

camarades, dont il ne cherche plus à partager les jeux. Peu après, surviennent quelques mouvements brusques, isolés, et rares, qui paraissent presque être volontaires, et ont pour conséquence des maladresses dans les actes habituels, maladresses qui frappent l'entourage. L'enfant renverse son verre à table, laisse échapper de ses mains les objets qu'il tient. Les admonestations, les corrections même auxquelles on a recours alors ne servent à rien.

Le plus souvent, le sujet se plaint à ce moment de fatigue, de douleurs vagues et d'inquiétudes dans les membres; parfois aussi on observe quelques irrégularités des fonctions digestives, diminution de l'appétit, lenteur de la digestion, constipation rebelle.

Quoi qu'il en soit, aux simples grimaces de la face ne tardent pas à succéder de véritables contorsions, cependant qu'aux membres les mouvements involontaires deviennent tout à fait manifestes, et l'on ne peut plus méconnaître l'affection, dont les prodromes ont parfois passé inaperçus.

Motilité. — Arrivée à sa période d'état, la chorée offre à considérer avant tout les désordres de la *motilité* : ce sont les troubles dominants et caractéristiques. Les mouvements choréiques sont produits par des contractions musculaires involontaires, ordinairement conscientes, se renouvelant incessamment ou par accès, s'interrompant pendant le sommeil, quand ils ne parviennent pas à l'empêcher; ils sont, de plus, désordonnés, irréguliers, d'assez grande amplitude et d'une rapidité relative qui tient le milieu entre celle du tic et la lenteur de l'athétose. Continuels à l'état de veille, ils s'exagèrent sous l'influence des émotions, et cessent dans quelques cas lors des mouvements volontaires. Ils ne s'accompagnent pas de raideur des membres qui en sont le siège; aussi les malades prennent-ils souvent d'eux-mêmes certaines positions, dans lesquelles ils trouvent pour leurs membres des points d'appui capables de diminuer l'amplitude des convulsions.

Au point de vue de leur *répartition*, il est exceptionnel que les mouvements soient généralisés d'emblée. Le plus souvent, ils commencent par un membre supérieur, quelquefois aussi par un côté de la face, s'étendent ensuite au membre supérieur, puis au membre inférieur du même côté, enfin gagnent progressivement le tronc, les membres et le visage de l'autre côté. Parfois les mouvements demeurent localisés à un seul côté du corps, donnant l'aspect de l'*hémichorée*; cette localisation parfaite est très rare, mais il est habituel, dans les cas de chorée généralisée, qu'il y ait prédominance unilatérale des mouvements. Cette prédominance s'accuse le plus souvent du côté gauche. Il arrive aussi, au cours de l'évolution de la maladie, qu'elle se manifeste alternativement, les convulsions cessant d'un côté pour apparaître plus intenses ensuite de l'autre côté. La localisation des mouvements peut être plus limitée encore, et ceux-ci n'occupent alors qu'un membre : le bras, la jambe, l'avant-bras, la main. Ce sont là des faits exceptionnels.

Les *conséquences* des mouvements choréiques sur les différentes fonctions motrices méritent d'être considérées successivement sur les diverses parties du corps. A la *face*, ce sont des grimaces bizarres qui donnent au facies un aspect spécial. Les muscles de la face qui sont atteints en premier lieu et se contractent le plus intensivement sont ceux qui entourent la bouche : la contraction des zygomatiques accuse brusquement les plis naso-labiaux. Les lèvres se projettent en avant, renversant leur bord libre en dehors, comme si le malade *faisait*

la *moue*, ou bien elles s'entr'ouvrent, laissant passer l'extrémité de la langue, qui exécute quelques mouvements de va-et-vient et rentre rapidement dans la bouche. Les commissures sont tirées tantôt en dehors, tantôt en bas, donnant à la physionomie une expression de tristesse à laquelle ne tarde pas à succéder l'aspect du sourire. Les muscles frontaux ne restent pas inactifs et l'on assiste à une succession ininterrompue et rapide des masques les plus changeants et les plus disparates. Dans les cas où les mouvements de la face sont moins manifestes, il est possible ordinairement de les faire apparaître, en commandant au malade de tirer la *langue*.

Celle-ci remue presque constamment dans la cavité buccale, se projetant de côté et d'autre, se relevant, se retournant, et l'on entend souvent les claquements qu'elle produit ainsi. Il en résulte des *troubles de la déglutition*, qu'accroissent encore parfois des mouvements involontaires du voile du palais et du pharynx. Lorsque le malade cherche à ouvrir la bouche, très souvent il ne peut y parvenir sans beaucoup d'efforts : et la bouche à moitié entr'ouverte se referme brusquement, ou encore, lorsqu'elle reste ouverte, elle se modifie constamment dans sa forme. De semblables difficultés se manifestent quand il s'agit de tirer la langue : celle-ci sort et rentre presque immédiatement, ou bien elle subit des oscillations continues, quand sa sortie de l'orifice buccal n'est pas empêchée par une contraction simultanée des mâchoires. On conçoit que, de même que la déglutition, la *parole* soit fréquemment modifiée par ces troubles. Parfois l'émission des mots est coupée par des bruits expiratoires résultant de convulsions des muscles respirateurs, du diaphragme en particulier. Parfois, mais le fait est rare, les muscles du larynx participant au trouble, la parole est interrompue par une toux sèche⁽¹⁾. La dysarthrie occasionnée par les convulsions de la langue est caractérisée par du nasonnement et par la mauvaise articulation des syllabes, qui tendent à se confondre. Dans d'autres cas, les sujets prononcent rapidement quelques mots en profitant d'une période d'accalmie, puis s'arrêtent brusquement quelques secondes et recommencent de même.

Les muscles des *globes oculaires* participent souvent, d'après Triboulet, aux désordres moteurs, et le globe peut-être convulsé en diverses positions, ce qui est un élément de la mobilité de physionomie des choréiques. Les mouvements de l'*iris* paraissent rares; ils ont été constatés par Hasse, Rosenthal et Ziemsen. Cadet de Gassicourt en a rapporté un exemple des plus significatifs. Chez le petit malade qu'il a observé, « on voyait bien distinctement une dilatation et un resserrement alternatifs de la pupille, tout à fait indépendants de l'action de la lumière ». Il en résultait ce phénomène bizarre, à savoir, que si on lui donnait un livre à lire, il s'arrêtait tout à coup au milieu de la lecture en disant : « Je ne vois plus », pour la reprendre quelques instants après. Or, l'examen de l'œil pendant cette expérience montrait que l'obscurcissement de la vision correspondait à une contraction de la pupille⁽²⁾. M. Cruchet⁽³⁾ a décrit récemment un trouble un peu analogue, à savoir l'instabilité de la pupille en face d'un foyer lumineux; la pupille se contracte d'abord, sous l'influence de la lumière, puis

(1) Furundarena Labat a rapporté le cas d'un sujet chez lequel aurait existé une chorée localisée aux muscles du larynx (Chorée du larynx, *El Siglo medico*, n° 1958, p. 104, 1891).

(2) CADET DE GASSICOURT. *Maladies de l'enfance*, Paris, 1882, t. II, p. 215.

(3) CRUCHET. L'hippus en neurologie, et en particulier dans la chorée. *Revue neurol.*, 1904, p. 1147.

se dilate, et passe par une série d'alternatives de contraction et de dilatation; c'est le phénomène connu sous le nom d'*hippus*; il se rencontre dans diverses affections nerveuses, mais paraît assez constant dans la chorée (M. Cruchet l'a noté 7 fois sur 7 cas).

Aux *membres supérieurs*, les mouvements choréiques commencent par l'extrémité du membre, par les doigts, qui s'écartent et se rapprochent, se fléchissent et s'étendent, par le pouce, dont les convulsions prédominent ordinairement. Puis ce sont l'avant-bras et le bras qui exécutent constamment des mouvements de pronation et de supination, de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction; ce sont enfin et surtout les épaules qui participent aux mouvements, se soulevant ensemble ou séparément avec la plus grande irrégularité, et s'associant ou non à des convulsions de la tête et du cou. Les *fonctions de préhension* sont parfois complètement empêchées et le malade devient tout à fait incapable de saisir un objet même volumineux. Lorsque le trouble est moins intense, ce n'est qu'au prix de nombre d'efforts, et après maintes gesticulations, que le sujet parvient à prendre l'objet qu'on lui désigne. Dans les cas plus légers, on arrive à mettre l'incoordination en évidence, sachant combien l'émotion l'exagère, de la façon suivante: on engage le malade à porter à sa bouche un verre rempli d'eau qu'il prendra sur une table. La main plane et s'approche du verre, se refermant avant de l'avoir saisi, ou le lâchant presque aussitôt après, puis le membre se lance de côté et d'autre, projetant le liquide: le malade ne peut porter directement le verre à la bouche, dit Sydenham, « mais seulement après mille gesticulations pour y parvenir, faisant plusieurs aberrations et écarts à la manière des bateleurs, jusqu'à ce qu'enfin le hasard lui faisant rencontrer la bouche, il vide rapidement le verre et avale d'un seul trait le liquide qu'il contient, comme s'il voulait faire rire les spectateurs ». Il résulte de ces difficultés qu'en nombre de cas le malade devient incapable de manger seul.

C'est également par les extrémités que se prennent les *membres inférieurs*, qui ordinairement sont moins agités que les membres supérieurs. Les orteils s'étendent et se fléchissent, le pied se jette en dedans et en dehors, se tord sur son axe comme dans le valgus, les jambes se fléchissent, donnant lieu à une sorte de piétinement, si les malades sont debout. Sont-ils assis, les cuisses se croisent et se décroisent, se rapprochent et s'écartent continuellement. La *station* et la *marche* peuvent être impossibles, et le malade condamné au lit. Mais il est rare que les contorsions des membres inférieurs parviennent à une telle intensité, et, le plus souvent ces fonctions sont seulement gênées à des degrés divers. Dans les cas moyens, la marche ressemble, comme l'a dit Trousseau, à un sautellement perpétuel; les sujets sont semblables, selon l'expression de Rûfz⁽¹⁾, aux pantins que l'on fait mouvoir à l'aide d'une ficelle.

A un degré peu prononcé, le trouble est intermittent; un examen attentif montre seulement que le sujet lève parfois une jambe plus qu'il ne faudrait, ou bien qu'il projette le pied latéralement comme dans le *jeté-battu* des danseurs, pour le ramener vers la ligne médiane avant qu'il n'arrive à terre. De plus, et d'une façon générale, l'allure est inégale, se faisant tantôt à petits pas, tantôt à grands pas⁽²⁾. Lorsque la marche est plus intéressée, le sujet, après un temps

(1) RUFZ. *Archives générales de médecine*, 1854, t. IV.

(2) PAUL BLOCQ. *Troubles de la marche dans les maladies nerveuses*. Paris, 1892.

d'arrêt, de préparation, se lance en quelque sorte, fait rapidement plusieurs pas pour lesquels il porte son pied trop haut, le lance de droite et de gauche, et, à peine l'a-t-il posé sur le sol, accomplit avec l'autre pied les mêmes mouvements maladroits, puis s'arrête et repart de nouveau. Le trouble se montre en même temps sur le tronc; celui-ci est agité continuellement par des attitudes contradictoires qui sont en opposition avec les mouvements corrélatifs habituels, et compromettent à chaque instant l'équilibre. Les malades essaient parfois de diminuer ces gesticulations en serrant les coudes au corps, et alors leurs mains agitées en tous les sens complètent le tableau formé par l'instabilité du corps pendant la démarche, qui a ainsi des caractères véritablement spéciaux.

Les muscles du *cou* ne restent pas inactifs et provoquent des mouvements de torsion, de flexion et de rotation de la tête. Il en est de même des muscles du *bassin* et du *tronc*, dont les convulsions se manifestent non seulement pendant la station et la marche, comme nous venons de le dire, mais également dans le *décubitus*. Souvent ils sont prédominants à la partie thoracique, mais ils peuvent aussi prédominer à la partie inférieure, où parfois ils revêtent la forme du spasme cynique (Cadet de Gassicourt). Les contractions des muscles thoraciques peuvent déterminer une altération spéciale du rythme respiratoire: un choréique observé par Morano semblait en proie à une dyspnée vive (90 à 150 respirations par minute) alors qu'il s'agissait en réalité d'une bi ou tripartition de chaque respiration, et le nombre total des actes respiratoires ne dépassait pas la normale; cet état cessait pendant le sommeil⁽¹⁾.

Le *diaphragme* prend quelquefois part aux mouvements involontaires et il en résulte de l'irrégularité de la respiration d'une part, la production de bruits respiratoires divers d'autre part. Il est exceptionnel que l'on observe des troubles du côté des *muscles sphincters*, sinon dans les formes graves, lors d'état de mal choréique, auquel cas l'incontinence des matières et de l'urine a été signalée.

Parmi les conséquences que peuvent avoir les mouvements involontaires, nous devons mentionner en premier lieu l'*insomnie*. Nous avons dit qu'en général, quelque désordonnées que soient les convulsions, elles sont complètement suspendues pendant le sommeil. Dans les cas graves, néanmoins, les mouvements, et peut-être aussi l'état nerveux concomitant, entraînent la perte du sommeil: l'insomnie est un des premiers signes indiquant alors l'imminence de la forme suraiguë mortelle, que nous étudierons sous le nom d'*état de mal choréique*.

De même, c'est surtout dans les cas où la violence des mouvements est extrême, que les malades, soit par des frottements répétés *excorient* leur peau, soit par des chocs se font des contusions graves. Ces traumatismes, qui portent de préférence sur les saillies osseuses: talons, malléoles, trochanters, coudes, peuvent être l'origine de phlegmons et d'infections secondaires avec toutes leurs conséquences, et la mort en est souvent la terminaison.

En dehors des mouvements involontaires, la motilité est peu altérée. Pourtant la *force dynamométrique* des membres est rarement indemne; le plus souvent on peut constater un degré notable d'affaiblissement qui parfois va jusqu'à la *paralyse*: celle-ci est d'ailleurs rare, bien que Bouteille ait considéré

(1) PIGNATTI MORANO. Altération singulière du rythme respiratoire chez un choréique. *Clinica med. ital.*, décembre 1898, p. 759.

la chorée plus comme une paralysie que comme une convulsion, disant « que cette maladie est une espèce d'hémiplégie, car le côté lésé offre des chairs molles, flasques, et la plupart de ses fibres paraissent dans un relâchement total ». Nous ne voulons pas parler ici des cas où la paralysie domine toute la scène : ils seront étudiés à propos de la chorée molle ; mais il faut en distinguer les paralysies dans la chorée. Avec Ollive (1) et Périssou (2), on peut, en dehors de la chorée molle, signaler les paralysies préchoréiques, interchoréiques, post-choréiques ; il s'agit tantôt de monoplégies, tantôt d'hémiplégies, tantôt de paraplégies ; ce sont toujours des paralysies flasques sans troubles sensitifs ; les préchoréiques peuvent se généraliser, et l'on assiste alors à la transformation de la maladie initiale en chorée molle (3). La guérison est la règle. On les a attribuées soit à une altération dynamique des grandes cellules radiculaires (Raymond), soit à un trouble cérébelleux (Londe) (4).

L'excitabilité mécanique et électrique des nerfs et des muscles reste indemne dans la plupart des cas ; elle peut être légèrement diminuée. Cependant, d'après Rosenthal et Benedikt, on aurait noté parfois de l'exagération de l'excitabilité, tant des nerfs moteurs que des nerfs sensitifs (5).

En ce qui concerne les réflexes tendineux, leurs modifications ne paraissent pas constantes. M. Joffroy (6) a trouvé que, dans la grande majorité des cas de chorée, les réflexes patellaires sont très diminués ou complètement abolis ; ils étaient néanmoins normaux dans deux cas, et peut-être exagérés dans deux autres. Pour Benhöffer, il y a toujours diminution du tonus musculaire dans la chorée ; et les réflexes patellaires sont souvent abolis (7). Oddo a trouvé tantôt l'exagération et tantôt la diminution des réflexes, ce qui s'explique si l'on admet que, dans la pathogénie de la chorée, il y a participation du centre cérébral modérateur et du centre cérébelleux excitateur (8). M. Triboulet (9) a recherché le réflexe rotulien chez 21 sujets ; le type qu'il a rencontré le plus souvent est le suivant : la percussion du tendon rotulien reste parfois sans efficacité à une ou deux reprises et même plus, puis la jambe est lancée comme par un ressort. Il existerait, pour cet auteur, un retard dans le réflexe (sensibilité défectueuse) et une exagération dans la réaction (irritation médullaire). D'après Gordon et Eshner (10) après l'extension normale de la jambe, le retour à la position de laxité musculaire se fait d'une façon spéciale : la jambe reste immobile en extension pendant un certain temps ; puis elle descend lentement, ou s'arrête dans sa descente pour demeurer un moment immobile.

Sensibilité. — Les troubles de la sensibilité subjective, assez fréquents par

(1) OLLIVE. *Paralysies chez les choréiques*. Thèse de Paris, 1885.

(2) RONDOT. *Paralysie de la chorée*. *Gaz. hebdomadaire de médecine de Bordeaux*, 1889 ; — *Des amyotrophies dans la paralysie de la chorée*. *Gaz. hebdomadaire de médecine de Bordeaux*, 1890. — PÉRISSE. *Paralysies et amyotrophies dans la chorée*. Thèse de Bordeaux, 1891.

(3) MICHEL. *Contribution à l'étude des paralysies de la chorée*. Thèse de Paris, 1904.

(4) P. LONDE. *Les parésies de la chorée et du goitre exophtalmique*. *Soc. méd. des hôp.* 15 octobre 1899, p. 772.

(5) ROSENTHAL. *Traité clinique des maladies du système nerveux*. Trad. française, Paris, 1878, p. 606.

(6) JOFFROY. *Nature et traitement de la chorée*. *Progrès méd.*, 50 mai 1885, p. 358.

(7) BENHÖFFER. *De la diminution du tonus musculaire dans la chorée*. *Monatschr. f. Psych. u. Neurol.*, 1898, vol. III, p. 259.

(8) ODDO. *La réflexivité tendineuse dans la chorée de Sydenham*. XIII^e Congrès internat. de médecine, Paris, 1900.

(9) TRIBOULET. *Loco citato*, p. 24.

(10) ESHNER. *Le réflexe rotulien dans la chorée*. *Philad. med. Journ.*, 8 juin 1901.

rapport à ceux de la sensibilité objective, qui sont inconstants, sont de deux ordres. Il existe d'une part des sensations pénibles autour des articulations, s'accompagnant ou non de gonflement et de rougeur et ayant presque l'aspect d'arthropathies. Il existe d'autre part des douleurs au niveau de l'émergence des nerfs rachidiens, douleurs sur lesquelles Triboulet père, puis Huchard (1), ont attiré l'attention, et que Triboulet fils a étudiées dans sa thèse. Ces douleurs, que celui-ci propose d'appeler *névrodynies*, seraient constantes dans la chorée. Il suffirait, pour les provoquer, d'exercer des pressions modérées avec l'index sur le trajet des nerfs, ou au niveau des racines rachidiennes. La pression, ainsi pratiquée, déterminerait, non seulement de la douleur, mais encore un mouvement réactionnel des membres avec tendance à la généralisation. En dehors des points cruraux, brachiaux, intercostaux, Triboulet mentionne des points viscéraux au niveau des angles du côlon. Les douleurs intéresseraient les nerfs périphériques, et seraient proportionnelles en intensité à l'activité de la convulsion. Oddo distingue des troubles sensitifs parchoréiques (sans rapport avec les troubles moteurs) et des troubles sensitifs juxtachoréiques produits mécaniquement par l'agitation musculaire.

Une ovarie semblable à celle des hystériques a été également signalée. M. Marie, qui a attiré l'attention sur ce symptôme, l'a rencontré 24 fois sur 55 malades (10 fois à droite, 10 fois à gauche, 4 fois des deux côtés). Une douleur de même siège existe également chez l'homme ; M. Séglas l'a notée dans les 2/5 des cas.

On ne saurait affirmer que les troubles de la sensibilité objective : anesthésie, analgésie cutanée, généralisée ou localisée aux membres affectés de mouvements involontaires, hyperesthésie, hyperalgésie, ressortissent en propre à la chorée, étant donnée l'association si fréquente de la chorée à l'hystérie, dont ces troubles font plutôt partie. P. Blocq dit n'avoir jamais rencontré d'anesthésie dans la chorée pure et sans immixtion d'hystérie. Triboulet fait remarquer cependant que la sensibilité générale des choréiques n'est jamais normale, et qu'elle est diminuée d'ordinaire, comme en témoignent les contusions que se donnent sans se plaindre les sujets fortement choréiques.

État mental. — Des troubles mentaux sont constants dans la chorée, mais ils s'y montrent sous des aspects très différents, et il reste à déterminer d'une façon précise les véritables rapports existant entre eux et l'affection convulsive.

Le premier travail d'ensemble qui leur soit consacré est le mémoire fameux de Marcé (2), basé sur 57 observations. Cet auteur trouve que, chez les choréiques, les troubles des facultés morales et intellectuelles sont très fréquents, sinon constants, et il distingue quatre éléments morbides, quelquefois isolés, souvent associés : des troubles de la sensibilité morale, des désordres de l'intelligence, des hallucinations, du délire maniaque. Depuis lors, ces altérations de l'état mental ont été signalées par la plupart des auteurs, et on les a décrites et différemment interprétées dans les traités classiques.

À côté de troubles communs, peu intenses et qui n'étaient pas spécialement qualifiés, on s'accordait, en général, à faire une place distincte à des altérations rares, plus accusées, d'allures variables et qu'on groupait sous la dénomination

(1) HUCHARD. *Traité des névroses d'Axenfeld*, Paris, 1885, p. 719.

(2) MARCÉ. *De l'état mental dans la chorée*. Mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 12 avril 1859.

de *folie choréique* (Ball⁽¹⁾, Mairét⁽²⁾). Dans un mémoire important paru en 1888, M. Séglas⁽³⁾ s'attache à démontrer que, d'une part, les légers troubles mentaux prétendus choréiques n'offrent pas de caractères spécifiques, et il se demande si l'on est vraiment autorisé à les rattacher à la chorée, ou s'il ne convient pas plutôt de les mettre sur le compte du tempérament nerveux spécial aux malades choréiques. D'autre part, on ne saurait, à son avis, affirmer l'existence d'une folie choréique proprement dite.

Cette conception a été étendue et complétée par M. Joffroy⁽⁴⁾, dont les idées sur ce sujet sont développées dans la thèse de son élève Breton⁽⁵⁾. Pour cet auteur, la chorée ne comporte que des désordres moteurs, et quant aux phénomènes psychiques observés au cours de son évolution, ils ne sont nullement engendrés par elle. Ils n'en reçoivent aucun caractère spécial; ils viennent seulement la compliquer. La chorée ne fait que les susciter et ne les crée pas. La seule cause véritable de leur existence est l'hérédité. Il n'y a donc pas à proprement parler d'état mental choréique. Il y a d'une part des troubles mentaux se manifestant sur des dégénérés atteints de chorée, d'autre part une manifestation (folie choréique) de la dégénérescence psychique à l'occasion de la chorée, qui elle-même est fonction de la dégénérescence de l'appareil nerveux moteur. Ces conclusions sont, dans leur ensemble, adoptées par M. Dutil⁽⁶⁾.

Cette conception est peut-être trop exclusive. Certes, il est fréquent que la chorée s'associe à des vésanies, ou même provoque chez des prédisposés l'écllosion de formes psychopathiques indépendantes (folie des dégénérés, folie hystérique) qui semblent correspondre à ce qu'on a appelé la folie choréique, bien qu'elles ne soient en aucune façon de nature choréique. Mais la même interprétation ne saurait, à notre avis, convenir à d'autres désordres: les légers troubles psychiques qui ont déjà été mentionnés dans les prodromes de la névrose nous paraissent appartenir en propre à la chorée, en raison de leur constance dans cette affection, et aussi parce que leur mécanisme est sans doute en rapport avec les phénomènes moteurs, comme il semble résulter des vues de M. Ribot⁽⁷⁾ et des recherches de M. Sollier⁽⁸⁾.

Enfin, le délire particulier aux chorées, à l'état de mal choréique, délire que Möbius assimile à celui des intoxications, mériterait également d'être différencié.

Une distinction, qui n'est pas seulement théorique, mais qui correspond aussi à l'observation clinique, paraît donc s'imposer entre les différents troubles mentaux de la chorée; et nous étudierons: 1° des manifestations réellement choréiques; 2° des manifestations non choréiques, parmi lesquelles: a, les délires de l'état de mal (qui sont peut-être d'origine toxique); b, les délires provoqués ou associés (qui dépendent de la dégénérescence nerveuse).

1° Les troubles mentaux légers, qui figurent souvent les premières manifestations de la chorée, sont aussi fréquents que les autres sont rares, et tous les

(1) BALL. Folie choréique. *France médicale*, 1886.

(2) MAIRET. Manie choréique. *Annales médico-psychologiques*, 7^e s., t. IX, p. 555; t. X, p. 27, 1889.

(3) SÉGLAS. De l'état mental dans les chorées. *Bull. de la Soc. mentale de Belgique*, 1887.

(4) JOFFROY. De la folie choréique; pathogénie et nature de la chorée. *Semaine médicale*, 25 février 1895.

(5) BRETON. *État mental dans la chorée*. Thèse de Paris, 1895.

(6) DUTIL. *Traité de pathologie mentale*, publié sous la direction de G. BALLET. Paris, 1905.

(7) RIBOT. *Les maladies de l'attention*, Paris, 1888.

(8) SOLLIER. *Les troubles de la mémoire*, Paris, 1892.

classiques les signalent. Seuls, ils nous paraissent liés immédiatement à la névrose, et non pas rattachés à elle par le terrain commun de dégénérescence. Ils consistent en des modifications de la sensibilité morale et du caractère — émotivité, irritabilité, indocilité, tristesse, mobilité — que les parents caractérisent le plus souvent en disant que leur enfant, docile auparavant, est devenu insupportable. Il s'y joint aussi des troubles de l'intelligence consistant, d'une part en de l'affaiblissement, de l'obtusion, d'autre part en de la perte de la mémoire. Tous ces phénomènes paraissent dus à un trouble de l'attention; pour la plupart des auteurs il y a diminution (Sollier) ou même abolition de l'attention, aprosexie ou hypoprosexie. Pour Ziehen, il s'agit au contraire d'une exagération de l'attention, hyperprosexie. Pour Bernstein⁽¹⁾, l'hyperprosexie et l'hypoprosexie existent à la fois; le malade fixe son attention sur une multitude d'objets, mais les nombreuses impressions reçues en un temps très court se chassent les unes les autres; et ainsi s'expliquerait la perte de la mémoire coïncidant avec une hyperexcitabilité des centres intellectuels. Bien que ces désordres acquièrent rarement une grande intensité, ils sont parfois assez développés pour imprimer au facies du malade une expression niaise et hébétée, voisine de celle de l'idiot.

2° Les hallucinations, sur lesquelles Marcé a attiré surtout l'attention, constituent en quelque sorte une transition entre la forme précédente et celle dont il nous reste à nous occuper. Elles affectent rarement d'autres sens que la vue; le goût et l'odorat sont indemnes, l'ouïe et la sensibilité tactile exceptionnellement atteints. Les hallucinations de la vue sont elles-mêmes rares avant l'âge de quinze ans. Elles se produisent en général le soir avant le sommeil et se prolongent jusqu'au milieu de la nuit. Dès que le malade ferme les yeux, il voit des êtres terrifiants, fantômes, figures fantastiques, des animaux, lions, chiens, singes, ou des objets effrayants, cercueils, croix. Parfois les sujets des hallucinations sont en rapport avec l'événement qui a produit la chorée, quand il s'est agi d'une peur.

a. Souvent, dans les cas de chorées graves, les hallucinations, d'abord rares, deviennent nombreuses, se prolongent et ne représentent alors que le début du délire hallucinatoire aigu ou de l'état maniaque qui va caractériser l'état de mal choréique à issue mortelle. Elles s'associent, pour le constituer, avec des troubles graves de l'intelligence, confusion et incohérence des idées, et l'on a dès lors le tableau de la forme grave du délire aigu, qui, par ses caractères, se rapproche, selon Möbius, des délires des intoxications. Au milieu d'un délire incohérent, les malades laissent échapper des paroles sans suite, poussent des cris rauques, sont en proie à une agitation d'une violence extrême, et souvent ne tardent pas à succomber dans le coma.

b. Les délires qu'on a décrits sous le nom de *folie choréique* revêtent des formes différentes, et il est aisé de le concevoir, puisque, en somme, il s'agit alors de folie survenant chez des dégénérés. Ils sont relativement rares. On a distingué l'excitation maniaque, la mélancolie anxieuse avec sitiophobie et idées de suicide, le délire de persécution. D'après Joffroy, il ne semble pas exister de relation entre l'intensité de la chorée et le développement de ces troubles psychiques: d'ailleurs, lorsqu'ils apparaissent au cours de la névrose, ils ne présentent d'autre caractère spécial que leur évolution, ils peuvent en

(1) BERNSTEIN. Les symptômes psychiques de la chorée de Sydenham. *Allg. Zeitschr. et Psych.*, t. LIII, p. 4, 1896.