises alors de sanglots, ou bien il y a une émission abondante d'urines très claires et très pauvres en principes solides. Dans quelques cas, on voit survenir à la suite de l'attaque des syncopes, des extases, de la catalepsie.

Les attaques qui naissent sous l'influence de causes accidentelles se produisent naturellement à intervalles très variés; quant aux attaques spontanées, elles ont de la tendance à affecter la forme périodique (Briquet).

L'attaque hystérique n'est pas toujours complète; elle peut se limiter aux phénomènes initiaux: douleur épigastrique, sensation du globe hystérique, suffocation, spasme du pharynx, bâillements, hoquet prolongé, sanglots.

B. *Troubles de la sensibilité. Hyperesthésie ovarienne. Clou hystérique. Névralgies. Myosalgies. Hémianesthésie.* — Les auteurs qui avec Briquet ont combattu la théorie *génitale* de l'hystérie ont été conduits à nier toute influence de l'utérus et des ovaires sur la marche de l'hystérie, et en cela ils ont dépassé la mesure. Briquet reconnaît que les hystériques éprouvent souvent des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen; mais, d'après lui, il s'agirait de douleurs musculaires. Les recherches de Schutzenberger, de Piorry, de Négrier et de Charcot tendent à démontrer, au contraire, que les ovaires sont le siège principal de ces douleurs, et que l'hyperesthésie ovarienne exerce une influence remarquable sur plusieurs manifestations de l'hystérie, notamment sur les attaques convulsives.

Lorsque chez une hystérique on déprime fortement la paroi abdominale, on arrive assez souvent à reconnaître vers la partie moyenne du rebord osseux qui constitue le détroit supérieur du

bassin un corps ovoïde, du volume d'une olive ou parfois d'un petit œuf, qui glisse sous le doigt et qui est douloureux à la pression, au moins d'un côté; la douleur locale s'accompagne souvent d'épigastrie, puis de la sensation de globe hystérique et d'étranglement; enfin une attaque complète d'hystérie peut être la conséquence de cette manœuvre, pour peu qu'on la prolonge. La pression des ovaires hyperesthésiés, qui peut provoquer les crises hystériques, peut aussi les arrêter. Au milieu d'une attaque d'hystérie, la compression ovarienne est assez difficile, parce que la paroi abdominale est tendue et le ventre ballonné; mais, dès qu'on a vaincu cette résistance et qu'on peut agir sur l'ovaire, les convulsions se calment et l'attaque ne tarde pas à prendre fin. L'hyperesthésie ovarienne siège toujours du même côté que l'hémianesthésie; lorsqu'il existe chez une femme une hémianesthésie droite, par exemple, on peut en conclure presque à coup sûr que cette femme est *ovarienne droite*, et que, interrogée sur le siège des douleurs abdominales, elle indiquera le flanc droit.

L'hyperesthésie ovarienne ou *ovaralgie* n'est pas constante; d'autre part, des pressions exercées sur l'épigastre ou sur le rachis provoquent chez quelques hystériques des attaques comme la pression sur les ovaires. En somme, il existe souvent chez les hystériques des zones *hystérogènes*, c'est-à-dire des zones dont l'excitation fait naître des attaques, et les ovaires constituent un des points hystérogènes les plus communs; mais il n'y a aucune conclusion générale à tirer de ces faits quant aux rapports de l'hystérie avec l'appareil génital.

Après l'ovaralgie viennent, par ordre d'importance, l'hyperesthésie cutanée et les douleurs névralgiques, dont le siège est très variable; quelques malades accusent, vers le sommet de la tête, une douleur térébrante, bien limitée: c'est le *clou hystérique*; ou bien les seins deviennent très douloureux (*mastodynies*); d'autres fois on constate de la migraine ou *hémicrânie*, des névralgies intercostales ou sous-occipitales, de la gastralgie, de l'entéralgie; des douleurs musculaires dans les parois de l'abdomen (*myosalgie*), dans les muscles du rachis (*rachialgie*), de la poitrine (*pleuralgie*), ou bien encore de l'hyperesthésie des grandes lèvres, et du vaginisme. Les douleurs dorsales sont presque constantes, ainsi que le fait remarquer Sydenham; elles s'exagèrent par la pression et font penser quelquefois à une maladie de la moelle.

L'arthralgie hystérique est souvent confondue avec une arthrite

véritable (Brodie); limitée en général à une articulation, elle peut aussi s'étendre à plusieurs. Les douleurs sont parfois tellement vives que les malades réclament l'amputation.

Les malades accusent spontanément les douleurs; l'anesthésie, au contraire, doit être recherchée; c'est ce qui explique pourquoi sa fréquence dans l'hystérie a été pendant longtemps méconnue. L'hémianesthésie constitue la variété la plus commune de l'anesthésie hystérique; elle est souvent complète, étendue à toute une moitié du corps, y compris la face et les sens supérieurs; identique, en un mot, à l'hémianesthésie d'origine cérébrale. L'anesthésie n'est pas limitée à la peau; elle s'étend aux parties profondes, aux muscles en particulier; si bien qu'on peut traverser à l'aide d'une longue aiguille le bras ou l'avant-bras des malades sans provoquer ni douleur, ni même une sensation de contact; dans d'autres cas, il y a analgésie sans anesthésie complète. L'hémianesthésie est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite.

L'anesthésie s'accompagne souvent d'une ischémie très prononcée de la peau; les piqûres, les coupures, ne donnent lieu à aucune hémorrhagie, fait qui a été cité plus d'une fois comme miraculeux.

Burq a montré qu'en appliquant des pièces métalliques sur les parties anesthésiées, on pouvait faire reparaitre la sensibilité; la nature des métaux capables de rappeler la sensibilité varie avec les malades; l'application ne doit pas être trop prolongée; si on laisse trop longtemps les pièces de métal en contact avec la peau, il se produit un malaise général et l'anesthésie reparait. Chose remarquable, à mesure que l'anesthésie se dissipe d'un côté sous l'action des métaux, elle reparait aux points symétriques du côté opposé. Burq a conclu de ses expériences que certaines malades sont sensibles à l'or, d'autres à l'argent ou au cuivre, et il est parti de là pour recommander l'usage à l'intérieur des métaux qui avaient réussi, sous forme d'application externe, à dissiper l'anesthésie. D'après les recherches les plus récentes, les pièces métalliques agiraient dans la métallothérapie externe, en provoquant un courant électrique très faible; les métaux purs, exempts de tout alliage, sont sans action sur la sensibilité, et, d'autre part, en employant un courant électrique très faible, comparable comme intensité à celui que développent des pièces de monnaie appliquées sur la peau, on obtient des résultats analogues à ceux de Burq.

Les aimants et les solénoïdes exercent sur l'hémianesthésie

hystérique une influence identique à celle de la métallothérapie (Charcot et Regnard).

Cette action des métaux et des courants faibles sur la sensibilité ne s'observe pas seulement dans l'hystérie, elle a été constatée dans des hémianesthésies d'origine cérébrale.

L'anesthésie de la muqueuse de l'isthme du gosier a été décrite par Chairou comme un symptôme pathognomonique de l'hystérie; en effet, chez bon nombre de malades, on peut introduire le doigt jusque sur l'épiglotte et à l'entrée du larynx sans provoquer aucun réflexe; mais ce symptôme n'est pas constant chez les hystériques, et l'on peut le rencontrer dans d'autres maladies, en particulier dans le saturnisme (Bernutz).

C. *Troubles de la motilité. Paralysies. Contractures.* — Nous ne reviendrons pas sur les convulsions qui accompagnent les crises hystériques; mais nous devons signaler parmi les symptômes les plus importants de l'hystérie, les paralysies et les contractures.

L'hémiplégie et la paraplégie sont les formes les plus communes de la paralysie hystérique. Ces paralysies débutent en général brusquement, à la suite d'une attaque convulsive ou d'une émotion vive; les malades atteints de paralysie s'aperçoivent avec étonnement qu'ils ne peuvent plus marcher; l'hémiplégie est flasque et s'accompagne d'hémianesthésie du même côté. La marche de la paralysie est très variable; il suffit parfois d'une émotion vive pour que les mouvements reviennent tout à coup. L'hémiplégie hystérique atteint très rarement les muscles de la face; c'est là un caractère important au point de vue du diagnostic différentiel de l'hémiplégie hystérique et de l'hémiplégie consécutive aux maladies de l'encéphale, laquelle porte presque toujours sur les muscles de la face aussi bien que sur ceux des membres.

Dans ces dernières années, on a publié des faits, en assez grand nombre déjà, qui démontrent que chez des hystériques les traumatismes peuvent provoquer l'apparition de paralysies, telles que: monoplégie, hémiplégie, qui présentent tous les caractères des paralysies hystériques et qui peuvent guérir instantanément, ce qui démontre bien l'absence d'une lésion organique profonde.

La distribution de l'anesthésie fournit en général des signes précieux pour le diagnostic des paralysies hystéro-traumatiques. Soit une paralysie d'un des membres supérieurs; dans la paralysie hystérique, l'anesthésie occupe tout le membre supérieur