attention ; ils réussissent en effet sur les individus dont l'intellectualité est affaiblie, qui ont une diminution considérable de la résistance personnelle : les enfants, les hommes jeunes soumis à une discipline sévère, soldats, marins, ou encore ceux dont l'impressionnabilité est très exagérée. A vrai dire il ne s'agit pas là d'hypnose, et en effet une telle suggestion n'offre pas d'inconvénient. Mais s'il s'agit de l'homme normal, celui dont l'intelligence domine les sens, qui contrôle, qui examine, qui juge, c'est autre chose ; pour rendre celui-là suggestible par l'hypnotisme, il faudra briser son contrôle, c'est-à-dire lui donner une maladie grave : l'hystérie ; heureusement on échouera souvent.

Concluons donc que jamais personne ne devra se prêter aux manœuvres d'un individu étranger à l'art de guérir et que, d'autre part, un médecin consciencieux refusera toujours toute hypnotisation à une personne supposée saine venant demander à être endormie dans le but unique de satisfaire sa curiosité et de savoir si elle est hypnotisable. Pour les autres, c'est affaire de diagnostic et de tact.

CHORÉE

PAR

H. TRIBOULET

Médecin des hôpitaux de Paris.

CHORÉE DE SYDENHAM.

Il est habituel, dans les Traités classiques, d'étudier en premier lieu les questions d'historique, d'étiologie et de pathogénie concernant la chorée. Il en résulte souvent une sorte de confusion dans les termes, due à la trop riche synonymie d'épithètes appliquées au gré des observations et des théories, dans la succession des époques cliniques, et, comme conséquence, il s'ensuit une certaine confusion sur la nature des faits exposés. Ces considérations d'ordre historique, étiologique et pathogénique seront développées avec l'importance qu'elles méritent, mais alors seulement que la description clinique nous aura bien familiarisés avec cette *entité morbide* nettement délimitée : LA CHORÉE DE SYDENHAM, ou, plus brièvement, LA CHORÉE.

Celle-ci est une *affection aiguë ou subaiguë du système nerveux, particulière au jeune âge, caractérisée par des* MOUVEMENTS *anormaux,* ARYTHMIQUES ; *par des gesticulations contradictoires et* ILLOGIQUES (*folie musculaire*), *affection durant de quelques semaines à trois et six mois au plus, et guérissant d'ordinaire sans laisser de traces.*

Cette définition, dont la plupart des termes sont empruntés à *Lannois* (1), est excellente. On ne peut préciser davange en quelques mots : la *chorée* y est suffisamment distinguée des autres mouvements anormaux, dits *choréiformes*, que nous étudierons au diagnostic. J'y ajouterai qu'à coté du syndrome nerveux il y a, habituellement, des modifications de la santé générale. Avec ces éléments fondamentaux de la définition, nous pouvons commencer l'étude clinique. Je la divise en deux chapitres : l'un concernant les désordres nerveux (*chorée-symptôme*) ; l'autre comprenant l'étude des modifications de l'état général chez le choréique (*chorée-maladie*).

CHORÉE-SYMPTOME.

ÉTUDE SÉMIOLOGIQUE. — Mouvements anormaux. — Le symptôme sans lequel l'affection n'existe pas, c'est le *mouvement anormal*.

Qui a vu un sujet atteint d'une chorée d'une certaine intensité n'a plus besoin de lire une description. Nous allons toutefois essayer d'en tracer une esquisse au moyen des traits principaux d'une forme supposée, moyenne.

(1) LANNOIS, Nosographie des chorées. Th. d'agrégation, Paris, 1886.

Debout, à la consultation par exemple, le choréique se remarque par l'instabilité de sa station, par les sursauts du tronc, par les mouvements d'écart brusques de ses membres supérieurs, par l'agitation incessante de ses doigts et, enfin, par ce mélange si curieux de jeux de physionomie imprévus de la face venant animer d'une façon inopinée un visage dont l'inertie se traduit, au repos, par une expression d'hébétude manifeste. Au lit, les draps et les couvertures sont agités à peu près en permanence, comme par des mouvements de reptation des membres.

C'est là, dans ses traits principaux, l'attitude d'un choréique au repos, ne se sentant pas observé, et n'accomplissant aucun acte où l'attention ait à prendre part. C'est le tableau que réalise la spontanéité nerveuse. C'est, si l'on veut, la statique du choréique, son état de stabilité instable.

Vient-on à l'émouvoir par l'observation de ses gestes et, surtout, met-on en jeu ses facultés d'attention, l'instabilité atteint son summum ; et alors ce sujet qui pouvait, il y a un instant encore, maintenir un certain degré d'équilibre entre en folie musculaire (Bouillaud), et fait un véritable accès momentané de délire du mouvement.

Appuyé sur la main qui le soutient, il s'en sert comme de centre d'appui pour esquisser, en avant, en arrière ou de côté, des mouvements de projection de tout le corps, brusquement contrecarrés par le mouvement en sens inverse. Veut-on le faire marcher seul, il oscille de droite à gauche, avec une rapidité assez grande pour le menacer d'un heurt violent contre le mur ou contre les objets, ou d'une chute rapide, étant donné qu'une jambe se projette tout à coup maladroitement obliquement au-devant de l'autre.

Si on lui demande de saisir un objet, il lance follement la main comme en ataxie : il manque cet objet, ou s'en empare à le broyer, quitte à le relâcher aussitôt en le laissant tomber. S'agit-il d'un objet fin, une plume, une épingle, toute l'attention du sujet se trouvant concentrée, on voit le mouvement, d'abord dirigé à peu près exactement, s'égarer bientôt dans un retrait ou un écart ridiculement excentrique.

Cependant, la mimique faciale est incessante : les contractions musculaires de la crainte, de l'attention, de la colère, du rire, du pleurer alternent avec des phases de repos impassible, et ces jeux de physionomie sont fréquemment soulignés par des clignements des paupières, des roulements et des déviations variées des yeux, et aussi par des soubresauts et des mouvements de rotation de la tête et du cou, qu'accompagnent habituellement des mouvements des lèvres : le malade fait la moue, ou semble près de commencer un discours, dont les seules expressions sont, parfois, quelques claquements de la langue ou une projection brusque de celle-ci hors de la bouche, ou bien

quelque grognement sourd ou quelque brève interjection suivie d'un éclat de rire, ou d'un sanglot.

On varierait à l'infini ces descriptions sans profit, car pour bien se représenter toutes les bizarreries du mouvement choréique il faut le voir ; mais nous pouvons, étant donné le mouvement anormal, en étudier les allures les plus générales.

Ce mouvement est *disséminé* (qu'il soit bilatéral ou unilatéral), frappant les muscles du tronc (secousses) comme ceux de la face (mimique), comme ceux de la racine des membres ou de leurs extrémités. La *propagation* se fait sans ordre ; il n'y a, à proprement parler, ni succession ni simultanéité ; mais il peut y avoir les deux.

Ce mouvement est absolument *arythmique*, comme le montrent les tracés ; il n'est pas soumis à la *volonté*, mais s'exaspère pour les mouvements voulus, et sous l'influence des émotions ; par contre, il s'arrête pendant le *sommeil* naturel ou artificiel. A l'état de veille

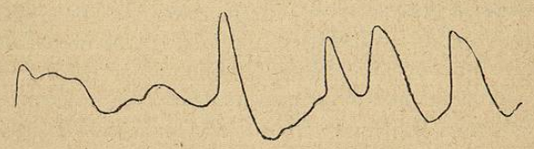

Fig. 5. — Tracé des mouvements dans la chorée.

l'activité musculaire est incessante, mais n'entraîne de variations ni du pouls, ni de la température. Nous avons dit que le mouvement anormal est disséminé ; sa dissémination peut se faire à tout le système musculaire strié et, comme localisations curieuses, nous avons cité la chorée de la langue et celle du larynx.

Les troubles moteurs du larynx se confondent en partie avec ceux du diaphragme, et le résultat de cette synergie fonctionnelle pathologique se traduit par l'émission brusque de sons rauques, plus ou moins comparables au hoquet ou à l'aboiement. Ces détails appartiennent d'ordinaire aux formes graves. C'est encore aux localisations disséminées sur les muscles des lèvres, de la langue et du larynx que sont dus, dans les chorées un peu intenses, les troubles de la parole ; celle-ci peut, momentanément, être rendue impossible mécaniquement. Il y a, comme les observations en convainquent bien, *aphonie* ou *alalie*, mais non pas *aphasie*, terme impropre, employé ici par certains auteurs.

« Nous avons vu les enfants, pour répondre à nos questions, lancer quelques monosyllabes, comme en interjection ; mais, si peu compréhensibles qu'ils fussent, les mots étaient justes et répondaient à la question. Il n'y a pas de trace de paraphasie, pas non plus de surdité ni de cécité verbales. On voit dans tous les cas la soi-disant

aphasie s'établir et disparaître parallèlement au désordre lingual et laryngé (1). »

Des mouvements involontaires des muscles du pharynx, du voile du palais, joints à l'instabilité de la langue et des parois buccales, peuvent provoquer des *troubles de la déglutition*.

Beaucoup de Traités classiques donnent comme rares les mouvements des *globes oculaires*; or les muscles moteurs de l'œil sont fréquemment en cause dans la chorée, et le globe peut être convulsé dans les différentes positions, ce qui est un élément important de la mobilité de physionomie des choréiques.

En un mot, partout où il y a du muscle strié peut exister le mouvement anormal. Celui-ci, léger, limité au début, commence habituellement par le membre supérieur et par l'agitation des doigts. Avec une prédominance assez marquée, le point de départ est à gauche, puis les mouvements s'étendent à l'autre côté, et se généralisent. Ce côté gauche peut rester seul frappé, avec extension de haut en bas, donnant lieu à cette répartition hémilatérale qu'on dénomme *hémichorée*. Il ne faut d'ailleurs pas prendre ce terme à titre absolu : hémichorée veut dire localisation dominante à un côté, mais sans exclusion du côté opposé, qui présente d'ordinaire quelques phénomènes convulsifs légers disséminés. Nous avons désigné le côté gauche comme plus particulièrement affecté d'hémichorée ; c'est à gauche aussi que le mouvement anormal est le plus accentué. Toutefois une hémichorée droite n'est pas une rareté clinique extrême, soit d'emblée, soit en alternance, c'est-à-dire survenant après une localisation gauche.

« L'hémilatéralité est la règle à peu près absolue dans la localisation des mouvements choréiques ; mais elle se prête à diverses combinaisons : début à prédominance hémilatérale ; hémilatéralité plus marquée à la période d'état. Mais, en fait, l'hémichorée vraie est rare ; de même aussi la généralisation symétrique par deux hémichorées semblables ; le plus souvent, on a deux hémichorées dissemblables, c'est-à-dire une prédominance hémilatérale (2). »

Ce mouvement anormal, que nous avons supposé à la période d'état pour nous permettre d'en passer en revue toutes les localisations, présente dans son évolution un *début* que nous avons indiqué, par les petites extrémités. Il y a lieu de rappeler, à propos de ce début, à quel point limité, léger, parfois à peine perceptible, ce mouvement peut échapper à l'observateur, à l'origine : cause d'erreur importante dans l'appréciation exacte du début d'une chorée ; en ce qui concerne le *déclin* et la *terminaison*, on déclare trop souvent l'affection terminée, alors qu'avec un peu d'attention on retrouve encore le mouvement anormal. On peut donc considérer à celui-ci une période de

(1) H. Triboulet, Th. de Paris, 1893.
(2) D'après Oddo, *Revue de méd.*, 10 février 1901, p. 140.

début, une période d'*augment*, une période d'*état*, puis une phase de *déclin*, avec persistance plus ou moins longue à chacune de ces périodes, sans qu'il y ait d'ailleurs dans ce sens un ordre bien précis.

Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que le mouvement de la chorée peut, à la période d'état, persister à tous les degrés : faible, modéré, fort ou très fort, excessif même. On peut ainsi, en considération du symptôme dominant, établir des variétés cliniques : chorée légère, chorée moyenne, chorée forte, chorée extrême ou hyperchorée.

Pour compléter ce qui concerne un trouble semblable du système musculaire de la vie de relation, il est utile de voir par d'autres moyens d'investigation ce que devient la fonction du muscle.

En raison de l'excès de travail apparent qu'il doit fournir, on pourrait supposer au muscle une puissance motrice exaltée ; il n'en est rien, et c'est même le contraire qui se produit. Au dynamomètre, il y a un réel affaiblissement musculaire, et cet amoindrissement, assez exactement proportionnel à l'intensité de la chorée, peut aller jusqu'à la parésie, va même jusqu'à la paralysie temporaire dans certains cas que nous étudierons à propos des complications.

Réflexes tendineux. — C'est habituellement à propos du trouble moteur qu'on étudie les réflexes dans la chorée. D'après M. Joffroy (1), le réflexe patellaire est diminué, fortement même, et parfois aboli, et cette diminution se montre dans la majorité des observations de chorée. L'état normal et l'exagération même peuvent exister, mais à titre d'exceptions.

Chez une vingtaine de sujets personnellement observés à ce point de vue, j'ai trouvé l'abolition du réflexe rotulien en coïncidence avec des désordres parétiques chez quelques petits malades et, par contre, j'ai vu plusieurs fois, chez d'autres, la percussion du tendon restée en apparence inefficace, être suivie d'une réaction motrice énergique, comme si, à un retard dans les sensations perçues, succédait une décharge d'énergie accumulée, abstraction faite, bien entendu, des mouvements choréiques de coïncidence.

M. Oddo, de Marseille, au Congrès international de 1900, a cherché à préciser l'état de la réflectivité tendineuse dans la chorée. Ses observations ont porté sur 147 choréiques.

Les réflexes étaient normaux des deux côtés chez 8 choréiques, et d'un seul côté chez 28. Il s'agissait alors de formes plutôt légères, et la première conclusion de l'auteur, c'est que *la réflectivité normale n'est compatible qu'avec des troubles moteurs peu intenses.*

La deuxième conclusion, c'est que, *le plus habituellement, les réflexes sont affaiblis ou supprimés* (116 sur 147 — avec suppression bilatérale chez 75).

En troisième lieu, l'exagération peut se rencontrer, quels que

(1) Joffroy, *Progrès médical*, 30 mai 1885, p. 338. — Saric, Th. de Paris, 1885, p. 38.