chronique a des chances de rester indemne. Fait bien important : si un descendant est ainsi épargné, il est habituel que ses enfants échappent désormais à la tare familiale.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la chorée chronique généralisée est facile. Il n'est guère à faire qu'avec l'*athétose double*.

Quand on a suivi un sujet et qu'on a vu l'athétose se constituer dès l'enfance, on peut être fixé, puisque la chorée chronique est une affection de l'adulte. Mais quand on voit l'athétose sur un adulte ou un sujet âgé, et qu'elle s'accompagne de troubles intellectuels, on peut hésiter sur le diagnostic. La grande différence entre les deux est accusée par un *état de contractures* qui accompagne l'athétose, et qui rend alors la démarche *spasmodique* : ce qui ne se voit pas au cas de chorée chronique.

Quand la chorée est plus limitée, et surtout hémilatérale, à prédominance monoplégique, — fait rare, d'ailleurs, — il faut la distinguer des *chorées symptomatiques*.

Celles-ci, consécutives à des lésions cérébrales en foyers (hémorragie, ramollissement, tumeurs, etc.) ont habituellement succédé à une hémiplégie avec ou sans ictus. Ces chorées *posthémiplégiques* relèvent d'une notion étiologique si précise qu'il ne saurait y avoir hésitation à leur sujet ; mais si la chorée est *préhémiplégique*, le diagnostic peut être délicat chez un sujet adulte qui présenterait quelque affaiblissement cérébral lié à un ramollissement évoluant lentement.

Inutile de nous attarder à ces exceptions de la clinique.

Nous agirons également par simple énumération pour ce qui concerne l'*ataxie locomotrice*, l'ataxie héréditaire ou maladie de Friedreich (*affection de l'enfance*), pour les *tremblements* toxiques, hystériques, sénile, à rythme régulier, alors que, par définition, la chorée est surtout arythmique ; pour la *paralysie agitante* ; pour la *sclérose en plaques* ; pour le *paramyoclonus multiplex* de Friedreich, affection dans laquelle les mouvements surviennent en décharges intermittentes qu'on peut provoquer par certaines excitations périphériques, tégumentaires ou nerveuses (trajets des nerfs). La plus grande difficulté, plus accentuée ici encore que pour la chorée de Sydenham, c'est le diagnostic avec certains *tics convulsifs*.

Toutefois, qu'on se rappelle les caractères quasi-intentionnels des tics (adaptation apparente à certains actes ou gestes naturels, clignotement, reniflement, etc.) ; leur brusquerie ; l'influence inhibitrice de la volonté momentanément absolue ; et, enfin, ces exclamations banales, ou nettement coprolaliques (mots orduriers) ou écholaliques ; puis un état mental différent (type d'obsession), et on aura un ensemble de signes distinctifs suffisants avec la

chorée chronique. Nous rappellerons d'ailleurs plus en détail tout ceci à l'article *Tics* du même ouvrage.

Une chorée étant reconnue, est-il toujours possible de la distinguer des chorées similaires : chorée de Sydenham simple, et chorée hystérique ? Chez l'enfant, à de très rares exceptions, mais parfois cependant, une chorée commune de Sydenham se prolonge outre mesure : à peine guérie, elle récidive, à plusieurs reprises même ; et nous voici en présence de faits difficiles quand le nouvel état de choses dure plusieurs années. Il n'est pourtant guère admissible qu'il s'agit du passage d'une chorée de Sydenham à la chorée chronique ; il est plus vraisemblable, et Huet semble incliner aussi vers cette interprétation, qu'il s'agit de ce fait exceptionnel mais possible : du début d'une chorée chronique dans l'enfance. Comme éléments distinctifs, signalons, dans les périodes initiales, ce fait capital : la volonté peut arrêter ou modérer une chorée chronique ; la volonté exaspère une chorée de Sydenham.

Les mêmes difficultés diagnostiques se retrouvent quand on voit évoluer une chorée à type aigu chez le vieillard, et quand cette chorée passe à chronicité. Nous ne revenons pas sur le diagnostic différentiel avec la *chorée hystérique*. Ce que nous avons dit dans un chapitre précédent est suffisant, et persiste ici. Huet déclare qu'*héréditaire*, ou *sans hérédité*, la chorée chronique est la même maladie, et que rien ne distingue cliniquement une de ces deux variétés de l'autre.

ÉTIOLOGIE. — Non absolue dans son influence puisqu'elle peut manquer, l'hérédité similaire, signalée à tort comme condition *sine qua non* par Huntington, est cependant très fréquente, comme le montrent les tableaux familiaux établis par tant d'auteurs (Féré, King, Lannois). Nous rappelons, d'ailleurs, que cette hérédité n'est pas fatale et qu'elle peut être rompue par une génération qui reste indemne. Certaines influences fort importantes peuvent alors rester impuissantes (grossesse, rhumatisme), alors qu'elles interviennent comme causes déterminantes possibles chez les tarés héréditaires.

Parmi les causes occasionnelles les émotions, les ébranlements nerveux, chez les adultes et chez les sujets âgés, sont une cause efficiente de premier ordre. Il va sans dire que la prédisposition névropathique, sans ou avec neuro-arthritisme vrai, joue un rôle considérable ; il semble que l'épilepsie ait aussi, soit comme incident antérieur à la chorée chronique, soit comme épiphénomène, un certain rapport possible avec l'affection ; mais, par contre, l'hystérie paraît hors de cause.

PATHOGÉNIE. — Ce qu'est la chorée chronique, nous ne pouvons le dire, faute de critérium positif : « La nature anatomique de la

chorée chronique, comme celle de la chorée de Sydenham aiguë, est encore inconnue », disait Huet en 1889. — « Selon toute vraisemblance, ajoutait-il, c'est une affection cérébrale, ou cérébro-spinale ; nous sommes porté à penser que le siège des lésions anatomiques doit être cherché du côté de la couche corticale des circonvolutions. » Il semble bien que ce soit dans ce sens que parlent les faits. Il y a actuellement plusieurs autopsies positives. Voici le compte rendu d'une des plus récentes (1) :

« L'examen histologique a montré une raréfaction protoplasmique périnucléaire, la désintégration même du corps cellulaire de nombreuses cellules pyramidales, et des petites cellules de l'écorce du cerveau ; et une infiltration interstitielle et péricellulaire de petites cellules rondes vraisemblablement de nature névroglique. »

Si on y joint, ce qui est commun à un certain nombre d'observations, des lésions des méninges, voilà qui rapproche assez bien la chorée chronique de la périméningo-encéphalite interstitielle diffuse, avec laquelle, cliniquement, elle a quelques analogies, surtout mentales.

TRAITEMENT. — Il n'y a guère d'action possible contre une chorée chronique confirmée. Peut-être, ainsi que le pense Huet, doit-on attaquer énergiquement une chorée au début chez l'adulte, ou chez le vieillard, en raison du passage si fréquent à chronicité. Mais par quels moyens ? Le bromure, l'antipyrine, l'arsenic, le chloral, et peut-être l'iodure, contre l'infiltration embryonnaire interstitielle encéphalique. Dans ce même but (phase de début inflammatoire), Huet propose la révulsion à la nuque ou sur le cuir chevelu par vésication ou par ignipuncture. On voit combien tout ceci reste problématique.

L'étude des chorées symptomatiques ressortit à des chapitres distincts : hémiplégie, tumeurs, athétose, etc., et chacune de ces chorées symptomatiques sera décrite aux divers articles correspondants de ce Traité. Toutefois, il nous a paru utile de présenter en une vue d'ensemble cette question de nosographie, d'ordinaire un peu sacrifiée dans les ouvrages didactiques.

CHORÉES SYMPTOMATIQUES.

Les diverses variétés de chorée que nous avons passées en revue, *aigües*, *chroniques*, peuvent, dans une classification, être réunies par un caractère commun : l'ARYTHMIE. Dans la classification des chorées arythmiques, il faudrait assurément, avec Lannois (2), faire entrer les *chorées symptomatiques* ; — et comme symptomatiques

(1) KERAVAL, *Arch. de neurol.*, n° 8, 1900.
(2) LANNOIS, *Sem. méd.*, 1895, p. 500.

il faut entendre seulement à l'heure actuelle les chorées avec lésion ; j'ajouterai avec lésion matérielle, grossière, macroscopique.

Ce n'est pas, comme le dit fort bien Rénon (1), une solution définitive, mais une solution *temporaire* de la question, un chapitre d'attente de la pathologie nerveuse au début de l'année 1902.

Existe-t-il des lésions dans les diverses chorées (dites *essentielles*) que nous venons d'étudier ? C'est possible. Déjà, la chorée chronique, maladie essentielle (sans lésions), il y a dix ans à peine, est devenue une affection symptomatique d'une sorte de périméningo-encéphalite histologiquement bien caractérisée. — On peut donc prévoir le démembrement de la chorée, comme celui de l'épilepsie ; mais, pour s'en tenir aux données classiques, on doit, à notre époque encore, étudier exclusivement comme chorées symptomatiques les trois variétés :

1° *Hémichorée* pré- ou post-hémiplégiques (2), avec ou sans athétose ;

2° Les *chorées symptomatiques généralisées* des lésions cérébrales plus ou moins diffuses : paralysie générale, hématomes, tumeurs, traumatisme ; méningites, etc.

3° La *chorée congénitale* accompagnée d'athétose double, symptomatique d'une diplégie cérébrale (3).

FAUSSES CHORÉES.

Il nous reste ici à passer en revue encore certaines modalités de troubles choréiformes qu'on a coutume de réunir sous le titre de « FAUSSES CHORÉES ». Sont des fausses chorées ces syndromes dans lesquels domine la convulsion clonique étendue à un groupe de muscles, circonscrite à une individualité musculaire, ou même à une unité fibrillaire, avec ou sans tonisme : chorée électrique de Bergeron, de Dubini ; chorée fibrillaire de Morvan et, enfin, d'une façon plus générale, toutes les modalités du myoclonus, de la *myoclonie*.

Il y aurait actuellement peut-être avantage à faire d'ensemble une étude de la *myoclonie*, et à réunir en un même chapitre bien des variétés artificiellement tenues pour distinctes.

Toutefois, conformément à l'usage, nous allons résumer les traits de quelques syndromes cliniques qui ont reçu une dénomination particulière, et que l'étiologie ou que l'allure des symptômes permettent, si l'on veut, de classer à part.

CHORÉE ÉLECTRIQUE.

Des contractions musculaires cloniques, semblables aux secousses provoquées par le choc électrique, contractions involontaires, non

(1) RÉNON, *Gaz. des hôp.*, 1902, p. 1.
(2) Voy. tome VIII de ce Traité, p. 470.
(3) Voy. plus loin : Art. ATHÉTOSE.