

pression sur la jointure est quelquefois légèrement douloureuse. La plupart des auteurs ont attribué ces phénomènes à la croissance; d'autres les ont rapprochés des arthropathies nerveuses. Dans certains cas, ces phénomènes douloureux dépendent de la neurasthénie, fréquente chez les choréiques. Peut-être en est-il de même de la céphalée décrite par G. Sée, et des céphalées paroxystiques décrites par d'autres auteurs. La rachialgie signalée par G. Sée, par Triboulet père, s'observe chez quelques malades. Triboulet père d'abord, et Triboulet fils ensuite, ont démontré qu'il existe chez les choréiques des points douloureux au niveau de l'émergence des nerfs rachidiens et des nerfs périphériques. Il existe quelquefois des points viscéraux, particulièrement aux angles du colon. On peut rapprocher de ces points douloureux l'ovarie signalée par P. Marie.

La sensibilité générale est souvent altérée, au dire de nombre d'auteurs. On a signalé l'anesthésie généralisée ou partielle, l'hémianesthésie, l'analgésie, l'hyperesthésie, l'hyperalgésie. On a trouvé des altérations de la sensibilité spéciale (diminution de la vue, de l'ouïe, — unilatérale dans les cas d'hémichorée, — rétrécissement du champ visuel). Comme beaucoup de cliniciens, nous n'avons pas observé ces troubles dans la chorée de Sydenham; rien ne prouve, du reste, que dans ces cas l'hystérie ne fût point en cause.

*Troubles de l'état mental.* — Déjà signalés par Bouillaud (1850), Blache (1854), G. Sée (1850), ils ont surtout été étudiés par Marcé, puis par Ball, Séglas, Paul Moreau (de Tours), Ollivier, Mairet, Joffroy, Breton, etc. Ils sont de deux ordres.

1° TROUBLES MENTAUX CHORÉIQUES. — Ces troubles, qui semblent appartenir en propre à la chorée, consistent particulièrement en modification du caractère et de l'intelligence. Le caractère est mobile; l'enfant pleure et rit sans motif; il est capricieux, irascible, tantôt indifférent, tantôt facile à émouvoir. Ces modifications du caractère rendent ordinairement les enfants insupportables.

L'intelligence, dans la plupart des cas, n'est guère modifiée. « C'est celle des enfants de leur âge » (J. Simon). Parfois, cependant, l'intelligence s'affaiblit; le petit malade montre de l'aversion pour tout travail intellectuel; il est lourd d'esprit, obtus, borné; rarement il va jusqu'à l'imbécillité (Sandras) ou l'idiotisme (Rilliet et Barthez, G. Sée). Ces cas sont exceptionnels et graves. On observe quelquefois une diminution de la mémoire; les malades oublient la lecture et l'écriture (Cadet de Gassicourt). L'attention est impossible à fixer. Lorsque ces divers troubles existent, l'enfant présente un faciès sur lequel se traduit son état cérébral: il prend l'expression niaise, hébété. Les troubles de la parole sont presque toujours dus à la chorée des muscles du langage ou à leur paralysie. Quelquefois, cependant, ils peuvent relever de l'état mental des enfants.

Tous ces troubles sont ordinairement légers; ils apparaissent et disparaissent avec la chorée et ne s'observent point dans tous les cas.

2° TROUBLES MENTAUX PROBABLEMENT INDÉPENDANTS DE LA CHORÉE. — Ces troubles ne semblent être que des complications dépendantes soit d'un état

psychique héréditaire (dégénérescence mentale), soit d'une intoxication concomitante (rhumatisme, infection, etc.). Ils consistent en :

a) Délires, observés dans les chorées aiguës et graves. Ils se caractérisent par une surexcitation extrême, avec délire loquace, incohérent, et présentent des analogies avec les délires toxiques. Les malades crient, vocifèrent des paroles incohérentes. La chorée s'aggrave rapidement; la mort arrive dans les convulsions et le coma.

b) Hallucinations, ordinairement de la vue, souvent terrifiantes (revenants, animaux, etc.); elles sont exceptionnelles dans la première enfance et ne se rencontrent guère que vers l'âge de 12 à 15 ans et surtout plus tard. Les autres hallucinations, particulièrement celles de l'ouïe, sont très rares. Elles disparaissent avec la chorée; leur persistance indique un achèvement vers le délire maniaque.

c) Folie choréique. Ces troubles psychiques ne se développent guère que chez les dégénérés héréditaires et affectent des formes variées. Tantôt le malade est pris d'une excitation maniaque dans laquelle l'idéation n'est qu'un chaos sans suite, contradictoire; il est sujet à des perversions sensorielles qui le rendent agressif et violent. Tantôt c'est la forme mélancolique qu'on observe, avec idées tristes, parmi lesquelles la terreur domine; plus rarement, c'est le délire de la persécution.

Les troubles psychiques graves sont rares dans la chorée de l'enfance; on les observe plus souvent chez les adolescents ou les adultes. Leur intensité n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la maladie; toutefois les troubles graves se rencontrent ordinairement dans les chorées intenses et graves. Ils apparaissent, en général, avec la maladie et disparaissent avec elle. Le pronostic est le plus souvent bénin; il devient grave dans le cas de délire aigu, violent, suivi de convulsions et de coma.

*Troubles cardiaques.* — Il est difficile de se rendre compte de la fréquence et de l'importance relatives des lésions et des troubles cardiaques chez les choréiques. Les statistiques sont, sous ce rapport, fort divergentes. Hugues, sur 108 cas, a constaté 14 fois une lésion cardiaque. Roger, sur 71 observations, a noté 47 endocardites, 19 endopéricardites, 5 péricardites. Senhouse Kirkes, sur 56 cas, a trouvé 55 fois des lésions cardiaques avec rhumatisme, et 5 fois des lésions cardiaques sans rhumatisme. Goodall, sur 262 choréiques, a observé 47 lésions organiques du cœur, ordinairement rhumatismales; dans 65 cas, il a constaté un souffle systolique plus ou moins bien limité à la pointe qu'il crut être anorganique. D'autres auteurs donnent des proportions moins élevées. Prior, sur 92 observations, n'a observé que 5 fois l'endocardite, et, dans 4 cas, elle était antérieure de plusieurs années à la chorée. Leroux, sur 80 cas, a noté 5 fois une lésion mitrale (rhumatisme ou infection antérieure), 9 fois un souffle anorganique. Cette divergence s'explique suivant la série ou le milieu d'observation. Dans presque tous les cas mortels, on a trouvé des lésions organiques du cœur, les malades ayant succombé soit aux complications du rhumatisme, soit à une maladie infectieuse. Dans les cas de guérison, de beaucoup plus nombreux, les lésions cardiaques sont infiniment plus rares; souvent il s'agit de



souffles anorganiques, quelquefois de chorée du cœur; très fréquemment, enfin, on ne trouve dans tout le cours de la maladie aucune manifestation cardiaque.

Quoi qu'il en soit des statistiques, on peut, en s'appuyant sur les faits publiés, diviser les troubles cardiaques en trois groupes distincts : 1° la chorée du cœur; 2° les lésions organiques; 3° les souffles anorganiques.

1° CHORÉE DU CŒUR. — Niée par divers auteurs, la chorée du cœur a été admise par H. Roger et décrite par J. Simon, Ollivier, Hasse, Moity. Elle est caractérisée par une arythmie cardiaque perceptible à la vue et au toucher; le pouls devient intermittent. Cette arythmie ne s'accompagne d'aucune sensation précordiale pénible, d'aucune angoisse; elle coïncide, dans les chorées intenses, avec les exacerbations de la maladie. Quelquefois en constate, d'après Joffroy, une tachycardie très nette : le cœur bat de 90 à 92 au repos et de 120 à 150 après quelques pas. A l'auscultation on perçoit, dans les cas de chorée du cœur, un souffle systolique à la pointe, plus rarement à la base, doux, mobile, inconstant. Le diagnostic de la chorée cardiaque est difficile à établir et se base surtout sur la variabilité de l'arythmie et du souffle quand il existe. Ces troubles disparaissent avec l'incoordination motrice. C'est en se fondant sur ces caractères que divers auteurs, Hasse en particulier, ont rattaché l'arythmie et le bruit de souffle de la pointe (insuffisance mitrale temporaire) à la contraction irrégulière des colonnes charnues du cœur gauche. Cette théorie est bien difficile à admettre; en raison de la disposition des fibres musculaires cardiaques, on comprend peu que le spasme puisse atteindre isolément les colonnes charnues. Il serait préférable d'admettre, avec François Franck, une excitation du pneumogastrique entraînant la diminution de l'activité systolique et la perte du tonus des muscles papillaires, d'où dilatation du cœur et souffle. L'arythmie résulterait d'une excitation plus ou moins grande du pneumogastrique.

2° LÉSIONS ORGANIQUES. — Une première catégorie comprend les lésions organiques du cœur antérieures à la chorée, rhumatismales ou infectieuses, dont on trouve les signes à l'examen alors que la chorée commence à peine.

Lorsque les lésions cardiaques se développent dans le cours de la chorée, elles consistent le plus souvent en une endocardite de la valvule mitrale, plus rarement de l'orifice aortique, ou une endo-péricardite avec ou sans myocardite. Ces diverses lésions sont fréquemment d'origine rhumatismale et accompagnent ou suivent les manifestations articulaires. Dans quelques cas, l'endocardite est l'unique ou la plus importante manifestation rhumatismale. Dans d'autres circonstances, les lésions cardiaques sont nettement dues à une maladie infectieuse concomitante; quelquefois l'endocardite est l'unique manifestation de l'infection (Leredde, Richon). Ces complications cardiaques ont leurs symptômes propres sur lesquels nous n'avons pas à insister.

3° SOUFFLES ANORGANIQUES. — L'existence de ces souffles est admise par presque tous les auteurs. Ils sont rares chez les très jeunes enfants; moins rares chez les choréiques de 10 à 15 ans. Delabost estime que, dans un tiers des cas de chorée, on observe des souffles anorganiques qui, si on n'est pas

prévenu de cette cause d'erreur, peuvent faire croire à une lésion organique. On distinguera ces souffles extra-cardiaques (souffles cardio-pulmonaires de Potain) des souffles organiques par leurs caractères spéciaux.

On peut également rencontrer chez les choréiques les souffles d'anémie vraie.

Autres symptômes. — Il existe dans la chorée peu de troubles du côté des divers appareils, en dehors de ceux sur lesquels nous avons insisté. On a signalé l'anorexie, l'atonie des voies digestives, la dyspepsie, la constipation. La respiration et la circulation sont normales, au moins dans les formes ordinaires. Les sécrétions sont peu modifiées.

Les urines ont été peu étudiées, et cependant il serait intéressant de connaître les modifications urinaires, en raison du rôle que paraissent jouer les toxines et l'insuffisance hépatique et rénale dans la pathogénie des névroses. Les résultats publiés sont quelque peu contradictoires. On a trouvé une augmentation constante de la quantité d'urée éliminée (Bence Jones), une diminution de la chaux. D'autres ont signalé une élimination abondante d'urée et d'acide phosphorique pendant l'apogée de la maladie et une diminution pendant la convalescence (H. Jones). M. Marié-Davy, sur notre conseil, a étudié au dispensaire Furtado-Heine les urines de 11 choréiques, mais les résultats de l'analyse varient tellement, suivant l'état de santé de l'enfant, qu'il est impossible d'en tirer aucune conclusion. Ce qui paraît dominer est une diminution de l'acidité totale, une augmentation de l'acide urique et de l'urée. La recherche des phosphates a donné des résultats variables. L'acide phosphorique total est ordinairement au-dessous de la normale. Dans 5 cas, l'acide phosphorique des sels terreux est proportionnellement inférieur à la normale (à l'état normal, chez les adultes, les phosphates terreux représentent environ le tiers de l'acide phosphorique total). Dans les 6 autres cas, le phénomène a été inverse, c'est-à-dire que la proportion des sels terreux a été relativement plus forte que celle des sels alcalins. Les autres produits restent voisins de la normale.

D'autre part, nous avons pu examiner cinq analyses d'urine de choréiques que M. Gautrelet a bien voulu nous communiquer. Dans ces cas, la caractéristique paraît être, à l'inverse des résultats obtenus par Marié-Davy, une exagération à peu près constante de l'acidité totale, et une diminution d'ensemble des éléments normaux, caractères qui rapprocheraient les urines des choréiques de celles des arthritiques neurasthéniques.

Enfin J. Babeau, examinant l'urine de dix choréiques dans le service de Baumel, a trouvé les résultats suivants : Dans six cas de chorée intense la quantité totale d'acide phosphorique éliminée était augmentée : 1<sup>er</sup>, 20 à 4<sup>es</sup>, 95 par litre au lieu de 0,50 à 0,75; dans 4 cas légers, il n'y avait pas de phosphaturie. L'augmentation de l'urée était généralement accusée, jusqu'à 59 grammes dans un cas. Quand la guérison survient, la phosphaturie et l'azoturie disparaissent. La chaux et la magnésie étaient également augmentées. L'hyperphosphaturie des choréiques serait l'expression de leur surmenage musculaire et de leur suractivité nerveuse; la désassimilation exagérée de la chaux et de la magnésie ainsi que l'azoturie traduiraient



l'excitation cérébrale. Du côté de l'état général, les diverses modifications observées relèvent ordinairement de l'anémie : pâleur de la face, décoloration des muqueuses, palpitations, etc. Il ne faudrait point cependant exagérer la fréquence de l'anémie chez les choréiques ; l'hypoglobulie n'est pas en tous cas constante, et elle est quelquefois très peu marquée. Sur 8 enfants chez qui Ch. Leroux et Marié-Davy ont fait la numération globulaire, les résultats ont été les suivants : chez 2, le chiffre fut à peu près normal : 5 000 000 ; chez les 5 autres les chiffres oscillaient entre 5 400 000 à 4 800 000, d'où anémie globulaire légère.

Dans un seul cas, l'anémie était de moyenne intensité, soit 2 200 000 globules rouges. Il est bon d'ajouter qu'il s'agissait d'un enfant atteint de suppurations cutanées, de furonculose ; aussi, en dehors de l'hypoglobulie, on constatait une augmentation des globules blancs : 87 000, alors que la moyenne oscillait chez les autres entre 50 à 40 000.

La fièvre est rare ; la chorée est une maladie apyrétique dans les cas ordinaires. Quelques auteurs, particulièrement Triboulet, ont insisté sur l'importance étiologique de la fièvre (infection) ; mais, en examinant les faits publiés, on peut dire que la fièvre s'observe dans les chorées intenses, les chorées graves (état de mal) ou dépend d'une complication pyrétique surajoutée (troubles gastriques, rhumatisme, infections diverses).

**Marche. Durée. Terminaisons. Chorée chronique.** — La chorée, dans ses formes ordinaires, évolue spontanément vers la guérison. Après une période de début et une période d'état pendant laquelle les symptômes sont dans leur complet développement, s'observe la période de déclin. La chorée s'atténue progressivement et finit ordinairement par où elle a commencé. La guérison complète est la règle. Dans les formes ordinaires exemptes de complications, la durée est très variable ; elle oscille entre six semaines et trois mois, quelquefois elle se prolonge davantage.

Les rechutes et les recrudescences successives ne sont pas rares ; les récidives, après une guérison complète pendant plusieurs mois ou plusieurs années, sont extrêmement fréquentes ; on peut observer jusqu'à sept récidives.

En dehors des formes prolongées qui viennent d'être signalées, on a observé des exemples de chorée chronique succédant à la chorée aiguë, sans hérédité similaire, et persistant indéfiniment. Ces faits sont rares chez les enfants. Il ne faut point les confondre avec la chorée chronique héréditaire de Huntington, exceptionnelle dans l'enfance et dont il sera question au chapitre du diagnostic. Chauffard a montré dernièrement que la chorée vulgaire et la chorée de Huntington pouvaient se succéder. Il cite, en effet, un cas dans lequel la maladie débuta dans l'enfance par un rhumatisme articulaire aigu, récidiva à 21 ans, pendant une grossesse, pour aboutir à l'âge de 48 ans à la chorée chronique de Huntington. La fille de cette malade fut elle-même atteinte de chorée. Ce fait, unique encore, plaiderait en faveur de l'unité des chorées rythmiques.

D'autre part, Brissaud a décrit une forme de chorée chronique récidivante (chorée variable des dégénérés) qui serait surtout caractérisée par des

atténuations et des exacerbations soudaines, par la multiplicité des mouvements que le malade peut faire cesser par un effort de volonté, etc. Cette forme n'est point toujours héréditaire et s'observe chez des dégénérés, portant des stigmates très nets ; elle ne paraît point aboutir à la démence. Ce sont en somme des types intermédiaires entre la chorée de Sydenham et la chorée chronique héréditaire de Huntington.

Il existe enfin des observations de chorée chronique partielle. La maladie, en s'atténuant, « se localise et se transforme en un tic convulsif, c'est-à-dire en spasmes intermittents brusques, saccadés, sur lesquels la volonté n'a pas d'action. Ces spasmes sont séparés par des intervalles de repos absolu ; ils sont toujours identiques à eux-mêmes : tic des paupières, tic cervico-dorsal. S'il y a analogie de forme, il n'y a pas analogie de marche. Le tic consécutif à la chorée peut durer plusieurs mois, mais (d'après nos observations) la guérison se produit toujours au bout d'un temps plus ou moins long. Le tic convulsif vrai, au contraire, ne guérit pour ainsi dire jamais. » (Ch. Leroux.)

**Formes.** — La chorée présente des formes multiples : a) suivant la localisation ou la généralisation des mouvements anormaux ; b) suivant l'intensité de la maladie ; c) suivant qu'elle s'accompagne ou non de paralysies ; d) suivant enfin que viennent s'ajouter des complications diverses, en partie décrites.

a) Elle est le plus souvent généralisée, c'est particulièrement la forme décrite précédemment ; même dans ces cas les désordres musculaires prédominent ordinairement d'un côté.

Quelquefois aussi les mouvements rythmiques se localisent plus particulièrement d'un côté du corps, sous forme d'hémichorée. Il y a peu d'hémichorée réelle, en ce sens que, quelle que soit l'intensité des mouvements du côté atteint, il est fort rare de ne point trouver quelques mouvements anormaux du côté opposé, particulièrement les doigts. La chorée, souvent partielle au début, avant de se généraliser, reste quelquefois circonscrite à diverses parties du corps, la face et le bras, la face et les membres supérieurs. Cela ne s'observe guère que dans les chorées très légères.

Sur 275 cas, on a noté 168 chorées généralisées, avec la même intensité des deux côtés ; 27 étaient généralisées avec prédominance du côté gauche ; 25 étaient plus accusées du côté droit ; 29 étaient des hémichorées droites ; 26 des hémichorées gauches (Barthez et Sanné).

b) L'intensité de la maladie est variable. Tantôt elle est légère et consiste en quelques grimaces, quelques mouvements des doigts, des bras et des jambes, si peu intenses que les enfants continuent à aller à l'école. Tantôt elle est intense et présente dans son ensemble la physionomie qui a servi de type de description.

Enfin elle revêt quelquefois une intensité telle qu'elle est véritablement aiguë et devient grave par elle-même. Les malades sont violemment lancés en tous sens ; le corps est brusquement soulevé et projeté hors du lit, si on ne l'y maintient pas. L'insomnie est constante ; la fièvre s'allume. Les chocs répétés déterminent des contusions, des plaies contuses avec toutes leurs



complications : phlegmons, érysipèles, suppurations multiples. Lorsque la maladie s'aggrave, les mouvements choréiques diminuent d'intensité à mesure que la fièvre augmente ; les forces faiblissent, le délire apparaît. Les enfants, souvent après des crises convulsives, tombent dans le coma et succombent à un véritable *état de mal choréique*. Ces faits sont relativement rares.

#### CHORÉE PARALYTIQUE

c) Dans le plus grand nombre des cas, la chorée évolue simplement, sans complications ; ailleurs elle revêt une allure spéciale en raison des phénomènes paralytiques qui l'accompagnent. Tantôt la paralysie se montre pour ainsi dire seule, les rôles étant renversés, et sa prédominance est telle qu'on a pu décrire à part cette forme sous le nom de *chorée molle* ; tantôt les symptômes paralytiques s'ajoutent à la folie musculaire qu'ils précèdent ou accompagnent dans son évolution ; d'où une seconde forme : *les paralysies des choréiques*.

L'étude des paralysies dans la chorée est relativement de date récente. C'est en Angleterre surtout que les premiers travaux importants ont été publiés. Todd, Samuel Wilks ont attiré tout d'abord l'attention sur les paralysies observées chez les choréiques. Ch. West, dans ses leçons cliniques, a décrit une forme paralytique spéciale à laquelle il donna le nom de *limb chorea*, qui correspond à ce que nous désignons sous le nom de chorée molle. Plus récemment Gowers a montré l'aspect clinique que prend la chorée lorsque la paralysie domine.

En France, ces faits n'avaient point passé inaperçus, puisque Trousseau, dans ses cliniques, avait déjà décrit la paralysie choréique et insisté sur sa bénignité ; que Cadet de Gassicourt, Picot et d'Espine la signalaient ; mais ce n'est en réalité qu'à partir du travail d'Ollive que la question commença réellement à être connue des médecins français. Depuis lors de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet.

*Chorée molle (Limb chorea)*. — Il faut réserver le nom de chorée molle à la paralysie choréique généralisée dont on connaît aujourd'hui un assez grand nombre d'exemples. Ce qui caractérise cette forme, c'est l'effacement complet de l'incoordination motrice. La chorée molle peut être précédée pendant quelque temps des symptômes ordinaires : modifications du caractère, mouvements arythmiques qui diminuent devant l'apparition progressive des symptômes paralytiques qui se généralisent peu à peu. Ailleurs la chorée molle apparaît d'emblée, la paralysie se développe en 24 ou 48 heures, comme le premier et presque unique phénomène, surtout dans les cas de chorée consécutive à une infection aiguë.

Quoi qu'il en soit du mode de début, une fois développée, la chorée molle se caractérise par une flaccidité absolue des membres. L'enfant est étendu sur le dos, inerte ; lorsqu'on soulève le bras ou la jambe, ils retombent de leur propre poids. La tête elle-même n'est plus maintenue et roule sur l'oreiller. La mastication peut être rendue difficile par flaccidité des masséters.

Les troubles de la phonation ne sont pas constants, ils sont cependant fréquents ; l'enfant fait quelquefois d'inutiles efforts pour parler (Ollive). Les sphincters sont ordinairement intacts. Les réflexes tendineux sont abolis. La sensibilité est conservée dans presque tous les cas.

Même dans ces formes, il est exceptionnel de ne pas découvrir une légère incoordination des mouvements, surtout aux doigts ou à la face, ou quelques troubles psychiques qui ont une importance considérable pour le diagnostic.

La marche de la chorée molle est variable. Une fois généralisée, la paralysie peut durer deux semaines à deux ou trois mois sans changement ; puis peu à peu les forces reviennent, et progressivement les petits malades se servent de nouveau de leurs membres sans que les mouvements choréiques aient reparu. Quelquefois, au contraire, à la chorée molle succède pour un temps variable la chorée vulgaire. La chorée molle se termine toujours favorablement ; la guérison est la règle.

*Paralysies chez les choréiques*. — Ces paralysies précèdent, accompagnent ou suivent les mouvements choréiques. Elles ne sont plus généralisées, mais au contraire localisées. La forme monoplégique est la plus fréquente ; on observe par ordre de fréquence : la monoplégie brachiale, l'hémiplégie, la paraplégie. La paralysie, tout en étant très nette, est beaucoup moins complète que dans la chorée molle. Elle précède rarement l'incoordination motrice ; le plus souvent, après le début ordinaire de la chorée, après l'apparition des mouvements désordonnés, on observe sur un bras, ou sur un des côtés du corps une diminution de la folie musculaire, la paralysie se montre et augmente progressivement, puis le bras pend le long du corps, le malade marche en traînant la jambe ; ailleurs une paraplégie confine l'enfant au lit. La monoplégie ou l'hémiplégie coïncident souvent avec une hémichorée du même côté, l'autre étant presque indemne de mouvements choréiques ; ces paralysies s'observent également avec une chorée généralisée, quelquefois fort légère. Le même malade fait, en plusieurs attaques successives, des localisations variables : monoplégie à la première attaque, paraplégie à la seconde, hémiplégie à la troisième.

Les réflexes sont abolis ; la sensibilité est ordinairement intacte. La réaction électrique a paru normale dans les cas que nous avons observés.

Il n'y a pas généralement de troubles trophiques ; il n'y a pas d'*atrophie musculaire*, même dans les cas de paralysie de longue durée. Dans ces derniers temps cependant, divers auteurs, Rondot, Raymond, ont décrit des *amyotrophies* qui accompagneraient les paralysies des choréiques. Dans ces cas, les réflexes sont abolis, mais on n'obtient point la réaction de dégénérescence. La guérison de ces amyotrophies est constante. Ces faits sont rares ; de plus l'atrophie musculaire serait due, d'après Rondot, aux arthropathies concomitantes qui ont existé dans tous les cas observés. La question ne paraît point résolue, car, comme le fait observer Paul Blocq, dans les atrophies réflexes, suites d'arthrites, les réflexes tendineux sont exagérés ; or ici ils sont abolis.

L'évolution des paralysies est variable ; elles suivent ordinairement la marche de la chorée, diminuent et disparaissent avec les mouvements