anglais, Todd, West), *chorée paralytique*, *chorée paralysante*. Il n'y a pas lieu de développer ici de longues considérations pathogéniques; mais il nous semble, comme à quelques autres observateurs, qu'il s'agit, dans tous les cas, de la même affection. Comme sanction, on peut donner cet argument clinique : précoce ou tardive, faible ou forte, éphémère, ou quelque peu prolongée (jusqu'à deux mois), la paralysie guérit, tout comme la chorée guérit, et quelquefois les deux guérissent simultanément.

D'ordre nerveux et pouvant intéresser les muscles de la vie de relation, nous devons signaler encore l'*atrophie musculaire*. — C'est une complication rare. Elle a été étudiée par M. le professeur Rondot (de Bordeaux), et nous prenons dans la thèse d'un de ses élèves les conclusions suivantes :

1° L'atrophie peut être *homonyme*, ou *non* (frappant le membre primitivement paralysé ou un autre);

2° Le réflexe tendineux est diminué ou aboli;

3° La contractilité faradique est normale;

4° Ces amyotrophies se montrent dans les cas de chorée avec rhumatisme, et alors que celui-ci existe encore;

5° Leur coexistence avec les arthropathies doit faire penser à l'origine réflexe de ces amyotrophies.

6° Leur amélioration est rapide et conduit à la guérison.

PRONOSTIC. — Chorée, paralysie, troubles trophiques musculaires sont des expressions séparées ou réunies d'une souffrance nerveuse dont nous aurons à définir la nature en pathogénie; pour la clinique, il reste un élément caractéristique commun, la *curabilité* des désordres nerveux à tous les degrés. — « Quoad vitam », le *trouble nerveux* dont nous nous occupons uniquement pour l'instant guérit toujours.

Rechute. — La seule considération pronostique à y ajouter actuellement, c'est la possibilité de la *rechute* : le mouvement anormal avait semblé disparaître; il reprend pour un temps égal ou plus long : faible d'abord, il augmente d'intensité et de durée à la seconde reprise, ou inversement; la rechute est faible et de courte durée; il peut y avoir, pour une même attaque, plusieurs rechutes.

Récidives. — La récidive peut exister soit à bref délai, soit à plusieurs mois, ou à plusieurs années de distance. En général, quand on voit évoluer une chorée chez un adolescent, et surtout chez un adulte jeune (première grossesse, par exemple), il est bien rare qu'on ne retrouve pas dans les antécédents une chorée de l'enfance. Certains sujets font des poussées choréiques avec une facilité extrême; ainsi il y a des enfants qui ont la chorée presque annuellement. En général, les attaques successives vont en décroissant en intensité; mais une dernière atteinte peut, au contraire, revêtir des allures insolites de haute gravité.

A la question de la durée, des rechutes et des récidives se rattache l'étude des rapports de la chorée avec les tics et avec la chorée chronique.

Tics. — Le tic est une complication possible *dans* la chorée, comme les troubles mentaux : le tic, comme la folie, peut se développer, comme aussi la chorée, chez un sujet à système nerveux taré; mais le tic se développe à côté de la chorée, comme elle, avec elle, mais non par elle (1).

Ce que le médecin doit retenir, c'est que la persistance d'un mouvement rythmique chez un enfant qui a eu la chorée est d'un pronostic relativement fâcheux pour l'avenir : un tel choréique est un dégénéré dont le tic surajouté peut ne pas guérir, et la même tare de dégénérescence peut préparer l'éclosion de nouveaux tics et de désordres psychiques concomitants. (Nous aurons, d'ailleurs, à développer ces considérations sous le vocable de *chorée variable*).

Chorée chronique. — A propos de la chorée chronique, il faut bien savoir qu'il ne s'agit pas du passage à chronicité d'une chorée de Sydenham, affection aiguë de l'enfance : ce qu'en nosographie on décrit sous le nom de chorée chronique est, nous le verrons, une affection à part, et qui doit être étudiée dans un chapitre distinct.

Formes graves, mortelles même, de la chorée de Sydenham. — Ainsi donc, pour toute chorée, le pronostic — abstraction faite des atteintes de la santé générale — est favorable quant à l'évolution des désordres nerveux.

Nous avons pu signaler des formes *légères*, de *moyennes*, de *très fortes* : elles ont pour caractéristique clinique de comporter quelques répits, ne serait-ce que sous l'influence d'un sommeil de quelques heures. Il y a lieu de dénommer différemment cette variété terrible où l'agitation incessante n'est plus entrecoupée d'aucune rémission. Il y a, suivant l'expression heureuse de Charcot, « état de mal choréique », et cette chorée *grave*, dans laquelle la violence des mouvements peut projeter le choréique du lit, s'accompagne habituellement de désordres mentaux (hallucinations, délire), de troubles généraux, anorexie, impossibilité de s'alimenter, et fièvre; l'enfant peut mourir d'*épuisement nerveux*, suivant l'expression consacrée si vague; ou bien le dénouement fatal est entraîné par des complications infectieuses (phlegmons, érysipèle), développés au niveau des plaies et des excoriations cutanées provoquées par les frottements et les chocs.

(1) En dehors de la coïncidence que nous signalons comme possible, existe-t-il des faits dans lesquels un, ou quelques-uns des mouvements choréiques persistent à titre de mouvement anormal choréique, constituant un *tic choréique* type chorée de Sydenham? Nous ne le croyons pas, et nous ne pouvons adopter les conclusions admises par M. Leroux pour qui la danse de Saint-Guy pourrait, se localisant, se transformer en tic convulsif.

DIAGNOSTIC. — Il n'est guère possible d'hésiter sur le diagnostic d'une chorée confirmée. N'en eût-on jamais vu, qu'après simple lecture des descriptions on pourra toujours reconnaître le mouvement anormal.

C'est à titre de simple énumération didactique qu'on peut énumérer des désordres moteurs comme les *tremblements*, ceux de la sclérose en plaques, ceux des intoxications, ceux de l'hystérie, tous tremblements rythmés et à courtes oscillations. Ce ne sont d'ailleurs presque jamais des manifestations observées à l'âge où se rencontre la chorée.

Nous en dirons autant du sautillement qui caractérise certaines *astasies-abasies*.

On donne le nom d'*athétose* à un trouble moteur très voisin d'allures de la chorée ; il y a même des faits où l'on parle d'athétoso-chorée. Mais chez l'enfant l'athétose est double et due à des lésions cérébrales, congénitales ; elle évolue indéfiniment. — Une hémiplégie infantile peut être suivie d'*hémichorée* ; mais alors il y a, pour distinguer cette localisation de l'hémichorée de Sydenham, la coexistence d'amyotrophie, d'exagération des réflexes, et habituellement d'idiotie à un certain degré ; il est fréquent alors aussi d'observer des accès épileptiformes.

Chez l'enfant encore, on peut voir des troubles moteurs, ou secousses irrégulières, au cours de la *maladie de Friedreich*, sorte d'ataxie héréditaire bien caractérisée par le nystagmus et par l'embarras de la parole. Nous verrons ce que sont les *myoclonies*. Les véritables difficultés diagnostiques n'existent en réalité que pour les *tics*, et aussi pour la variété de troubles moteurs de l'hystérie dénommée « chorée arythmique hystérique ». — Nous reviendrons également ailleurs sur certaines suppléances fonctionnelles de l'épilepsie, sous forme de troubles choréiques (*épilepsie choréique*, de Féré).

Tics. — Des mouvements choréiques légers, partiels, du début de la chorée ; des mouvements partiels et légers aussi du déclin de la chorée, peuvent être confondus à première vue avec des *tics*.

De plus, chorée et tics peuvent coïncider. — Il est nécessaire, dans ces diverses circonstances, de préciser le diagnostic, car il en résulte, pour la pratique, une différence pronostique extrême. — Nous y revenons en détail au chapitre de la *Maladie des tics*. — Signalons simplement que la volonté, impuissante dans la chorée, est momentanément suspensive du tic.

Au point de vue de l'évolution et, par suite, à retenir pour le pronostic, cette différence capitale : le mouvement convulsif choréique, bien que parfois très prolongé, *guérit toujours*. Le tic convulsif vrai, au contraire, ne guérit pour ainsi dire *jamais* (Ch. Leroux) (1) — du moins spontanément.

(1) Ch. Leroux, Du tic post-choréique (*Revue des mal. de l'enfance*, août 1891).

Hystérie. — Nous étudierons ailleurs les relations possibles de l'hystérie avec la chorée. Ici nous avons à différencier, ce qui est facile : *a*. la *chorée rythmée* hystérique, à mouvements coordonnés, comme intentionnels et adaptés à une fonction, chorée malléatoire (mouvement de frapper avec un marteau), etc. ; *b*. la *chorée arythmique hystérique*, dans laquelle l'hystérie simule de tous points une chorée de Sydenham. Le symptôme mouvement anormal est le même dans les deux cas ; toute la différence vient de l'évolution : début brusque, période d'état d'emblée, dans l'hystérie ; de même, cessation brusque possible. Début et terminaison pouvant se marquer par une attaque d'hystérie convulsive.

Enfin, la chorée arythmique hystérique est EXCLUSIVEMENT UN SYMPTOME nerveux fonctionnel ; la chorée de Sydenham est une MALADIE et s'accompagne, à ce titre, fréquemment de symptômes généraux et de complications (fièvre, arthropathies, lésions cardiaques), qui font défaut dans la chorée de l'hystérie.

CHORÉE-MALADIE.

ÉTAT GÉNÉRAL DES CHORÉIQUES. — Pour bon nombre d'auteurs, et il y a lieu, d'ailleurs, de le reconnaître, pour la plupart des classiques, la chorée est un trouble ou un ensemble de troubles (moteurs surtout, sensitifs peut-être), évoluant comme nous venons de le voir à des degrés divers. Si chez un choréique on voit apparaître quelque modification de la santé générale (fièvre, état gastrique ou gastro-intestinal, complication cardiaque, arthropathies, anémie grave), il s'agit de coïncidences fortuites dont il ne faut pas trop s'occuper, de crainte de se laisser entraîner aisément vers des conclusions théoriques hasardeuses.

En dehors de toute théorie, voyons ce que nous donnent les faits d'observation clinique.

Fièvre. — D'après Raymond (article du *Dictionnaire*), s'il se présente une élévation thermique, au cours de la chorée, cette fièvre est la manifestation d'une complication.

Pour J. Simon, il peut y avoir de la fièvre en dehors d'une complication, et même en dehors de toute localisation splanchnique.

Sur une statistique de 305 cas (F. Triboulet), il y a eu 27 fois de la fièvre sans localisation.

Personnellement, sur 21 observations consignées dans ma thèse, j'ai vu 2 faits de fièvre sans localisation. J'y puis ajouter un nouveau fait personnel plus récent.

Dans mes observations il s'agit de formes *moyennes*, dans lesquelles l'élévation thermique fut soudaine et éphémère, et parfois récidivante à huit ou quinze jours même, avec retour assez franc à la normale entre deux poussées, et après la dernière.