

amélioration, mais le nombre des observations est encore insuffisant pour permettre de juger avec certitude de la valeur de cette méthode.

A l'intérieur, on pourra prescrire les médicaments antispasmodiques, d'une façon générale, tels que la belladone, le bromure de camphre, le borate de soude, et l'hyosciamine souvent employée par Charcot (en pilules de 1 milligramme, à prendre d'une à quatre par jour). Erb a préconisé le chlorhydrate d'hyoscine en injections sous-cutanées d'un demi à un milligramme. Peterson recommande l'hydrobromure d'hyoscine mêlé à la codéine.

Nous nous sommes parfois bien trouvé de la solanine associée à la jusquiame, que nous prescrivons de la façon suivante :

Solanine.....	0,01 centigr.
Poudre de jusquiame.....	0,02 —
Bicarbonate de soude.....	0,10 —

Pour 1 cachet. — 2 à 4 par jour.

Mais, nous le répétons, il faut être sobre de médicaments, et insister plutôt sur les pratiques externes.

PAUL BLOCC.

CHORÉE

Historique. — La *chorée* semble avoir été confondue par les médecins de l'antiquité, notamment par Pline et par Galien, sous le nom de *scélotyrbe*, avec d'autres affections nerveuses accompagnées de mouvements involontaires et d'incoordination motrice. Au moyen âge, elle fut englobée aussi, suivant toute apparence, avec ces maladies qui, à plusieurs reprises, atteignirent une grande extension, principalement dans les contrées avoisinant le Rhin, et qui furent appelées *danse de Saint-Guy*, du nom du saint aux chapelles duquel les gens atteints de ce genre de maladies se rendaient en pèlerinage. C'est Sydenham qui, le premier, décrivit réellement la maladie que nous étudions principalement ici et à laquelle il conserva le nom de *chorée* ou *danse de Saint-Guy*. Cette dénomination donna lieu pendant longtemps encore à de nombreuses confusions; après Sydenham, la réalité de cette affection fut plus d'une fois méconnue, et Lieutaud, au siècle dernier, en niait même l'existence. Depuis le

traité de Bouteille¹, la chorée a généralement été regardée comme une maladie distincte; elle a été définitivement séparée de la grande chorée, grande danse de Saint-Guy, chorée rythmée, et des autres manifestations choréiformes hystériques (G. Sée, Charcot) ou symptomatiques d'affections organiques des centres nerveux (Charcot, Oulmont, Raymond), ainsi que d'autres maladies avec tremblements, telles que la paralysie agitante, la sclérose en plaques, etc.

Pendant que la chorée se trouvait ainsi délimitée cliniquement, de nombreuses recherches tentaient de pénétrer son origine et sa nature intime; le mémoire, dans lequel M. G. Sée² signalait les rapports fréquents existant entre cette maladie et le rhumatisme, marque une étape importante dans ces recherches.

Plus tard, la chorée, qui est surtout une maladie de l'enfance et de l'adolescence, et ne se montre que rarement chez les adultes en dehors de certaines conditions particulières, telles que la grossesse³, rarement aussi chez les vieillards⁴, était signalée comme pouvant frapper, surtout à l'âge adulte, de nombreux membres d'une même famille, pendant plusieurs générations (*chorée héréditaire* de Huntington). De nombreuses observations analogues ont été publiées depuis sur cette forme de chorée, qui suit une marche particulièrement chronique et progressive, mais les avis restent partagés à son sujet: les uns regardant cette forme chronique de la chorée comme une maladie à part, les autres la rapprochant de la chorée de Sydenham⁵.

SYNONYMIE. — La chorée est encore désignée par les noms de: petite chorée, *chorea minor*, chorée vulgaire, chorée de Sydenham, petite danse de Saint-Guy, pour la distinguer des autres troubles choréiformes et de la grande chorée, ou grande danse de Saint-Guy, chorée rythmique, qui fait partie des chorées hystériques (voir p. 326).

Étiologie. — *Age.* — La chorée atteint principalement les enfants depuis l'âge de la seconde dentition jusqu'à la puberté; sa plus grande fréquence se rencontre entre six et onze ans, puis entre onze et quinze (Rufz, Rilliet et Barthez, G. Sée, J. Simon, etc.). Elle est assez rare avant six ans et exceptionnelle au-dessous de quatre ans. On l'aurait rencontrée, il est vrai, dès les premières semaines ou les premiers

1. BOUTEILLE, *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy*, Paris, 1810.
2. G. SÉE (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV).
3. JACCOUD, *Sur la chorée des femmes grosses* (in *Leçons de clinique médicale*, Paris, 1867-69). — HERVÉ (Thèse de Paris, 1884). — GAYRAUD (Thèse de Paris, 1884).
4. CHARCOT, De la chorée vulgaire chez les vieillards (*Prog. méd.*, 9 mars 1878). — MEUNIER (Thèse de Nancy, 1893). — NICOLAS (Thèse de Paris, 1879).
5. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1888-89. — DEJERINE, *L'hérédité dans les maladies du système nerveux* (Thèse d'agrégation, 1886). — LANNOS (*Revue de médecine*, 1888). — HUET, *De la chorée chronique* (Thèse de Paris, 1889).

mois de la vie; mais, pour le plus grand nombre des cas publiés, il convient de garder une grande réserve : la plupart paraissent devoir être rapportés plutôt à des mouvements choréiformes symptomatiques ou à d'autres maladies, telles que l'athétose, le tic de Salaam, etc. Au-dessus de quinze ans, elle devient aussi de moins en moins fréquente et rare après la vingtième année. Chez l'adulte, en dehors de la chorée chronique progressive, le plus souvent héréditaire, elle se montre rarement. Elle est exceptionnelle chez le vieillard, en tant que chorée essentielle, non symptomatique.

Sexe. — La chorée de l'enfance et de l'adolescence atteint plus souvent les filles que les garçons dans la proportion de 2 contre 1 environ. Une semblable différence entre les deux sexes s'observe encore après la puberté. Pour la chorée chronique héréditaire, toutefois, les deux sexes paraissent à peu près également prédisposés.

Hérédité. — Dans les antécédents familiaux des choréiques, même en laissant de côté la chorée héréditaire de Huntington, il n'est pas rare de rencontrer la chorée (hérédité similaire); plus souvent encore on trouve d'autres maladies nerveuses (hérédité de transformation). Assez souvent aussi on rencontre le rhumatisme¹.

Rhumatisme. — Signalés d'abord en 1850 par M. G. Sée, les rapports du rhumatisme articulaire aigu avec la chorée ont provoqué depuis de nombreuses recherches et donné lieu à des interprétations diverses. Pour les uns (Botrel, Roger), la chorée serait à peu près toujours, sinon toujours, de nature rhumatismale, elle pourrait même à elle seule constituer une manifestation du rhumatisme; pour d'autres, la coexistence du rhumatisme, qui le plus souvent précède la chorée, quelquefois l'accompagne, quelquefois aussi lui succède, serait fréquente², et pour M. G. Sée, notamment, la chorée serait rhumatismale dans les deux cinquièmes des cas; pour d'autres, le rhumatisme a été rencontré dans des proportions beaucoup moindres³. Aussi la plupart de ces auteurs n'attribuent-ils plus d'influence causale directe au

1. De nombreuses statistiques ont été dressées à ces divers points de vue; pour n'en citer que quelques-unes, nous voyons que HERRINGHAM (*Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres*, 8 janvier 1889) a trouvé la chorée parmi les antécédents héréditaires de ses malades dans 12 familles sur 75. — MONEY (*Brain*, v. 82-83) a rencontré la chorée chez les ascendants 14 fois sur 214 cas. — P. KOCH (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 40), sur 113 cas, a trouvé des antécédents nerveux 21 fois pour 100 dans la famille des malades, 8 fois pour 100 chez les ascendants directs. — HERRINGHAM (*loc. cit.*) a rencontré le rhumatisme dans les antécédents familiaux pour le tiers des cas.

2. Le rhumatisme aurait été constaté dans 35 à 40 pour 100 des cas de chorée pour MM. G. Sée, West, C. de Gassicourt, Henoch, St. Mackensie, Herringham, Garrod.

3. Il ne se rencontrerait que dans 20 pour 100 des cas (Hammond); 17 pour 100 (P. Koch); 15 pour 100 (Osler, Sturges); 6 pour 100 (Prior); et seulement 2 pour 100 (Steiner).

rhumatisme, il agirait seulement d'une façon indirecte comme cause débilitante. Pour d'autres encore, MM. Joffroy¹ et Comby², le rhumatisme serait exceptionnel, les douleurs articulaires coexistant avec la chorée seraient le plus souvent des douleurs de croissance ou des arthropathies d'origine nerveuse, et les souffles cardiaques, que l'on constate fréquemment chez les choréiques, seraient le plus souvent des souffles fonctionnels ou anémiques. Pour Charcot, la coexistence assez fréquente du rhumatisme et de la chorée n'est pas due à une relation de cause à effet, mais au fait que l'arthritisme et le nervosisme proviennent souvent d'une source semblable et sont, pour ainsi dire, deux rameaux d'un même arbre.

Fièvres éruptives, maladies infectieuses. — On a vu assez souvent la chorée se développer après la scarlatine et la rougeole; on l'a vue aussi apparaître après la fièvre typhoïde, dans le cours de la tuberculose et dans le paludisme.

Affections cardiaques. — On a attribué aussi, surtout en Angleterre, avec Bright, S. Kirkes, Broadbent, Tuckwell, etc., un rôle étiologique important aux affections du cœur; leur rôle pathogénique a été diversement compris; tandis que H. Jackson rapportait la chorée à de petites embolies parties du cœur et arrêtées dans les artérioles du cerveau, d'autres, tels que Bright, Cyon, la faisaient dépendre d'une action réflexe ayant pour point de départ l'irritation des nerfs du cœur. En France, pour Roger, tous les choréiques présentaient des manifestations cardiaques passagères ou permanentes, mais l'observation des faits n'a pas confirmé cette opinion³.

Les *impressions morales*, les *émotions vives*, la *frayeur* surtout sont citées parfois comme la cause provocatrice de la chorée; Sturges leur accorde une grande importance. Ces causes seraient très fréquentes si l'on s'en tenait toujours aux premiers renseignements fournis par les parents, généralement portés à invoquer une semblable origine; leur action paraît cependant bien établie pour un certain nombre de cas.

La *chlorose*, l'*anémie* peuvent aussi être une cause déterminante de la chorée (Bouchut). Il en est de même de toutes les causes capables de produire l'affaiblissement du système nerveux ou de la santé générale : l'éducation mal dirigée, le surmenage cérébral, une mauvaise alimentation, de mauvaises conditions hygiéniques, la masturbation, les excès sexuels.

1. JOFFROY (*Progrès méd.*, 30 mai 1885, et Thèse de SARIC, Paris, 1885).

2. COMBY (*France méd.*, 1888).

3. Mackensie, dans une nombreuse statistique, n'a relevé des affections du cœur que dans la moitié des cas, et Herringham seulement dans le quart; P. Koch n'a constaté d'affections valvulaires que dans 13,7 pour 100 de ses cas.

L'état de *grossesse* est une cause fréquente de chorée tardive : c'est surtout dans les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse que la chorée se développe ; les primipares y sont plus exposées que les multipares, de même que les femmes qui ont eu déjà antérieurement la danse de Saint-Guy. On a encore rapporté certains cas de chorée à une *origine réflexe* : vers intestinaux (Stoll), affections gastro-intestinales, traumatismes locaux (abcès du pied causé par une aiguille : Rixen), etc.

L'*imitation* aussi peut être le point de départ de la chorée (Boerhaave) ; il y a lieu, toutefois, de distinguer les cas de chorée vraie, provoqués par l'imitation, qui paraissent assez rares, de nombreux autres cas de chorée hystérique arythmique qui ont cette origine.

Climats. Saisons. — La chorée paraît plus fréquente dans les pays froids et humides : en Angleterre, en Allemagne, en France, etc. Relativement à l'influence des saisons, les observateurs ne sont pas d'accord, les uns estimant qu'elle se développe surtout en automne, en hiver, ou au printemps, d'autres en été.

Symptômes. — La chorée se développe le plus habituellement d'une façon lente et graduelle ; d'abord un changement se fait remarquer dans le caractère et les aptitudes intellectuelles des enfants : ils deviennent capricieux, maussades, grognons, irritables ; ils se montrent oublieux et distraits et sont incapables d'une attention un peu soutenue. A cette instabilité psychique se joint une instabilité motrice : ils sont plus remuants, éprouvent le besoin de changer fréquemment de place ; les traits de leur visage sont plus mobiles et grimaçants. Leurs parents ou leurs maîtres, méconnaissant souvent la nature de ces désordres, leur adressent des réprimandes qui ne font qu'augmenter leur émotivité et leurs troubles moteurs. Fréquemment aussi ils se montrent maladroits de leurs mains, laissent tomber les objets qu'ils tiennent ; à table ils renversent leurs aliments, cassent leur verre, etc. ; enfin les mouvements involontaires s'accroissent et se caractérisent de plus en plus. Dans quelques circonstances cependant le début est plus brusque, notamment lorsque la chorée succède à une frayeur ; parfois il est marqué par des phénomènes convulsifs, ou par des accidents faisant penser à une fièvre cérébrale.

Rarement toutefois la chorée est généralisée d'emblée, et, le plus souvent, elle débute par la face ou par les membres supérieurs d'un seul ou des deux côtés, moins fréquemment par les jambes ; ou bien encore elle se montre sur tout un côté du corps. Quelquefois elle reste ainsi pendant tout son cours cantonnée sur un seul côté, *hémichorée*, plus fréquente à gauche qu'à droite. Cette localisation unilatérale cependant n'est pas aussi absolue que dans les affections organiques et une observation attentive montre presque toujours quelques petits

mouvements s'étendant aussi à l'autre côté, soit aux membres, soit surtout à la face. Lorsqu'elle est généralisée, elle reste fréquemment encore plus prononcée d'un côté, le plus souvent du côté gauche ; d'autres fois cependant les deux côtés sont à peu près également atteints, soit simultanément, soit successivement.

Si la chorée est très développée, les gesticulations du malade, sans cesse changeantes et intempestives, forment un tableau caractéristique.

Les traits du visage sont dans une mobilité extrême ; le front est tour à tour élevé ou abaissé, sillonné transversalement de rides profondes ou plissé verticalement ; les sourcils se froncent et se rapprochent, puis s'écartent bientôt de nouveau, les paupières s'ouvrent et se ferment, les globes oculaires roulent dans toutes les directions ; les commissures labiales sont attirées tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, la bouche est élargie transversalement ou bien les lèvres se resserrent et sont projetées en avant et bientôt après attirées dans un autre sens ; la physionomie passe ainsi d'un instant à l'autre par les expressions les plus grotesques et les plus contradictoires, représentant tour à tour et d'une façon inattendue la joie, le chagrin, la crainte, l'étonnement, le dédain, etc.

Souvent la langue participe aux mouvements involontaires, roule sur le plancher de la bouche, claque contre le palais ou est projetée au dehors, et parfois se trouve saisie entre les dents par le rapprochement brusque des mâchoires ; ou bien ce sont les lèvres et les joues qui se trouvent attirées vers la cavité buccale et plus ou moins profondément mordues. Quelquefois le voile du palais et les muscles du larynx se contractent aussi involontairement et font entendre des bruits variés. L'articulation des mots est troublée ; la parole devient saccadée, entrecoupée tout à coup au milieu d'un mot, ou change plusieurs fois de tonalité au cours d'une même phrase ; parfois elle est lente et traînante, parfois au contraire extrêmement précipitée.

La tête se tourne d'un côté ou de l'autre, se redresse ou se fléchit, s'incline sur l'une ou l'autre épaule, celles-ci sont élevées, abaissées, attirées en avant ou en arrière simultanément ou isolément ; les bras sont lancés dans toutes les directions, les mains et les doigts agités de mouvements continuels et variés. C'est, suivant l'expression de Bouillaud, une sorte de *folie musculaire*. Dans les cas où ils sont encore peu développés, les mouvements choréiques se montrent souvent prononcés surtout aux mains et aux doigts, que les malades sont dans l'impossibilité de tenir en repos, malgré toute l'attention que l'on sollicite d'eux ; souvent aussi l'instabilité de position des épaules est très marquée. Aux membres inférieurs, les pieds sont constamment changés de place, fléchis, étendus sur la jambe,

portés en dedans ou en dehors; si les gesticulations choréiques sont plus développées, les jambes sont lancées dans toutes les directions; elles se dérobent parfois tout d'un coup sous le malade, ou bien les genoux s'entre-choquent pendant la marche, les pieds se prennent l'un dans l'autre, ce qui peut entraîner des chutes imprévues.

Au tronc, on observe des mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale, de rotation; les muscles respirateurs et le diaphragme participent aussi parfois aux mouvements choréiques, d'où résultent de l'irrégularité et des troubles divers des fonctions respiratoires; ou bien encore les muscles de l'abdomen par leurs contractions involontaires troublent, mais bien plus rarement, l'excrétion des urines et l'expulsion des matières fécales.

Les mouvements choréiques présentent un ensemble de caractères qu'il est important de connaître pour éviter de les confondre avec un certain nombre d'autres mouvements involontaires pathologiques. Ils sont vifs, rapides, sans avoir toutefois la soudaineté et la brusquerie des secousses des tics. Ils se montrent pendant l'état de repos comme pendant l'exécution des mouvements volontaires. Ils sont continus et constants, au lieu de revenir plus particulièrement par accès. Ils sont très variés, illogiques, absurdes, n'affectent aucun rythme, aucun système; très diversifiés, ils sont orientés dans les directions les plus différentes et non groupés régulièrement de part et d'autre d'une ligne fictive. Ils ne s'accompagnent d'aucune rigidité musculaire, mais sont souples, moelleux, arrondis, pour ainsi dire, et bien qu'involontaires ressemblent dans une certaine mesure à des mouvements voulus, comme si les malades, avant d'atteindre un but déterminé, multipliaient les gesticulations contradictoires dans l'intention de provoquer le rire des assistants (Sydenham). Néanmoins ils ne mettent pas en général un obstacle absolu à l'exécution du mouvement voulu et presque toujours le but proposé finit par être atteint. Ils sont exagérés par l'émotion et par les mouvements volontaires, du moins au début et pendant la période d'état de la maladie, rendant les malades incapables d'accomplir des actes un peu délicats, d'écrire, de coudre, de s'habiller, etc.; dans les cas intenses, même, ils peuvent mettre un obstacle sérieux à l'alimentation, par suite de la difficulté de la préhension des aliments et de la gêne de la déglutition. Dans la chorée chronique toutefois, les gesticulations diminuent considérablement à l'occasion des mouvements voulus (Lannois); il peut en être de même dans les cas légers de chorée vulgaire ou au déclin de la maladie.

Malgré l'intensité des mouvements involontaires et leur répétition incessante, les malades ne se plaignent pas de fatigue musculaire.

Généralement les mouvements choréiques cessent pendant le sommeil; parfois cependant on les a vus persister, plus ou moins atténués, mais le plus souvent ils paraissent en rapport avec des rêves (Marschal-Hall). La narcose chloroformique les fait disparaître également.

Dans les chorées graves, le sommeil est parfois troublé et devient rare par suite de l'intensité des mouvements, et le défaut de sommeil contribue à épuiser les malades.

On peut voir dans le cours de la chorée les gesticulations cesser et faire place à un affaiblissement parétique plus ou moins prononcé et plus ou moins étendu: *chorée molle* ou *paralytique*¹. Ces parésies sont quelquefois limitées à un seul membre ou à un côté du corps, mais plus souvent elles se présentent sous la forme paraplégique et occupent à la fois les deux membres supérieurs, ou les deux membres inférieurs. Quelquefois elles s'étendent au corps tout entier: les petits malades ne peuvent ni marcher, ni se tenir debout et s'affaissent sur eux-mêmes; leurs bras sont inertes et pendants, la tête tombante sur la poitrine, le tronc infléchi en avant. Le plus souvent, cependant, de petits mouvements involontaires peu étendus persistent encore, surtout aux extrémités des membres et à la face, et permettent de reconnaître la chorée, masquée par l'état paralytique. Les réflexes rotuliens sont, dans ces cas, généralement abolis. Après quelques jours ou quelques semaines les parésies disparaissent peu à peu et la guérison s'établit, soit directement, soit après le retour passager des mouvements choréiques.

Les troubles de la sensibilité sont inconstants et variables; ils peuvent être sous la dépendance directe de la chorée, mais se rattachent dans d'autres cas à son association avec l'hystérie; on a signalé l'existence de points douloureux à la pression, principalement le long de la colonne vertébrale (Triboulet), et sur le trajet de certains nerfs, ou de l'hyperesthésie de la région ovarienne (Marie); d'autres fois on a rencontré de l'anesthésie limitée à un membre, ou étendue à tout un côté du corps ou au corps entier. On a noté encore des douleurs vagues dans la continuité des membres, ou au voisinage des articulations, parfois aussi de la céphalalgie.

Les réflexes tendineux ne présentent pas de modifications constantes, souvent ils restent normaux, parfois exagérés, ou au contraire diminués ou abolis. L'excitabilité électrique des membres a quelquefois été trouvée augmentée (Rosenthal, Benedikt).

Les pupilles sont fréquemment dilatées, quelquefois inégalement,

1. WEST, *L'éc. clin. sur les mal. des enfants*. — GOWERS (*Brit. med. Journ.*, 1881). — OLLIVE (Thèse de Paris, 1883). — CHARCOT, *L'éc. du mardi*.

la plus large se trouvant du côté où les mouvements choréiques sont le plus prononcés.

Les battements du poulx et du cœur sont quelquefois précipités¹ et irréguliers, mais il reste douteux qu'il faille en attribuer la cause à la participation du muscle cardiaque aux mouvements choréiques; ces troubles sont généralement dus à un état de chloro-anémie, parfois à des lésions organiques. Les souffles cardiaques sont fréquents: les uns sont des souffles anémiques, d'autres dépendent d'une endocardite portant le plus souvent sur la valvule mitrale.

La chorée ne s'accompagne pas de fièvre, en dehors de celle qui dépend de complications, ou qui se développe à la dernière période des chorées graves.

L'état mental présente presque toujours divers troubles, en général légers, quelquefois graves. Ce sont: 1° de l'affaiblissement passager des facultés intellectuelles, de la diminution de la mémoire, de la faiblesse de l'attention; 2° des modifications du caractère et de la sensibilité morale; 3° parfois des hallucinations, et plus particulièrement des hallucinations de la vue, se montrant surtout pendant la période intermédiaire à la veille et au sommeil. Les hallucinations se montrent principalement quand l'hystérie est associée à la chorée; 4° dans quelques cas un délire maniaque, généralement d'une mauvaise signification pronostique (Marie). Parmi les troubles de l'état mental, d'ailleurs, il convient de distinguer ceux qui dépendent directement de la chorée et ceux qui se rattachent à d'autres névroses associées, ou à l'état névropathique des malades (Séglas)².

Marche. Durée. Terminaison. — La chorée présente une évolution lente. Sa *durée* est, dans la grande majorité des cas, de deux à trois mois; quelquefois elle se prolonge un peu plus; rarement elle dure moins de six semaines. Lorsqu'elle disparaît rapidement, après deux ou trois semaines, il est fréquent de la voir récidiver quelque temps après. Les *récidives* ne sont pas rares, non plus, même dans les cas qui ont suivi l'évolution ordinaire, soit au bout de quelques mois, soit plus souvent l'année suivante. On a compté jusqu'à six ou sept récidives successives, la chorée se montrant ainsi chaque année, surtout à l'automne ou au printemps; en général à chaque récidive la durée tend à être de moins en moins longue.

Chez les enfants et les adolescents, la chorée se termine presque toujours par la *guérison*. Quelquefois on l'a vue laisser après elle

1. JOFFROY (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1891, p. 253).

2. Voir aussi JOFFROY (*Sem. médic.*, 25 févr. 1893, p. 89) et BRETON, *Etat mental dans la chorée* (Thèse de Paris, 1893).

un certain degré d'affaiblissement intellectuel, qui a presque toujours disparu au bout de quelque temps.

La *mort* est exceptionnelle; elle est due le plus souvent à des complications dépendant soit de lésions cardiaques concomitantes, soit de phlegmons développés à la suite d'excoriations ou de plaies produites sur les membres, aux genoux, aux coudes, etc., dans les cas de chorée intense. La mort cependant peut dépendre directement de la chorée et survenir par épuisement, par suite de la violence et de la persistance des mouvements, des troubles qu'ils entraînent dans la respiration, l'alimentation et le sommeil. On voit alors les gestulations diminuer d'étendue et d'intensité, puis disparaître à peu près complètement, remplacées seulement par quelques soubresauts des tendons (Rilliet et Barthez). La fièvre peut manquer jusqu'à la terminaison fatale, mais assez souvent, même en dehors de toute complication, la température s'élève à 38 degrés, 39 degrés, 40 degrés; la face et les lèvres se cyanosent et l'on se trouve en présence d'une sorte d'*état de mal choréique* (Charcot); enfin la mort arrive dans un demi-coma, avec ou sans délire. Cette terminaison, exceptionnelle au-dessous de quinze ans, se rencontre plus fréquemment au-dessus de cet âge, dans les chorées que l'on pourrait appeler *tardives*, et dans la *chorée des femmes enceintes*.

Chez les adultes et les vieillards, cependant, la chorée peut se terminer encore par la guérison; mais le plus souvent elle tend à passer à l'état chronique et à suivre une marche progressive, entraînant presque toujours en même temps un affaiblissement plus ou moins rapide des fonctions intellectuelles, aboutissant à la démence, et entrecoupé parfois de phases d'excitation violente. Cette forme de la chorée, *chorée chronique progressive*, *chorée héréditaire*, *chorée de Huntington*, se développe surtout sous l'influence de l'hérédité similaire, mais elle en reste parfois indépendante. Pour les uns (Charcot), elle se rattache à la chorée vulgaire, dont elle n'est qu'une variété; pour les autres (Lannois), elle est une maladie spéciale. Le plus souvent héréditaire et familiale, la chorée chronique s'étend à plusieurs membres d'une même famille pendant plusieurs générations; lorsque des membres de ces familles sont épargnés, leurs descendants aussi restent indemnes (Huntington). Il est exceptionnel de la voir apparaître dès l'enfance ou l'adolescence; elle se montre surtout à l'âge adulte, de trente à cinquante-cinq ans.

Formes. — On peut, comme nous l'avons vu, distinguer dans la chorée diverses formes, et grouper celles-ci à des points de vue différents. Suivant l'âge auquel apparaît la chorée, on peut la distinguer en: *chorée commune* (chorées de l'enfance et de l'adolescence); *chorées tardives* comprenant la *chorée des adultes* et la