

nambulisme naturel ou au *noctambulisme* qui est une forme larvée de l'hystérie, propre à l'enfance et pouvant, plus tard, faire place à la névrose. L'accès éclate, dans ces cas, au bout de quelques heures de sommeil; après une phase d'agitation et de paroles incohérentes, l'individu se lève et accomplit des actes variés. Ses yeux sont ouverts ou demi-fermés, le regard est fixe, la pupille immobile, l'anesthésie généralisée. L'activité psychique et sensorielle subsiste seulement en ce qui concerne le rêve (le sujet lit, cause et circule sans se heurter); à cet égard elle est très exaltée et les sens sont très éveillés (on a vu le malade courir sur les toits ou sur la crête d'un mur). En entrant dans ce rêve, on peut éveiller des suggestions. L'amnésie est complète au réveil, mais s'efface pendant les accès ultérieurs.

États seconds. — Les états somnambuliques sont tantôt passagers (attaques), tantôt prolongés (état de mal somnambulique); on les appelle alors *états seconds*, l'état normal représentant l'*état prime*. Il existe dans ces cas deux mémoires distinctes, une pour l'état prime, l'autre pour l'état second. L'état second, dans lequel le sujet ne semble pas en somnambulisme, débute le plus souvent par une crise convulsive ou délirante: l'anesthésie se généralise, le rétrécissement du champ visuel s'accroît; l'abasia ou la paralysie, si elles existaient, disparaissent; l'activité psychique s'exalte sur certains points. L'état second comporte quelquefois une amnésie complète (le sujet ne sait plus ni compter, ni parler, ni écrire). L'amnésie peut du reste s'observer sous d'autres influences: après les traumatismes cérébraux; dans l'éclampsie, l'épilepsie et l'alcoolisme.

Automatisme ambulatoire. — Durant ces états somnambuliques, le sujet peut subir des impulsions à la déambulation et à des *fugues*. La fugue consiste en une impulsion irrésistible à accomplir un acte quelconque (marcher, voyager, etc.); cet acte est accompli régulièrement, avec intelligence et sans violence; il ne laisse aucune trace dans la mémoire, une fois l'impulsion satisfaite.

Diagnostic. — La fugue est aisée à reconnaître chez les hystériques avérés porteurs de stigmates. Elle est précédée d'une *aura* surtout psychique; après un court sommeil, le sujet part pour un voyage qui est accompli dans l'état second; au réveil, il a oublié les actes exécutés dans cet état, mais un état second provoqué par l'hypnose peut les lui remémorer; ces accidents sont rebelles au bromure. Les *fugues des épileptiques* ont un début brusque sans aura; l'amnésie au réveil est également complète, mais les tentatives d'hypnose échouent; le bromure atténue et fait disparaître les accès. La *fugue des aliénés voyageurs* est plus consciente; ceux-ci savent ce qu'ils font, voient, entendent autour d'eux, mais sont incapables de résister à l'idée de voyage qui s'impose à eux.

IV. — NEURASTHÉNIE

La neurasthénie est un syndrome (d'origine souvent auto-toxique) dont les éléments essentiels, élevés au rang de stigmates, sont: la *céphalée*, l'*insomnie*,

un *état cérébral* spécial, l'*asthénie neuro-musculaire*, les *vertiges*, la *rachialgie* et la *dyspepsie gastro-intestinale*.

Stigmates. — **Céphalée.** — Presque constante, elle consiste en une douleur superficielle, constrictive et gravative, donnant l'impression d'un *casque* lourd et serré, quelquefois limitée à l'occiput. Plus pénible par sa ténacité que par sa violence, elle est habituellement diurne, exaspérée par l'émotion, l'effort intellectuel, soulagée, parfois, par l'ingestion des aliments.

Insomnie. — L'insomnie survient accidentellement chez les surmenés intellectuels, incapables de s'endormir. Parmi les neurasthéniques, les uns ne peuvent s'endormir, les autres s'éveillent après un somme de 2 ou 3 heures et ne se rendorment que le matin. En tout cas, le sujet se réveille fatigué et courbaturé. L'insomnie peut durer des mois et est diversement tolérée suivant les sujets.

État cérébral. — Le neurasthénique est incapable de fixer son *attention*, tantôt seulement en matière professionnelle, tantôt sur tout autre sujet.

La *mémoire* est atteinte, mais bien moins que dans la paralysie générale.

La *volonté* est plus ou moins affaiblie (aboulie), d'où incapacité plus ou moins complète de prendre une décision, de se livrer à aucun travail, à aucune occupation. Ces malades se font aussi remarquer par une *préoccupation* constante de leur état, un besoin perpétuel de décrire leurs sensations de vive voix ou par écrit, et de se présenter dans toutes les consultations spéciales.

Le *caractère* est plus ou moins changé; on note soit la tristesse, la tendance à l'isolement, soit l'irascibilité. Dans les cas graves, tantôt la dépression est absolue et confine à la mélancolie; tantôt l'émotivité est extrême.

Rachialgie. — Très tenace, la rachialgie est moins une douleur qu'une sensation pénible, tantôt diffuse, tantôt circonscrite, soit à la partie inférieure de la nuque (*plaque cervicale*), soit à la région sacrée (*plaque sacrée*). La rachialgie est pourtant susceptible de devenir une véritable douleur; elle s'accompagne souvent de craquements dans les mouvements du cou.

Asthénie musculaire. — Ces malades éprouvent une fatigue permanente, mais plus marquée au lever, exagérée par le moindre effort. On ne constate jamais de paralysie vraie, mais quelquefois, dans la marche, le dérochement des jambes.

Vertiges. — Le vertige se traduit par une sensation d'instabilité angoissante, intermittente ou continue, accompagnée ou non de bruits d'oreilles, mais n'allant jamais jusqu'à la chute ou au vomissement. On peut en rapprocher la peur des grands espaces (*agoraphobie*) ou de la solitude (*monophobie*).

Dyspepsie gastro-intestinale. — Les neurasthéniques présentent presque toujours une atonie gastro-intestinale légère ou grave. La *forme commune* se traduit par: une anorexie variable; des digestions lentes, pesantes, entraînant, soit aussitôt, soit deux ou trois heures après le repas, de la somnolence avec rougeur de la face, du gonflement, des éructations; plus tard, du météorisme et des coliques liées à la constipation. Dans la *forme grave*, plus commune

chez la femme, les troubles digestifs sont prédominants; l'anorexie, les vomissements, la diarrhée amènent une dénutrition profonde; n'étaient l'absence de signes locaux et la préoccupation angoissée des malades, on songerait au cancer gastrique.

Le chimisme gastrique est variable; on constate l'*hypopepsie*, ou l'*hyperpepsie*, mais surtout l'*atonie*; cependant la stase permanente avec hypochlorhydrie, avec ou sans hyperacidité organique, est tout à fait exceptionnelle chez les neurasthéniques (Mathieu).

Les neurasthéniques sont sujets à la *colite muco-membraneuse* et présentent quelquefois du *spasme de la partie inférieure de l'œsophage*.

Symptômes secondaires. — Yeux. — Quoique les réflexes pupillaires soient normaux, les pupilles sont souvent dilatées; les malades accusent quelquefois de la *photophobie*, et surtout, de l'*asthénopie accommodative*; autrement dit, la lecture provoque vite, chez eux, par asthénie des muscles de l'accommodation, la fatigue, le larmolement et la tension des globes oculaires.

Oïe. — On note souvent: l'hyperacousie, les battements, les bourdonnements.

Sensibilité générale. — On peut constater: l'hyperesthésie du cuir chevelu, du rachis; des *douleurs* très variées de *forme* et de *siège*, occupant suivant les cas: les membres, la face, les dents, la langue, le périnée, le coccyx, le thorax (*point de côté*), certains viscères; quelquefois limitées à un point fixe (*topo-algies*); revêtant ailleurs le type névralgique ou fulgurant. Dans les formes graves, on peut observer des douleurs internes multiples et insupportables.

Motilité. — Le *tremblement* n'est pas rare et offre des caractères variables; les *réflexes* tendineux sont souvent diminués ou abolis; on note parfois une *agitation* continue, un besoin extrême de mouvement.

Appareil circulatoire. — Les *palpitations* sont habituelles, intermittentes, motivées ou non par une émotion, un effort. La *tachycardie*, paroxystique ou permanente, s'observe également. La *bradycardie* est bien plus rare. Il existe aussi une *angine de poitrine neurasthénique*. Beaucoup de signes cardiaques relèvent de l'anémie symptomatique. Les *troubles vasomoteurs*, tels que rougeur ou pâleur de la face, humidité et refroidissement des mains, sont fréquents.

Appareil respiratoire. — L'oppression, la toux nerveuse, l'angine granuleuse sont fréquentes; on note moins souvent: l'asthme nerveux, l'asthme des foins.

Appareil urinaire. — L'urine est normale. Il existe pourtant une forme de neurasthénie vésicale avec rétention d'urine.

Appareil génital. — La femme peut présenter des douleurs utérines ou annexielles, assez tenaces parfois pour faire réclamer une opération. Les troubles génitaux sont très communs chez l'homme, quelquefois prédominants; à un premier degré on note plutôt de l'*hyperexcitabilité*: coït répété, éjaculation précoce, parfois douloureuse, pollutions nocturnes, d'où fatigue, maux de reins, céphalée, dyspepsie; plus tard, les érections diminuent, l'éjacula-

tion survient prématurément sans érection; le plus souvent l'*impuissance* résulte d'une *phobie* (peur de l'impuissance) et le défaut d'érection vient d'une véritable distraction (Brissaud). Dans les cas graves, l'impuissance est définitive et l'abattement est complet (dyspepsie, insomnie, cachexie).

Évolution. — Formes. — On distingue, sans parler des formes à prédominances symptomatiques (*forme cérébrale, forme spinale; forme cérébro-spinale*, la plus commune; formes *gastrique, gastro-intestinale, génitale*), deux formes principales: 1° la *neurasthénie accidentelle* occasionnée par le surmenage, le chagrin, etc., qui est curable; 2° la *neurasthénie des héréditaires* qui apparaît dès l'adolescence et est incurable. Cette forme, proche parente de l'aliénation, peut comporter des obsessions, de l'agoraphobie ou de la claustrophobie. L'*hystéro-neurasthénie*, type particulier, plus commun chez l'homme, souvent d'origine traumatique, résulte de l'association des deux névroses et est très rebelle; l'*astasié abasie* en fait souvent partie.

Diagnostic. — Diverses affections prêtent à confusion avec la neurasthénie: la *paralysie générale à début neurasthénique* qui en diffère par une perte de la mémoire plus marquée, le tremblement des mains, des lèvres, de la langue, l'embarras de la parole, les attaques apoplectiformes ou épileptiformes, l'insouciance du malade à l'égard de son état; la *syphilis cérébrale* qui se distingue habituellement par des symptômes en foyer et de l'épilepsie jaksonienne; la *céphalée des adolescents*, isolée et plus douloureuse que la céphalée neurasthénique dont elle ne présente pas le siège; la *mélancolie*, dominée par une idée obsédante fondamentale, compliquée d'illusions, d'hallucinations, capable d'aboutir à la démence; l'*hypocondrie* différant de la neurasthénie, en ce qu'elle imagine une ou plusieurs maladies bien déterminées; le *tabes* à la période pré-ataxique qui se distingue du *pseudo-tabes neurasthénique* par l'absence de troubles mentaux, de dyspepsie (à moins de crises gastriques), par l'abolition définitive des réflexes tendineux; par le signe d'Argyll Robertson, la parésie vésicale et les anesthésies.

V. — MALADIE DE PARKINSON

Cette affection se caractérise par un tremblement spécial et une rigidité générale. L'attitude et le facies sont typiques. La tête un peu abaissée, semble soudée au corps; la physionomie est immobile, étonnée, les sourcils sont relevés, les paupières peu mobiles, la bouche est entr'ouverte; voûté, le sujet a les mains appuyées sur les cuisses; un tremblement rythmique continu agite les membres et le tronc; ses mouvements sont très lents, il avance d'abord à petits pas, les bras pendants, les mains ramenées en avant et trémulantes; à certains moments, la marche se précipite au point de rendre une chute imminente; dans la station, une poussée légère en avant ou en arrière provoque dans l'un ou l'autre sens, un mouvement accéléré.

Tremblement. — Le tremblement présente des oscillations rythmiques

régulières, d'amplitude moyenne (4 à 5 par seconde); il existe au repos, cesse d'habitude dans les mouvements voulus et intéresse plutôt les extrémités: les quatre membres souvent, les deux supérieurs parfois, ou les deux membres



Fig. 111. — Attitude dans la maladie de Parkinson. (Richer.)

d'un côté (*forme hémiplegique*), ou encore, le membre supérieur d'un côté et l'inférieur de l'autre (*forme alterne*). Le tremblement des *main*s, avec opposition du pouce, mime divers gestes (émietter du pain, rouler une cigarette, filer de la laine, etc.). Aux *membres inférieurs*, le tremblement simule le mouvement de pédale ou la trépidation épileptoïde.

La *tête* est habituellement respectée ou n'est animée que de tremblements transmis. Souvent, des contractions rythmées de la langue, des lèvres, de la mâchoire contribuent à troubler la parole. Dans tous les cas, le tremblement est partout parfaitement synchrone, suspendu en général: par les mouvements actifs ou passifs (sauf à une phase avancée, à laquelle il peut même s'exagérer dans les mêmes conditions), par le sommeil naturel ou chloroformique, et dans une certaine mesure, par la trépidation en chemin de fer ou en voiture. Le tremblement est au contraire exagéré par la fatigue, l'émotion et le matin au réveil.

Écriture. — Le tremblement déforme généralement l'écriture (jambages irréguliers, sinueux) quand il ne la rend pas absolument impossible.

Rigidité musculaire. — Le trouble le plus constant est une pseudo-contraction qui offre la même topographie et les mêmes progrès que le tremblement, mais n'épargne ni la tête ni le cou. Il en résulte des gestes rares, mal habiles, une mise en train difficile.

Facies. — Le *masque*, impassible, exprime, suivant les cas: la tristesse, l'étonnement, la dignité, l'attention, l'hébétéude ou la frayeur; le *regard*, fixe, se déplace lentement. L'*attitude* dénote l'incertitude et la timidité. Les yeux, immobiles, grands ouverts, ne clignent presque pas; les sourcils sont relevés; le front, constamment plissé, offre seul une mobilité relative.

Parole. — La parole, entrecoupée, émise avec effort, est lente, sourde, et sans intonation.

Attitude. — Les divers segments du corps sont inclinés, en flexion le plus souvent; le cou est parfois incliné sur le côté.

Démarche. — Le malade se met péniblement debout, les premiers pas sont hésitants, les pieds sont écartés; puis les pas, sautillants, très courts, comme

impulsifs, s'accroissent de plus en plus. Certains sujets se sentent attirés en avant (*propulsion*), en arrière (*rétrou-pulsion*) ou sur le côté (*latéro-pulsion*). Ces tendances sont décelées par de légères tractions dans tel ou tel sens. Tous les muscles du corps sont contractés (corde du long supinateur facile à constater) et animés de secousses fibrillaires. Quand la maladie est ancienne, on constate souvent des *déformations* analogues à celles du rhumatisme chronique (déviation des doigts en coup de vent vers le bord cubital, flexion sur les métacarpiens, pied bot varus équin fréquent). Pendant longtemps, on ne constate ni paralysie, ni atrophie musculaire. Les réactions électriques sont normales. Les *réflexes tendineux* sont affaiblis ou exagérés; le *réflexe plantaire* est normal.

Troubles sensitifs. — Ces malades sont sujets à des *douleurs* rhumatoïdes, à de la *courbature*; ils présentent rarement de l'*hypo-algésie*; mais accusent souvent de l'engourdissement, de l'impotence musculaire, et, par moments, le besoin impérieux de changer de place. Ils se plaignent de *sensations pénibles de chaleur*, à l'épigastre et entre les épaules surtout, accompagnées, parfois, de sueurs discrètes ou profuses; la température centrale est normale, mais la température périphérique est accrue (36°,8 à l'avant-bras, au lieu de 35°,6). Quelques malades accusent au contraire des *sensations de froid*.

Troubles vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques. — Ces troubles sont rares; on a noté: des ecchymoses symétriques aux mains, du purpura, des œdèmes, la main succulente, des arthropathies (d'origine peut-être rhumatismale).

Troubles oculaires. — On peut observer: l'éclat et la fixité du regard, le nystagmus, la rigidité et les frémissements vibratoires de la paupière, la limitation des mouvements oculaires (surtout des mouvements associés), la difficulté de l'accommodation, la *latéro-pulsion oculaire* (l'œil qui lit une ligne ne s'arrête pas facilement en un point déterminé et le dépasse malgré lui)⁽¹⁾.

Troubles psychiques. — Ces malades sont plus ou moins apathiques, tristes ou irritables; la dépression domine et peut dégénérer en *hypémanie* avec impulsions au suicide et hallucinations, ou quelquefois aboutir à la *démence*. Intermittents, les troubles psychiques semblent suivre les aggravations et les rémissions des troubles moteurs.

Vie organique. — La nutrition est peu troublée; les phosphates urinaires seraient souvent accrus et les sulfates diminués; le taux de l'urée est normal; l'*hypertension artérielle* est constante.

Évolution. — Le début peut être aigu, la maladie se déclarant en quelques heures ou quelques jours, quelquefois à la suite d'une attaque apoplectiforme; il est plus souvent insidieux, marqué par de la courbature, des douleurs rhumatoïdes, puis de la raideur ou un tremblement dans un membre ou un segment de membre, d'abord intermittent, puis continu, envahissant ensuite peu à peu les autres membres.

(1) DEBOVE, Soc. méd. des hôpit., 25 janvier 1878.

La parésie, la cachexie, l'atrophie musculaire, les escarres, le gâtisme, parfois des attaques apoplectiformes ou épileptiformes caractérisent la dernière période.

Formes. — **Formes frustes.** — Il arrive que le tremblement fasse défaut ou soit imperceptible, limité à un doigt. Ailleurs, la rigidité est atténuée, ou encore le tremblement s'exagère dans les mouvements volontaires. On voit aussi le *type d'extension* remplacer le *type de flexion*; l'extension est soit simple, soit avec renversement de la tête, soit limitée au tronc et aux membres avec flexion du cou et de la tête.

Anomalies de siège, de marche. — La rigidité et le tremblement ne frappent parfois qu'un seul membre (*forme monoplégique*), un segment de membre ou une moitié du corps (*forme hémiplégique*); ailleurs, on les voit débiter non par les extrémités des membres supérieurs, mais par leur racine ou par les membres inférieurs.

Symptômes rares. — Certains cas sont remarquables par les troubles oculaires, auditifs (surdité relative), vaso-moteurs, trophiques ou articulaires signalés plus haut.

Diagnostic. — **Tremblement.** — Les formes complètes de la maladie sont faciles à reconnaître. Le tremblement doit être différencié des autres tremblements; celui de la *sclérose en plaques*, intentionnel, s'étend à la tête et est associé à d'autres signes; celui du *goitre exophtalmique* fait aussi partie d'un syndrome défini; le *tremblement sénile* intéresse la tête, mais ne comporte ni rigidité, ni masque spécial; le *tremblement héréditaire* ne s'accompagne pas de rigidité, mais des signes de la dégénérescence mentale; les *tremblements toxiques*, également sans rigidité, présentent une étiologie et des signes propres; le *tremblement de la paralysie pseudo-bulbaire* est associé à une hémiplegie ou à une diplégie asymétrique, à une paralysie de la langue et du voile du palais, aux troubles intellectuels du ramollissement cérébral. La *chorée* et les *mouvements choréiformes*, toujours arythmiques, ne donneront pas non plus le change. L'hystérie peut simuler le tremblement de la maladie de Parkinson, l'une peut, du reste, se greffer sur l'autre; la recherche des stigmates, l'épreuve de la suggestion préciseront l'origine réelle du tremblement.

Le tremblement à formes monoplégique, hémiplégique, ne sera pas attribué à une lésion cérébrale en foyer se traduisant toujours d'abord par une paralysie ou par un ictus, mais capable du reste de reproduire l'attitude et le facies de la paralysie agitante; dans le doute on recherchera l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde.

Rigidité. — La *rigidité* doit être distinguée de la *contracture post-hémiplégique* et de la *paraplégie spasmodique* (dégénérescence descendante, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, myélites), reconnaissables à l'exagération des réflexes et à la trépidation épileptoïde qui manquent dans la paralysie agitante.

Déformations. — Les déformations de la paralysie agitante diffèrent de

celles du *rhumatisme chronique* en ce qu'elles sont peu ou pas douloureuses et ne s'accompagnent ni de lésions articulaires, ni d'hyperostoses, ni d'atrophie musculaire péri-articulaire. Les deux affections peuvent, du reste, coexister.

VI. — CHORÉE

I. Chorée de Sydenham. — **Troubles moteurs.** — La chorée est avant tout caractérisée par des *mouvements anormaux*. Dans la forme moyenne, elle se manifeste de la façon suivante : *debout*, l'équilibre est instable; les membres supérieurs subissent des écarts brusques, les doigts sont agités, le tronc est secoué de sursauts; le facies exprime l'hébétéude; *au lit*, des mouvements de reptation des membres déplacent les draps et les couvertures. L'attention, la timidité exagèrent ces troubles. La *marche* provoque des oscillations latérales rapides, des chocs, des menaces de chute. La main saisit les objets brutalement, après des hésitations et des écarts. La face, tirillée de contorsions incessantes, exprime tour à tour la crainte, la colère, la joie et la douleur. Les paupières clignent, les yeux subissent des déviations variées. La tête tourne en divers sens; on entend les claquements de la langue quelquefois projetée hors de la bouche, et de sourds grognements.

Les mouvements choréiques, disséminés à tous les muscles du corps, absolument arythmiques, propagés sans ordre, sont involontaires, exaspérés par les mouvements voulus, l'émotion, suspendus par le sommeil (naturel ou provoqué). Ils ne modifient ni la température, ni le pouls et n'épargnent aucun muscle strié; leurs localisations, linguale, laryngée, provoquent du hoquet, des aboiements, des *troubles de la parole* qui peut devenir momentanément impossible (*aphonie, alalie*); de leurs localisations pharyngées, résultent des *troubles de la déglutition* (instabilité du pharynx, du voile). Les yeux peuvent être convulsés de façons diverses.

La chorée débute par les doigts, plus souvent à gauche; la localisation, ou plutôt la prédominance d'un côté est commune, presque constante (*hémichorée*). Les mouvements sont, selon les formes, faibles, modérés ou excessifs. Le dynamomètre constate un *affaiblissement musculaire* marqué, proportionnel au degré de la chorée, parfois même des parésies et des paralysies passagères.

Réflexes tendineux. — Les réflexes sont habituellement diminués ou abolis, mais quelquefois aussi normaux ou exagérés.

Muscles lisses, Cœur. — La *chorée du cœur*, observée une fois sur cinq, plutôt dans les formes moyennes ou fortes, se traduit, soit par la dilatation cardiaque (souffle), soit par de l'arythmie; elle ne semble pas aggraver la situation.

La *pupille* peut présenter une dilatation intermittente ou permanente. Les *troubles vaso-moteurs*, tels que salivation, rougeur et chaleur localisées de la face ou des membres, sont fréquents.

Sensibilité. — Une anesthésie disséminée, quelquefois totale, ou de l'hyperesthésie, indépendantes de l'hystérie, peuvent s'observer. Très souvent, les malades accusent des douleurs mal définies, des sensations péri-articulaires pénibles avec rougeur et gonflement, de la céphalée paroxystique. A la pression, on constate des *points douloureux* périphériques multiples, sur le trajet des nerfs, et surtout à l'émergence des racines rachidiennes, en trois foyers : *cervico-dorsal* (plexus brachial), *dorsal* (IX^e espace) et *lombaire* (nerfs lombo-sacrés). La douleur est proportionnelle à l'activité des mouvements choréiques. On observe souvent 4 *points abdominaux* (dans les fosses iliaques et les hypocondres).

État mental. — Indifférents, apathiques, irascibles, les choréiques sont inattentifs et ont la mémoire faible ou nulle. La chorée peut éveiller, chez les prédisposés, des hallucinations et du délire.

Les infections intercurrentes apaisent la chorée si elle est à son déclin, mais l'exaspèrent quand elle est en pleine activité.

Durée. — La chorée vulgaire dure au moins six semaines, au plus six mois; d'habitude deux à trois mois, pour une attaque, avec ou sans rechutes. La guérison est la règle.

Complications. — **Paralysies.** — La diminution de la force musculaire peut aller jusqu'à la paralysie. Disséminées ou localisées (monoplégie, hémiplégie, paraplégie sans troubles sphinctériens) ces paralysies, presque toujours caractérisées, accompagnent ou suivent les mouvements choréiques. Elles peuvent aussi, dans la *chorée dite paralytique*, ou *molle*, devancer, masquer ou supplanter les mouvements.

Amyotrophies. — Les atrophies musculaires, liées aux arthropathies ou d'origine réflexe, sont rares. Les réflexes tendineux sont affaiblis ou abolis, mais les réactions électriques sont normales.

Rechutes. Récidives. — Elles sont possibles, fréquentes même, parfois à longue échéance (adultes).

Tics. — Les tics éveillés par une chorée chez un dégénéré peuvent persister après.

La *chorée chronique* est une affection spéciale, étrangère à la chorée de Sydenham.

Chorées graves. — Certaines chorées se traduisent par une agitation incessante sans rémission (état de mal choréique), par des soubresauts capables de jeter le malade hors du lit, des hallucinations, du délire et de la fièvre. L'alimentation devient impossible; les chocs, les frottements occasionnent des excoriations ou des plaies sujettes à s'infecter; ces sujets succombent soit à l'épuisement nerveux, soit à un érysipèle ou à un phlegmon.

État général. — **Fièvre.** — La fièvre, commune dans les formes graves, est passagère dans les formes moyennes, non motivée ou occasionnée par une complication.

Nutrition. — On constate : l'hyperphosphaturie, l'anémie ou, chez les grandes filles, des signes de chlorose franche. Les troubles digestifs : constipation, colite, embarras gastrique fébrile, sont fréquents.

Gardiopathies. — On les observe dans 1/4 ou 1/5 des cas, soit la *péricardite*, soit encore plus l'*endocardite aiguë* qui peut aboutir à l'asystolie. Précoce ou tardive, mitrale ou aortique, l'endocardite est légère ou grave, souvent accompagnée de fièvre et d'arthralgies.

Arthropathies. — On a remarqué la coïncidence de la chorée et des attaques de rhumatisme vrai. On voit aussi des arthropathies nerveuses ou du pseudo-rumatisme, précéder ou accompagner la chorée : le cœur est alors presque toujours pris, tôt ou tard.

Rhumatisme dit cérébral. — Il consiste, chez l'enfant, en un demi-coma avec mutisme, débutant graduellement, durant plusieurs jours et presque toujours curable. Il peut pourtant devenir mortel, soit subitement (rare), soit par hyperthermie (41°, 45°), vomissements et asphyxie.

Formes anormales. — **Chorée molle.** — Cette forme n'est qu'une modalité de la paralysie chez les choréiques. Elle offre la même étiologie que la chorée de Sydenham; souvent cependant, une infection aiguë a précédé ou compliqué la chorée. Les cas généralisés, si les convulsions sont insignifiantes, peuvent être confondus avec la *paralysie infantile*, dont l'évolution spéciale, dans la première enfance, sans le moindre mouvement choréique, est cependant assez typique.

Chorée des adultes. — Exceptionnelle après vingt ans, la chorée revêt à cet âge le même aspect que dans l'enfance.

Chorée gravidique. — Cette forme complique la première moitié de la grossesse, chez des primipares de moins de vingt ans, qui, souvent, ont eu la chorée dans l'enfance. Ses signes sont ceux de la chorée vulgaire, mais aggravés souvent de troubles mentaux : déchéance intellectuelle ou manie. Elle dure jusqu'à terme, s'exaspère pendant le travail et disparaît après. Elle menace la mère qui meurt dans 1/5 des cas, d'épuisement nerveux, de manie aiguë, d'asphyxie, ou subitement, et aussi, le fœtus dont la mort est d'une égale fréquence. La chorée gravidique est sujette à se prolonger durant la lactation, et parfois, à reparaitre, quoique atténuée, lors d'une nouvelle grossesse.

Chorée hystérique. — La chorée hystérique est tantôt *rythmique*, facile à reconnaître (voy. hystérie), tantôt *arythmique*; en ce cas, elle simule très fidèlement la chorée vraie, mais est associée à des troubles sensitifs, à des contractures et à des attaques.

II. Chorée chronique. — Exceptionnelle dans l'enfance et l'adolescence, la chorée chronique, souvent *héréditaire*, frappe les adultes et débute de vingt-cinq à quarante-cinq ans. Elle ne dérive jamais de la chorée de Sydenham.

Le début, quelquefois brusque, occasionné par une émotion vive, est plus souvent lent et progressif. Les mouvements sont ceux de la chorée vulgaire, mais plus lents et moins étendus; suspendus ou atténués par la volonté. Les *troubles mentaux* sont habituels, quelquefois antérieurs aux troubles moteurs; l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire vont, en certains cas, jusqu'à la démence.

La chorée chronique est le plus souvent bilatérale, parfois aussi uni-latérale ou prédominante d'un côté; plus rarement paraplégique. Les grands mouvements sont tardifs, provoqués par la station, la marche, les émotions.

Durée. — La chorée chronique dure 20, 30, 40 ans; elle est incurable: la mort peut résulter de son extension aux muscles respirateurs et au pharynx (asphyxie par le bol alimentaire).

Diagnostic. — On se gardera de confondre la chorée chronique avec: l'*athétose double* (début dans l'enfance, accompagnée de contracture, de démarche spasmodique), la *chorée symptomatique* de lésions cérébrales en foyers, précédée d'un ictus et d'une hémiplégié, et surtout les *chorées pré-hémiplégiques*; avec: les *tremblements*, mouvements rythmiques; la *maladie de Friedreich*, affection de l'enfance; le *paramyoclonus multiplex* caractérisé par des mouvements en décharges intermittentes que réveillent certaines excitations périphériques; et avec les *tics convulsifs* qui miment des gestes quasi intentionnels (cligner, renifler), échappent moins à la volonté et s'accompagnent d'exclamations et de coprolalie.

La *chorée de Sydenham* prolongée ou récidivante diffère de la chorée chronique par son début dans l'enfance et par l'influence toujours exaspérante de la volonté sur les mouvements.

VII. — FAUSSES CHORÉES

Chorées électriques. — Cette variété se caractérise par des contractions musculaires cloniques rappelant celles que provoque le choc électrique. Elle comprend plusieurs formes.

Chorée de Dubini. — Elle consiste en attaques convulsives suivies d'état parétique. Les convulsions, d'abord partielles (monoplégiques), se généralisent en plusieurs semaines, procédant, ainsi que la parésie, par crises intermittentes. La chorée de Dubini aboutit en quatre à cinq mois au coma apoplectique mortel; elle tient probablement à une lésion cérébrale encore mal précisée.

Chorée de Bergeron. — Elle débute de six à douze ans, brusquement, par des secousses soit partielles (épaule, cou, face, bras, tronc), soit diffuses (spasmes saltatoires) pouvant gagner le diaphragme, peut-être même le larynx (bruits expiratoires), suspendues par le sommeil, la compression de certains nerfs moteurs (nerf facial), exaspérées par la volonté. Cette affection guérit toujours, et brusquement, parfois à la suite d'un vomitif (en cas d'embarras gastrique) ou d'un vermifuge (si elle est provoquée par des lombrics).

Paramyoclonus multiplex. — Les accidents ont un début brusque ou lent; ils consistent en convulsions cloniques soudaines, sans déplacements, frappant, à intervalles rapprochés, mais variables, des groupes musculaires asymétriques, dans les membres supérieurs, plus souvent que dans les inférieurs, très rarement à la face. Les convulsions sont suspendues par le sommeil, atténuées par la station debout, exagérées par le décubitus. Il n'existe ni atrophie musculaire, ni troubles électriques. La sensibilité, l'intelligence

sont intactes. La guérison est constante, mais les récurrences sont communes. La maladie, favorisée par les émotions morales, l'hérédité névropathique, est plus fréquente chez l'homme mûr.

Chorée variable. — Cette forme constitue un cas particulier de la dégénérescence mentale. Elle débute à la façon d'une chorée franche ou d'un tic, consistant en un *mouvement anormal* survenant brusquement pour cesser de même et reparaitre plus ou moins vite, toujours associé à des *troubles psychiques fixes* (stigmates de dégénérescence), susceptibles d'aboutir à la démence. La durée est indéterminée, plutôt longue.

VIII. — MALADIE DES TICS CONVULSIFS

Le tic est un mouvement convulsif familial, involontaire et conscient, reproduisant intempestivement un geste automatique de la vie courante.

Sièges. — La *face* est sujette à de nombreux tics: clignement, mordillement, entre-bâillement des lèvres, moue, reniflement, bâillement, propulsion ou circumduction de la langue.

Le *cou* peut présenter: des contractions du trapèze ou du sterno-mastoïdien; des gestes de dénégation, de provocation, d'affirmation ou de moquerie; des haussements d'épaule.

Le *membre supérieur* ébauche des gestes de friction (main, bras); passe la main sur la tête, dans la barbe.

Le tic des *membres inférieurs* peut consister dans l'acte de se lever, de faire quelques pas.

On distingue des accès et des repos; parfois des séries d'accès.

Le claquement des lèvres ou de la langue, le reniflement bruyant, le *hempharyngé*, des exclamations diverses, la prononciation de petites phrases, la *coprolalie*, l'*écholalie* ou répétition automatique des dernières syllabes entendues, constituent autant de formes de tics.

Le tic implique: la prédisposition héréditaire, parfois la suggestion ou l'imitation; la suspension volontaire momentanée possible, mais non sans angoisse, et des *troubles psychiques concomitants*, tels que: claustrophobie, agoraphobie, idées fixes, crises de colère.

Évolution. — Les tics, compatibles avec un état général excellent, sont atténués par une santé florissante, les satisfactions morales, le sommeil, certaines affections fébriles; exagérés par les émotions déprimantes et les chagrins. Héréditaire et transmissible, la maladie est incurable, compliquée parfois d'obsessions ou d'idées fixes. Le tic, plus commun chez l'homme, débute de six à douze ans, éveillé quelquefois par une affection locale: *conjonctivite* (clignement), *coryza* (reniflement) ou *rhinopharyngite*.

Diagnostic. — Les tics doivent être différenciés: des *mouvements inconscients*, acquis par habitude vicieuse, chez des sujets normaux, et curables par la volonté attentive; du *paramyoclonus multiplex* (rare, épargnant la face); de la *chorée de Dubini*, dont les convulsions s'accompagnent de paralysie et