

effet se développer au cours de la névrose et disparaître quand celle-ci prend fin.

Liquide céphalo-rachidien. — La ponction lombaire, pratiquée dans quelques cas par Sicard et Babonneix a révélé, d'une façon très inconstante, une lymphocytose discrète. Carrière a noté les mêmes variations dans la cytologie du liquide céphalo-rachidien : on ne trouve pas là un élément de diagnostic entre la chorée vraie et la chorée hystérique⁽¹⁾.

Troubles cardiaques. — La fréquence des lésions cardiaques qui accompagnent la chorée est un fait établi depuis longtemps, et nous avons vu que Roger y avait trouvé une confirmation de la théorie rhumatismale, ces altérations étant, à son avis, la localisation du rhumatisme sur le cœur. Depuis, c'est en grande partie aux statistiques qu'on a demandé la solution des rapports qui existent entre l'une et l'autre. Roger avait trouvé des cardiopathies dans les 2/5 des cas; Hugues et Brown sur 209 choréiques comptent 194 cardiaques. Herrinham obtient une proportion de 40 pour 100. Mackenzie rapporte 142 lésions organiques du cœur sur 459 choréiques. Par contre, M. Leroux ne constate de lésion mitrale que 5 fois sur 80 malades, M. Comby 2 fois sur 80. Les statistiques sont donc très variables dans leurs proportions.

Mais une autre question s'est posée. Tous les troubles cardiaques observés en cas de chorée dépendent-ils, comme on le croyait au début, du rhumatisme, et représentent-ils organiquement l'endocardite rhumatismale? Il s'en faut qu'il en soit ainsi en réalité. Assez souvent, il s'agit de souffles extra-cardiaques (Comby, Leroux). En d'autres circonstances, il s'agirait, non pas d'endocardite rhumatismale, mais d'endocardite infectieuse, que celle-ci reconnaisse pour origine une maladie infectieuse déterminée (rougeole, scarlatine) et antérieure à la chorée, ou qu'elle dépende d'une infection à origine mal déterminée (staphylocoque). De ces dernières, il n'existe encore toutefois qu'un assez petit nombre d'observations.

Enfin, il pourrait arriver que le muscle cardiaque lui-même participât au désordre moteur choréique dont sont affectés les muscles volontaires, ainsi que l'a montré Hasse et que l'a expliqué M. François Franck. Il importe donc de distinguer plusieurs catégories dans les troubles cardiaques qui accompagnent la chorée⁽²⁾: 1° la chorée du cœur, détermination choréique motrice sur le muscle cardiaque; 2° les lésions organiques associées à la chorée ou provoquées par elle: a, rhumatismales; b, infectieuses; 3° les troubles anémiques.

1° La *chorée du cœur*, caractérisée par une incoordination de ses mouvements rythmiques paraissant être de même nature que celle des muscles des membres, a été indiquée par Roger, et son existence a été vérifiée par J. Simon. Il arrive, selon cet auteur, que le cœur participe à l'agitation de tous les muscles, et il y a alors chorée cardiaque. Une arythmie qui ne paraissait imputable à aucune autre cause a été également décrite par Hasse et par Ollivier⁽³⁾.

Les signes qui caractérisent ces troubles sont d'un diagnostic difficile. Il existe alors, en effet, non seulement une arythmie constante et très marquée, mais encore des bruits de souffle, variables quant à leur localisation et à leur durée. C'est ainsi qu'ils s'entendent le plus souvent à la pointe, mais parfois à

(1) SICARD. *Le liquide céphalo-rachidien*. Encyclopédie Léauté, Paris 1902; — CARRIÈRE et SONNEVILLE, *loco citato*.

(2) MOITY. *Du cœur dans la chorée de Sydenham*. Thèse de Paris, 1892.

(3) OLLIVIER. *Leçons clin. Hôp. des enfants*, Paris, 1889.

la base. C'est en s'appuyant surtout sur la constance de l'arythmie, sur la soudaineté d'apparition du souffle, sur son évolution capricieuse, enfin sur la disparition en général rapide, des accidents, qu'on pourra reconnaître la présence de la chorée du cœur. On a vu dans l'arythmie le résultat d'un spasme de quelques fibres isolées. A cet égard, M. F. Franck a fait remarquer que, le muscle cardiaque ayant toutes ses fibres synergiques, il ne peut y avoir une telle dissociation dans la contraction. Aussi cet auteur est-il tenté d'invoquer l'action du pneumogastrique. Sous l'influence supposée d'une excitation directe, ce nerf entraînerait un relâchement du myocarde, par diminution ou par perte du tonus des muscles papillaires, d'où dilatation du cœur (souffle), d'où aussi arythmie, le cœur répondant, suivant les instants, trop ou trop peu, trop lentement ou trop vite, à l'excitation. D'après Ollivier, certains cas de mort subite peuvent être attribués à la chorée cardiaque.

2° a. C'est l'endocardite *rhumatismale* qui apparaît dans le plus grand nombre des cas de lésions cardiaques chez les choréiques. Le maximum de fréquence de ces lésions s'observerait vers l'âge de sept à huit ans; et parmi les conséquences de l'endocardite, c'est surtout à l'insuffisance mitrale qu'on a affaire. Il est en tout cas très difficile de savoir si les lésions se sont développées avant ou pendant l'attaque de chorée. Cette question aurait cependant une grande importance pronostique, car, d'après J. Simon, si la cardiopathie a précédé la chorée, elle reste dans l'état où elle était, tandis que si elle s'est développée au cours de la névrose, elle s'améliore avec elle.

Le plus ordinairement l'évolution de la cardiopathie se fait de la façon suivante: peu après le début de la chorée, le malade accuse des douleurs dans une ou plusieurs jointures, et, à l'auscultation, on constate un souffle systolique. Ultérieurement, on peut observer les signes des diverses altérations orificielles. Lorsqu'il n'existe pas de symptômes fonctionnels ou généraux de l'endocardite, on se fondera, pour admettre l'existence d'une lésion, sur les caractères du souffle, sa constance, sa localisation, sa propagation. La valvule mitrale est presque constamment atteinte, au contraire de l'orifice aortique.

La *péricardite* rhumatismale a été observée moins souvent: sur 71 cas, Roger trouve 5 fois la péricardite, 19 fois l'endopéricardite, 47 fois l'endocardite; Ollivier, sur 12 cardiopathies au cours de la chorée, relève une fois la péricardite et 11 fois l'endocardite. Dupré et Camus ont rapporté un cas de péricardite hémorragique chez un ancien rhumatisant atteint de chorée⁽¹⁾.

b. L'une des observations les plus démonstratives de l'imminence d'une endocardite *infectieuse* non rhumatismale au cours de la chorée est celle de M. Leredde. Il s'agissait d'un enfant de quatre ans et demi sans antécédents rhumatismaux, qui, vers le 15^e jour d'une chorée classique, fut pris de fièvre et offrit à l'auscultation des signes d'endocardite (lésions mitrale et aortique) en même temps que d'autres phénomènes d'infection (hépatite et splénomégalie, albuminurie). L'examen bactériologique du sang recueilli pendant la vie montra la présence du staphylococcus albus. Dans un autre cas, rapporté par M. Triboulet, l'examen de lésions péricardiques trouvées à l'autopsie d'un sujet choréique révéla la présence du staphylocoque, bien que l'enfant fût rhumatisant.

(1) Voir: A. PETIT. *Maladies du cœur, Traité de médecine*, 2^e édition, t. VIII, p. 6; — DUPRÉ et CAMUS. *Chorée aiguë mortelle. Péricardite hémorragique. Soc. méd. des hôp.*, avril 1904, p. 561.

Des observations analogues ont été rapportées par Haushalter, Comby, etc. (1).

La fréquence de l'endocardite, rhumatismale ou non, chez les choréiques, est un argument important en faveur de la théorie infectieuse (2).

5° On conçoit aisément, étant donnée la grande fréquence de la *chlorose* chez les choréiques, qu'on puisse constater chez eux comme chez tous les chlorotiques, des souffles extra-cardiaques. Il importera seulement de les reconnaître en les distinguant des autres bruits morbides que nous avons mentionnés précédemment, car il y a dans ce diagnostic un intérêt pronostique de premier ordre. Les difficultés pourront être grandes si le sujet porteur du souffle extra-cardiaque a été atteint préalablement de rhumatisme.

Les divers appareils organiques sont peu ou ne sont pas touchés dans la chorée vulgaire, sauf en cas de complications. Des troubles des fonctions digestives, consistant en de la diminution de l'appétit et de la difficulté de la digestion, pouvant aller jusqu'à l'embarras gastrique, sont signalés par Trouseau, qui insiste sur la constance de la constipation. Les sécrétions elles-mêmes, et celle de l'urine en particulier, restent dans leurs limites normales.

Les examens d'urines ont plusieurs fois mis en évidence l'azoturie et la phosphaturie (Stidbel, Baumel, Babeau). La toxicité urinaire a paru diminuée d'une manière inconstante (Moussous) (3).

L'examen du sang révèle une anémie plus ou moins prononcée suivant l'ancienneté de la maladie, et, d'après Carrière, une mononucléose neutrophile. Cependant, Cabot, Zappert ont trouvé normal le nombre des leucocytes, et la seule modification du sang serait une éosinophilie, parfois considérable (4).

L'état général est rarement indemne : la fièvre peut apparaître en diverses circonstances au cours de la chorée. Tout d'abord elle fait partie du tableau de l'état de mal choréique, de plus elle résulte parfois de l'immixtion d'une complication — pyrexie éruptive, manifestation cardiaque, — enfin elle peut s'observer presque toujours, selon M. Jules Simon, en dehors de ces causes originelles et de toute autre localisation splanchnique.

Il est intéressant de savoir, si dans la chorée, on trouve vérifié l'adage ancien « febris accedens spasmos solvit », c'est-à-dire si les maladies fébriles intercurrentes font disparaître les convulsions. A cet égard, les observations sont des plus contradictoires, et ces contradictions ont été notées déjà par G. Sée. Si l'on trouve, remarque cet auteur, des exemples de chorées dont les symptômes se suspendent pendant la durée d'un exanthème pour reprendre ensuite leur cours, exemples qui démontrent le bien fondé de la formule hippocratique, il en existe d'autres où cette formule se trouve complètement en défaut. L'examen de 70 cas lui a fait voir que si la fièvre survient au moment de la décroissance de la chorée, les mouvements ne tardent pas à disparaître, tandis

(1) LEREDDE. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1^{er} mai 1891; — HAUSHALTER, Chorée de Sydenham et infection, *Rev. méd. de l'Est*, 1894; — COMBY, in thèse de DYVRANDE, Paris, 1905.

(2) Pour Sturges (The Kindred of Chorea, *The American Journal of the medical sciences*, n° 286, p. 578, XII, 1891), l'endocardite est la lésion qui montre le mieux les relations de la chorée avec le rhumatisme, car elle est presque constamment rencontrée dans les autopsies, et, à son avis, l'endocardite choréique peut être distinguée cliniquement et anatomiquement de l'endocardite rhumatismale. Cette constatation montre que les deux affections sont alliées pathologiquement, mais non pas que l'une est l'expression de l'autre. Toutes deux sont membres d'une famille commune, l'arthritisme, et leur parenté s'explique par cette souche commune dont elles procèdent.

(3) MOUSSOUS. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1892, p. 57.

(4) CARRIÈRE et SONNEVILLE. *Loco citato*; — CABOT, ZAPPERT, cités par BEZANÇON et M. LABBÉ, *Traité d'hématologie*, Paris 1904.

que la chorée suit les vicissitudes (augmentation, état, décroissance) de la fièvre lorsque celle-ci intervient au début des spasmes. J. Simon a développé des conclusions tout à fait analogues, d'après lesquelles la fièvre exagérerait ou diminuerait les mouvements choréiques suivant qu'elle frapperait le choréique à la période d'état ou de décroissance. M. Triboulet a trouvé également des faits contradictoires. Il nous a semblé qu'une observation de M. Lannois (1) permet d'interpréter jusqu'à un certain point ces contradictions. Cet auteur ayant observé chez une *épileptique* une disparition temporaire des crises convulsives pendant la durée d'un érysipèle, et une augmentation considérable des mêmes accès au cours d'une fièvre typhoïde, pense que ce n'est pas par l'élévation de température qu'agissent sur les spasmes les maladies intercurrentes, mais plutôt par les toxines de leurs microbes propres. Il se pourrait qu'il en fût de même en ce qui concerne les convulsions de la chorée.

Formes. — La chorée de Sydenham présente deux formes que l'on peut distinguer en se fondant sur l'intensité et la gravité de l'affection : la chorée vulgaire de moyenne intensité, et la chorée grave, aiguë, qui aboutit au syndrome que M. Charcot a appelé l'état de mal choréique par comparaison avec ce que l'on observe dans l'épilepsie. Entre ces deux extrêmes, on peut observer tous les intermédiaires. Au point de vue de la fréquence relative de ces deux formes la chorée grave est de beaucoup la plus rare. Dans notre description, c'est surtout la chorée ordinaire que nous avons eue en vue.

Dans la chorée grave on observe dès le début une agitation extrême, obligeant les malades à garder le lit, où l'on ne peut les maintenir parfois qu'avec de grandes difficultés. Le sommeil est agité, court et souvent complètement perdu. La température s'élève. En même temps, de l'agitation continue des membres, résultent des chocs qui sont l'origine des phlegmons, des excoriations entraînant des suppurations et des érysipèles. Cependant ce n'est pas le plus ordinairement à ces accidents, qui sont susceptibles par eux-mêmes d'entraîner la mort, qu'est due la terminaison fatale; celle-ci, précédée d'un délire maniaque, survient dans le coma, du fait de l'état de mal choréique lui-même.

Complications. — Déjà nous avons eu occasion de signaler diverses complications de la chorée, ou du moins de considérer comme telles divers de ses signes; certaines formes de l'état mental et de cardiopathies, attribuées à la chorée elles-mêmes.

Nous avons dit que les traumatismes auxquels est exposé le choréique sont capables d'entraîner des contusions, des plaies, des phlegmons avec toutes leurs conséquences fâcheuses. L'adynamie résultant de l'épuisement nerveux rend en effet le malade prédisposé aux infections secondaires, contre lesquelles il est difficile de lutter par une antisepsie rigoureuse, et qui peuvent être le point de départ d'une septicémie mortelle.

Il est souvent presque impossible de décider, en raison de cette éventualité, si, en cas d'arthropathies, on a affaire aux arthropathies nerveuses de Joffroy, au véritable rhumatisme articulaire, ou enfin au pseudo-rhumatisme infectieux. Une arthrite suppurée peut se produire et a, dans un cas de Variot, déterminé une luxation spontanée de la hanche (2). Mais l'invasion du rhumatisme polyar-

(1) LANNOIS. Epilepsie et fièvre typhoïde. *Revue de médecine*, 10 juin 1895, n° 6, p. 492.

(2) VARIOT. *Société de pédiatrie*, mai 1905.

ticulaire aigu vrai, avec localisations endo ou péricardiaques, est certainement une éventualité assez fréquente au cours de la chorée.

On connaît pourtant des cas où tous les signes d'une *endocardite infectieuse*, parfois mortelle, sont apparus sans relations avec ce rhumatisme.

Des *complications nerveuses* peuvent entraîner la mort : hémorragie cérébrale (Buchanan-Baxter), rhumatisme cérébral (Cadet de Gassicourt et Hannequin considèrent la chorée fatale comme une variété de rhumatisme cérébral), manie aiguë (Hebb, Powell) : dans tous ces cas, le malade tombe dans le coma avant de mourir. Des accidents passagers de *méningisme* ont été signalés⁽¹⁾. Il ne faut pas les confondre avec la méningite suppurée qui a entraîné parfois l'issue fatale⁽²⁾.

Dans un cas de Simon et Crouzon, une hémiplegie droite organique s'est produite au cours d'une chorée de Sydenham; elle dépendait sans doute d'une embolie cérébrale liée à un rétrécissement mitral⁽³⁾.

Les *complications respiratoires* (apoplexie pulmonaire, pleurésies) et *digestives* (noma apparu à la faveur d'ulcérations de la langue et des lèvres, dilatation aiguë de l'estomac) sont beaucoup moins fréquentes.

Parmi les *fièvres éruptives* qui compliquent le plus souvent la chorée, on peut citer : la scarlatine, la rougeole, la varioloïde.

Marche. Durée. Terminaisons. Récidives. — La *marche* de la chorée de Sydenham est irrégulière et relativement capricieuse. Qu'ils aient débuté brusquement à la suite d'une émotion, ou peu à peu, les mouvements incoordonnés, parvenus à leur période d'état, sont loin de persister avec la même fréquence et la même intensité pendant toute la durée de l'affection; il y a, au contraire, presque constamment des alternatives d'amélioration ou d'aggravation. Le retour à la santé, quand il a lieu, comme c'est le cas le plus ordinaire, se fait insidieusement. Les mouvements commencent à disparaître dans les membres inférieurs, puis ils s'atténuent dans les membres supérieurs, s'attardant à la face, où en dernier lieu ils ne se montrent plus spontanément, et ne surviennent que lors des efforts.

Le *durée* moyenne de l'affection dans les formes ordinaires non compliquées varie entre 6 semaines et 4 mois. La durée de 1 à 2 mois serait la plus fréquente (Barthez et Sanné). La *terminaison* habituelle est la *guérison* complète. Parfois une certaine susceptibilité nerveuse, un léger degré d'apathie intellectuelle survivent quelque temps, mais en général ne tardent pas à disparaître. Dans des cas, encore exceptionnels, la chorée de Sydenham passerait à la *chronicité* et à l'incurabilité⁽⁴⁾.

La *mort* enfin est entraînée parfois par la chorée. Au point de vue de la fréquence de cette terminaison, il semble, d'après les statistiques réunies par M. Guillemet⁽⁵⁾, que la mort puisse survenir dans 2, 5 pour 100 des cas; rarement elle se voit dans la chorée de l'enfance; elle ne survient guère que chez des sujets qui ont dépassé la puberté.

(1) APERT. Méningisme au cours d'une chorée de Sydenham, rôle de la suggestion. *Soc. de pédiatrie*, octobre 1900; — BARJON. Accidents pseudo-méningitiques à répétition au cours de l'évolution d'une chorée de Sydenham chez une hystérique. *Lyon méd.*, 25 janvier 1905, p. 109.

(2) LESNÉ et GAUDEAU. Un cas de chorée mortelle par méningite aiguë à staphylocoques. *Soc. de pédiatrie*, mai 1905.

(3) SIMON et CROUZON. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1904, p. 545.

(4) Mais il semble que la chorée de Sydenham devenue chronique doive être distinguée de la chorée du type Huntington (voir : *Chorée de Huntington*).

(5) GUILLEMET. *De la mort dans la chorée de Sydenham*. Thèse de Paris, 1895.

Quant aux causes de la mort, on ne peut incriminer la chorée elle-même que dans un petit nombre de cas; beaucoup plus souvent on en doit accuser les complications, et en particulier les complications cardiaques, parfois les complications nerveuses, ou les septicémies ayant leur porte d'entrée dans une plaie cutanée : ces éventualités viennent d'être signalées.

Lorsque la mort est le fait de la chorée elle-même, en dehors de toute complication, il s'agit d'ordinaire d'une chorée intense, généralisée; alors l'agitation s'accroît sans cesse et le malade meurt d'épuisement : « Les symptômes généraux sont des plus graves; les lèvres et la langue sont rôties, couvertes de fuliginosités (Murchinson); il y a de la diarrhée incoercible, très fétide; le foie et la rate sont parfois hypertrophiés. Le pouls est extrêmement rapide, affaibli parfois, et surtout aux approches de la mort, presque imperceptible; il existe de la cyanose aux extrémités »⁽¹⁾. On a vu la température s'élever jusqu'à 42°. L'évolution de ces chorées graves peut être très rapide (150 heures dans un cas de Cook et Clifford); d'ordinaire elles durent une semaine en moyenne. Aux approches de la mort, on observe parfois une éruption scarlatiniforme ou purpurique, déjà signalée par Malherbe, Beauvais, Cartier, Guinon, et sur laquelle insistent Sergent et Babonneix pour lui attribuer un pronostic fâcheux⁽²⁾. Telle est la symptomatologie habituelle de l'état de mal choréique⁽³⁾.

Dans certains cas (Leudet, Guillemet, Barié)⁽⁴⁾, la chorée avait une intensité moyenne, lorsque, brusquement, le malade meurt; peut-être s'agit-il d'un arrêt diastolique du cœur; peut être la mort est-elle due à la chorée cardiaque, comme le suppose Ollivier. En tous cas, il faut savoir, comme le dit Guillemet, que, « même lorsque la chorée a une intensité moyenne, le pronostic doit être réservé, car la mort peut survenir brusquement sans que rien ait pu la faire prévoir »⁽⁵⁾.

Les *rechutes* sont extrêmement fréquentes dans la chorée, et c'est à leur méconnaissance qu'on doit attribuer sans doute les cas de durée excessive — 8, 10 mois — qui ont été rapportés, et qu'on ne saurait faire rentrer dans la chorée chronique.

Depuis longtemps les auteurs ont insisté sur le nombre des *récidives* qui constituent un caractère important de la chorée. Elles peuvent survenir une ou plusieurs fois (1 à 7 fois), et s'observent dans un tiers environ des cas. L'intervalle qui les sépare varie de quelques jours à 2, 5, 10 ans. Souvent elles se reproduisent annuellement. Selon M. Sée, elles présenteraient cette particularité de suivre une loi de décroissance continue et constante : « La première atteinte se prolonge en moyenne 159 jours, ou deux fois plus longtemps que les chorées qui ne doivent pas récidiver; la deuxième attaque dure ordinairement 80 jours; tandis que la troisième n'est généralement que de 55 jours ». Cette loi n'est pas absolue, et il faut savoir que des récurrences de chorée ont été l'origine de chorées graves de la grossesse, et même de chorées chroniques.

La chorée de Sydenham s'associe fréquemment à diverses névropathies. Très souvent les choréiques sont en même temps hystériques⁽⁶⁾, et cela au point

(1) VICQ. *La mort dans la chorée*. Thèse de Paris, 1905.

(2) SERGENT et BABONNEIX. Un cas de chorée mortelle. *Soc. méd. des hôp.*, 5 mai 1904, p. 409; — LÉAUTÉ. *Étude d'un type clinique de chorée aiguë mortelle*. Thèse de Paris, 1904.

(3) Voir : DIEULAFOY. Un cas de chorée mortelle. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 148.

(4) LEUDET. *Arch. gén. de méd.*, 1855, t. II; — GUILLEMET, *loco citato*; — BARIÉ. Chorée simple terminée par la mort subite. *Soc. méd. des hôp.*, avril 1904, p. 566.

(5) Voir : DYVRANDE. *Les formes graves de la chorée de Sydenham*. Thèse de Paris 1905.

(6) La chorée de Sydenham et l'hystérie peuvent évoluer côte à côte; d'autre part, l'hystérie peut simuler les mouvements de la chorée (chorée arythmique hystérique).

qu'on a pu se demander si la chorée elle-même n'est pas une manifestation de l'hystérie (Marie, Lannois). La chorée a été notée aussi chez les épileptiques, et quelquefois au cours ou à la suite du goitre exophtalmique (Dieulafoy, Sutherland). Enfin elle coexiste d'habitude avec des signes psychiques ou physiques de dégénérescence héréditaire.

Pronostic. — Le pronostic de la chorée de Sydenham est bénin dans la grande majorité des cas, et il est permis de dire que, du moins chez les enfants au-dessous de dix ans, la guérison est de règle. A mesure que l'on dépasse la puberté, les réserves deviennent de mise, car la gravité de la chorée augmente. On a vu, en effet, que plus on se rapproche de l'âge adulte, plus on rencontre de chorées aiguës, plus on a à redouter l'état de mal, et aussi la tendance à la chronicité.

L'intensité de l'agitation, la généralisation des mouvements en ce qui concerne la maladie, la gravité des tares nerveuses héréditaires et des signes personnels de dégénération, en ce qui a trait au malade, sont des indices de malignité dont on tiendra compte dans l'appréciation du pronostic.

Celui-ci peut, en dernier lieu, être modifié considérablement par les complications cardiaques intercurrentes, et l'on sait que c'est à elles surtout que revient la responsabilité des terminaisons fâcheuses.

Diagnostic. — En dehors de la *chorée arythmique hystérique*, parfois de la *maladie des tics*, il est peu d'affections qui risquent d'être confondues avec la chorée de Sydenham.

Les *tremblements*, toxiques, hystériques, de la sclérose en plaques, sont bien caractérisés par la régularité et le rythme, le peu d'étendue enfin de leurs oscillations, qui ne ressemblent en rien aux mouvements irréguliers non rythmés, amples, de la chorée.

L'*ataxie statique* que l'on observe dans la maladie de Friedreich se reconnaît à des secousses irrégulières; il est vrai, mais qui ne se manifestent que dans le cas où les parties qui en sont le siège manquent de points d'appui. Au surplus, les divers signes de l'ataxie héréditaire, le nystagmus, l'embarras de la parole, la perte des réflexes rotuliens, et son évolution, ne sauraient laisser le diagnostic hésiter longtemps.

Dans la *variété choréiforme* de l'astase-abasie, un examen même rapide suffira pour faire reconnaître que les troubles moteurs d'aspect choréique se manifestent exclusivement pendant les actes relatifs à la station et à la marche, et disparaissent complètement au repos.

Quant à l'*athétose double*, outre qu'elle est ordinairement congénitale, son évolution chronique ne permettrait guère l'erreur qu'avec la chorée chronique, à l'occasion de laquelle nous y reviendrons.

Souvent, il sera plus malaisé de distinguer la *maladie des tics*, c'est la brusquerie et la rapidité des mouvements, leur répétition et surtout leur apparente coordination qui permettront de reconnaître les tics. On sait que ces convulsions représentent, plus ou moins exagérés, un certain nombre de gestes, la plupart réflexes : « Le tic, dit Oddo, est un mouvement figuré; la chorée est constituée par un mouvement amorphe: l'extension du bras dans l'espace, loin de représenter un geste, suit une marche serpentineuse, brusquement interrompue

par les écarts les plus imprévus⁽¹⁾ ». De plus, ils surviennent plutôt par accès, et la volonté peut les arrêter momentanément, permettant d'accomplir des actes déterminés. Il n'en est pas de même dans la chorée, dont les mouvements moins brusques ne se ressemblent pas, sont tout à fait incoordonnés, se montrent de façon continue, et sont assez peu influencés par la volonté pour s'opposer aux fonctions des membres.

En ce qui concerne l'état mental, ses désordres qui ressortissent aux *syndromes épisodiques des dégénérés* ne sauraient être de grande valeur, puisqu'ils peuvent survenir au même titre en l'une et l'autre affection. Ils sont néanmoins beaucoup plus fréquents dans la maladie des tics. Seule l'évolution sera capable dans certains cas de trancher la question.

Les *myoclonies*, le paramyoclonus en particulier, dont les mouvements participent à la brusquerie de ceux du tic, et à l'incoordination de ceux de la chorée, se reconnaîtront par l'instantanéité et le peu d'intensité de leurs secousses qui, portant sur peu de muscles n'aboutissent qu'à de faibles mouvements, par leur répartition qui affecte rarement les muscles de la face et du cou, par l'influence de l'exécution des mouvements volontaires qui les arrêtent, par la possibilité de provoquer les convulsions par diverses excitations.

Parmi les *chorées symptomatiques*, l'*hémichorée* post-hémiplégique ne saurait prêter à l'erreur qu'à un examen superficiel, même dans les cas de chorée de Sydenham à forme hémiplégique. Elle succède en effet à une hémiplégie ordinairement infantile, s'accompagnant fréquemment d'atrophie musculaire et de troubles mentaux, parfois d'accès épileptiformes, toujours d'exagération marquée des réflexes tendineux.

Il n'en est pas de même des chorées symptomatiques de l'*hystérie*, sinon de la *chorée rythmée* qui procède par accès de mouvements semblables entre eux et relativement coordonnés, du moins de la *chorée arythmique hystérique*. On range sous ce nom les cas dans lesquels l'hystérie prend le masque de la chorée et la simule de toutes pièces, et, de par cette seule définition, on comprend les difficultés qu'il peut y avoir à reconnaître la chorée vraie de la chorée simulée. Toutefois, dans ce dernier cas, le début est souvent brusque et se fait parfois à la suite d'une attaque hystérique, les mouvements peuvent être provoqués ou arrêtés par la pression de certaines régions; l'affection hystérique atteint de plus, d'emblée, son summum d'intensité et est exempte des complications arthropathiques et cardiaques de la chorée de Sydenham. Enfin, il est rare qu'elle se montre à l'état de simplicité, c'est-à-dire sans une escorte d'accidents hystériques variés : attaques convulsives ou stigmates permanents.

Le diagnostic peut d'ailleurs être presque impossible; la guérison par suggestion vient parfois démontrer la nature hystérique d'une chorée qui semblait jusque-là un type de chorée de Sydenham⁽²⁾.

La *chorée variable* se reconnaît surtout à son évolution, le diagnostic pouvant être fort difficile au début. Quant à la *chorée de Huntington*, sa marche chronique et progressive, ses troubles mentaux, et l'âge auquel elle apparaît, ne permettent que rarement l'erreur.

⁽¹⁾ Oddo. Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. *Presse méd.*, 50 septembre 1899.

⁽²⁾ CARRIÈRE et SONNEVILLE. La chorée arythmique hystérique de l'enfant. *Arch. gén. de méd.*, 1901, p. 257 et 585.