

Les symptômes que l'on observe varient d'ailleurs suivant le point de l'œsophage qui est affecté. Le spasme occupe-t-il le pharynx et la partie supérieure de l'œsophage, les aliments sont rejetés presque aussitôt. La déglutition, par contre, s'opère lorsque l'obstacle occupe un point de l'œsophage voisin de l'estomac. Dans ce cas, les aliments pourront séjourner quelque temps au-dessus de la constriction, ou bien être ramenés presque aussitôt dans la bouche par un mouvement de régurgitation qui peut s'opérer sans souffrance, mais qui quelquefois est suivi d'une douleur vive commençant au pharynx et se prolongeant de là jusqu'à l'estomac. Mondière, à qui nous empruntons ces détails, cite un fait que lui a communiqué M. Latourette, dans lequel le bol alimentaire était ramené sans douleur dans la bouche, et parvenait dans l'estomac après une seconde déglutition. Le cas cité par Courant est encore plus curieux, puisqu'on voit que le bol alimentaire, restant comme enfermé pendant quelque temps dans l'œsophage, était ramené successivement de la partie supérieure à la partie inférieure de ce conduit, puis enfin était tout à coup ou rejeté avec violence au dehors ou précipité dans l'estomac.

L'introduction des aliments et des boissons entraîne quelquefois des accidents bien plus graves : c'est ainsi qu'on a vu des individus ne pouvoir avaler la plus légère quantité d'aliments solides ou liquides sans tomber dans une angoisse inexprimable; les uns perdaient connaissance, les autres présentaient une sorte d'asphyxie, ce qui dépendait probablement ou de la pénétration des aliments dans les voies aériennes, ou de la compression qu'ils exerçaient sur la trachée.

Indépendamment des symptômes précédents, qui ne se déclarent que lorsque les malades essayent d'avalier, il en est d'autres qui sont permanents, et qui s'aggravent seulement après la déglutition des solides et des liquides. Ainsi il existe communément sur le trajet de l'œsophage une sorte de gêne, de constriction, de douleur continue, donnant la sensation d'un corps étranger qui serait arrêté, et provoquerait des efforts d'expectoration ou de vomissement. On a encore signalé le hoquet comme étant, dans ces cas, un symptôme commun. Mondière a dit que, le spasme se propageant souvent aux organes respiratoires, on voyait se joindre aux accidents déjà énumérés tous les phénomènes d'une suffocation imminente. Enfin, c'est dans le cas où l'éréthisme nerveux est devenu général et porté à un haut degré, surtout lorsque l'imagination des malades est frappée, qu'apparaissent des symptômes d'hydrophobie.

Le spasme de l'œsophage, ainsi que la plupart des autres névroses, présente un grand nombre d'anomalies; Mondière a cité les principales. Tantôt, dit-il, les boissons chaudes passent plus facilement que les froides, tantôt le contraire a lieu; le plus ordinairement les liquides seuls peuvent être avalés, d'autres fois ce sont seulement les substances solides. Hoffmann cite encore l'exemple d'une femme qui fut tourmentée longtemps d'un œsophagisme remarquable en ce que dans le commencement il n'y avait que le dernier bol alimentaire qui était arrêté dans l'œsophage; pour le faire pénétrer dans l'estomac, elle était obligée de boire beaucoup. Courant a en outre noté que les malades parviennent quelquefois à avaler les aliments après qu'ils les ont mâchés lentement et longtemps, et trompé pour ainsi dire le spasme du pharynx en saisissant l'instant favorable pour opérer la déglutition.

**Durée. Terminaisons.** — Le spasme de l'œsophage et du pharynx n'a aucune durée fixe : il peut se dissiper après quelques heures, comme Monro en cite un exemple, ou persister plusieurs jours entiers sans rémission; on l'a même vu durer sans relâche pendant douze jours. Dans les cas où la maladie

se prolonge davantage, les accidents ne se reproduisent qu'à certains intervalles : on dit les avoir vus se manifester quelquefois d'une manière régulière.

Le spasme de l'œsophage ne paraît s'être terminé par la mort que dans des cas fort rares; c'est ce qui explique pourquoi nous n'avons aucun renseignement sur les lésions concomitantes qui pourraient exister.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du spasme de l'œsophage ne présente ordinairement aucune difficulté. Son début brusque, survenant communément pendant le repas, établit une différence très-tranchée entre la dysphagie nerveuse et celle qui est symptomatique d'une inflammation ou d'une lésion organique. Ajoutons que, dans ce dernier cas, l'obstacle étant permanent, la dysphagie reste à peu près la même, tandis que dans le spasme elle varie, comme nous l'avons vu, d'un moment à l'autre, et offre dans sa marche une foule d'anomalies. Dans l'œsophagisme, il peut y avoir rétention des aliments, comme s'il existait une paralysie du pharynx ou de l'œsophage : cependant on ne confondra pas deux états morbides aussi opposés, car dans le dernier il n'y a point de régurgitation des aliments, et le cathétérisme ne fait nulle part sentir d'obstacle.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'œsophagisme n'est pas grave : il ne devient un symptôme fâcheux que lorsqu'il s'accompagne d'hydrophobie.

**Étiologie.** — L'œsophagisme se remarque spécialement chez les individus nerveux, irritables, atteints déjà de quelque névrose, comme l'hypochondrie; mais on le rencontre surtout chez les hystériques. Les émotions morales vives, subites, comme la colère, sont à peu près les seules causes occasionnelles dont l'action soit bien démontrée. On trouve dans les annales de la science plusieurs observations qui prouvent l'influence de l'imagination : on parle d'individus qui, mordus par des chiens qu'ils croyaient enragés, ont été affectés d'œsophagisme avec quelques symptômes d'hydrophobie.

L'œsophagisme survient quelquefois comme effet sympathique dans le cours de plusieurs maladies, spécialement dans les cas de cancer de l'estomac, dans des affections du cerveau, de l'utérus; enfin il y a un œsophagisme qui se déclare quelquefois dans le cours du rhumatisme, et qui dépend bien moins d'une névrose que de ce que les fibres musculaires du pharynx ou de l'œsophage participeraient elles-mêmes à l'affection rhumatismale.

**Traitement.** — Les auteurs insistent surtout, et avec raison, sur l'emploi des antispasmodiques et des narcotiques. On a spécialement préconisé le camphre et l'asa fœtida en lavements. Les narcotiques seront administrés de la même manière, ou bien appliqués extérieurement en cataplasmes (jusquiame, ciguë), en frictions (avec laudanum), ou en pommade contenant opium ou belladone; ou bien encore on dénude la peau de la partie inférieure du cou, et l'on y fait absorber une petite quantité de sel de morphine. Les auteurs ont encore recommandé les boissons glacées, ou de faire fondre des morceaux de glace dans la bouche : ce moyen a en effet réussi plusieurs fois. Mais la méthode de traitement qui a semblé à Mondière réunir le plus de succès en sa faveur, c'est l'introduction des sondes. On sait que le cathétérisme est très-usité dans les rétrécissements spasmodiques de l'urèthre; l'utilité qu'on en retire dans ce cas a sans doute donné l'idée de suivre la même méthode pour l'œsophage. Les cas de succès sont aujourd'hui assez nombreux : ils ont été rapportés spécialement par Ev. Home, Autenrieth, Monro, Abercrombie, Howship, Stevenson; un honorable médecin de Paris, M. Boudard, m'en a cité un autre qui lui était personnel. Une seule introduction de la sonde a suffi quelquefois pour obtenir une guérison complète et immédiate : c'est ce qui eut lieu, par exemple,



chez la malade dont M. le docteur Boudard m'a parlé ; mais le plus ordinairement il est nécessaire de répéter l'opération plusieurs fois.

Si la sensibilité et l'irritabilité de l'œsophage étaient telles que l'introduction de la sonde fût très-douloureuse et rendue impossible, on devrait, d'après le conseil de Mondière, dans le premier cas, enduire l'instrument avec l'extrait de belladone ; dans le second, on se servirait d'une sonde volumineuse, qu'on laisserait quelque temps en contact avec la partie coarctée, ainsi que Dupuytren le pratiquait pour les rétrécissements spasmodiques de l'urèthre qu'il ne pouvait franchir tout d'abord. Si l'imagination était la cause première de la maladie, c'est à la médecine morale qu'il faudrait s'adresser.

## DE LA CHORÉE

La chorée (de *χορεία*, danse) est une maladie apyrétique, caractérisée par des mouvements irréguliers et involontaires, partiels ou généraux, du système musculaire, et plus spécialement des muscles des membres et de la face.

**Historique.** — Cette maladie n'a aucune espèce de rapport avec ces monomanies dansantes qu'on a observées, surtout en Allemagne, du XI<sup>e</sup> au XVII<sup>e</sup> siècle. Réunis par un délire commun, on vit alors des bandes d'hommes, de femmes, d'enfants, danser jusqu'à épuisement, se précipiter dans les fleuves, se briser les membres. C'est cette folie qu'on a appelée *dansomanie*, *choréomanie*, *danse de Saint-Guy* ou de *Saint-Wit*, du nom d'un saint vénéré en Souabe, à la chapelle duquel on menait ces insensés. La maladie dont nous parlons n'est peut-être pas différente du *tarentisme* qui a régné en Italie, mais elle se distingue essentiellement de la chorée de nos jours, et l'on ne saurait admettre avec M. Hecker que notre chorée ne soit en quelque sorte qu'une transformation, une atténuation de la chorée du moyen âge : en effet, les deux maladies ont existé simultanément (1). Clairement indiquée par Horstius, par Willis, mieux signalée encore par Bairo, notre chorée a été décrite par Sydenham, qui ne lui a d'ailleurs consacré qu'un petit nombre de lignes. Nous croyons que c'est par une interprétation forcée que Sauvages a revendiqué en faveur de Galien l'honneur de l'avoir décrite le premier, sous le nom de *scelotyrbé*. Après Sydenham, on vit surtout Cullen, Cheyne, Dover, Mead, etc., ajouter de nouveaux faits à ceux de leurs devanciers. Cependant, malgré ces travaux, la maladie était encore à peine connue en France du temps de Louis XV, puisque Lieutaud alla même jusqu'à en contester l'existence. La lacune qui existait dans notre littérature sur ce sujet n'a réellement été comblée qu'en 1810, époque à laquelle un médecin alors presque octogénaire, Bouteille, publia une monographie estimée, et qui est encore aujourd'hui le travail le plus complet que nous ayons. Depuis cet auteur, divers médecins ont produit en France quelques travaux recommandables. Nous citerons en première ligne un mémoire de M. Ruz, dans les *Archives* de 1834 ; la thèse de M. Dufossé (1836) ; l'article de M. Blache dans le *Dictionnaire de médecine* ; celui de MM. Ri'liet et Barthez dans leur *Traité clinique des maladies de l'enfance* ; enfin le remarquable travail de M. le docteur Sée, couronné par l'Académie de médecine et publié dans le quinzième volume des *Mémoires* de cette compagnie.

**Anatomie pathologique.** — A l'ouverture du corps des choréiques, il n'y a, dans l'immense majorité des cas, aucune lésion appréciable dans le cerveau,

(1) *Annales d'hygiène*, t. XII.

dans la moelle ni dans leurs enveloppes. J'ai trouvé toutes ces parties dans leur état normal chez trois sujets morts en 1834, 1837 et 1848. Il en a été de même sur dix cadavres examinés par Dugès, par Ollivier (d'Angers), par MM. Rostan, Ruz et Blache. L'anatomie pathologique comparée vient confirmer ces premiers résultats : Delafond, ayant ouvert à l'école d'Alfort un grand nombre d'animaux, et surtout des chiens sacrifiés à différentes époques d'une chorée confirmée, n'a trouvé aucune lésion appréciable dans les centres nerveux, dans leurs enveloppes, ni dans les nerfs et leurs divisions, ni dans aucun autre organe, parties qui toutes ont été examinées avec le plus grand soin.

Cependant, comme on l'observe pour le tétanos et pour plusieurs autres névroses, la chorée peut s'accompagner parfois de quelques lésions du côté des centres nerveux. Un de mes anciens condisciples dont le souvenir m'est le plus cher, le docteur Gendron, médecin distingué à Chinon, a trouvé chez deux jeunes filles choréiques, mortes en 1834, à l'hôpital des Enfants, la moelle épinière ramollie au niveau de la région cervicale (voy. *Thèse*, 1836.) Guer-sant a rencontré la même lésion chez deux enfants. M. Serres aurait, dit-on, constaté des altérations diverses dans les tubercules quadrijumeaux (tumeur lardacée, injection, inflammation). M. Monod a vu une hypertrophie de la moelle, et divers médecins ont trouvé dans le cerveau et dans la moelle des tumeurs et des concrétions diverses. Ces faits, d'ailleurs en petit nombre, prouvent que la chorée, comme la plupart des autres névroses, peut, dans quelques cas rares, être symptomatique.

Dans la liste des lésions, nous n'avons pas encore parlé de la sérosité que M. Prichard, en Angleterre, aurait rencontrée en plus grande abondance dans les centres nerveux chez trois enfants morts de chorée ; personne, en effet, en France, n'a noté, que je sache, une pareille suffusion ; Delafond surtout l'a vainement cherchée chez les animaux. Il est à craindre que le médecin anglais ne s'en soit laissé imposer par la quantité de liquide céphalo-rachidien qui existe naturellement en plus grande abondance chez l'enfant que chez l'adulte ; peut-être aussi cette suffusion séreuse dépendait-elle de la longueur de l'agonie.

M. Sée, ayant analysé dans son travail 84 observations de chorées terminées par la mort, est arrivé à des conclusions un peu différentes. D'après ce médecin distingué, il aurait existé, en effet, 32 fois, ou un ramollissement de la pulpe nerveuse, ou bien un épanchement arachnoïdien, lésions d'ailleurs qu'il se hâte de considérer comme fortuites et comme n'ayant aucune relation directe de cause à effet avec les troubles fonctionnels. Sur une autre catégorie de 34 sujets, M. Sée dit qu'on a trouvé diverses phlegmasies isolées ou réunies du tissu séreux ; ce sont là pour nous des complications ou des lésions ultimes qui se déclarent ici, comme dans le cours d'un grand nombre d'autres affections, sans qu'on puisse être autorisé à voir dans ces phlegmasies, ainsi que M. Sée l'a fait, une expression de la diathèse rhumatismale.

**Symptômes.** — Dans quelques cas très-rares, on a vu la chorée débiter tout d'un coup ; mais cela n'a guère lieu que lorsque la maladie survient à la suite d'une vive émotion, comme la frayeur. Presque toujours la chorée se déclare lentement, progressivement. Quelques enfants, avant de présenter des troubles de la motilité, sont devenus plus irritables, plus irascibles, ou bien ils sont tristes ; d'autres sont plus vifs, plus impétueux que de coutume. Cependant quelques mouvements désordonnés surviennent bientôt dans diverses parties du corps.

Sydenham et Bouteille regardaient la claudication comme étant de tous les phénomènes le plus précoce ; elle est, par contre, fort rare (5 fois sur 158).



D'après les relevés que l'on doit à M. Sée, le plus ordinairement c'est le bras, et presque toujours le bras gauche qui se prend le premier; chez d'autres, ce sont les muscles de la face; cependant ceux-ci sont ordinairement affectés consécutivement. Quoi qu'il en soit, les malades font alors des grimaces, ils ont un tic dans la figure. Plus faibles ou moins maîtres de leurs mouvements, la plupart sont plus maladroits; ils font plus facilement des chutes; ils traînent la jambe en marchant, ou ne peuvent saisir un objet sans le laisser choir ou le briser. Tout cela leur attire ordinairement des réprimandes et des châtimens de la part de leurs parents, qui ne reconnaissent point ces actes comme des indices d'une maladie, mais comme l'effet de la volonté ou de mauvaises habitudes.

La chorée se caractérisant bientôt un peu mieux, on voit les parties affectées devenir le siège de soubresauts, de secousses, de mouvements irréguliers, désordonnés, tout à fait involontaires, et qui offrent certaines particularités, suivant les points du corps où ils se montrent. A la face, ce sont des grimaces et des contorsions très-bizarres; la maladie affecte-t-elle les membres supérieurs, ceux-ci se portent en tous sens, la volonté la plus énergique ne peut maîtriser ces mouvements. Les individus veulent-ils boire, dit M. Blache, leur verre ne peut parvenir à la bouche qu'après une succession de mouvements angulaires, opposés dans leur principe, dont les uns, volontaires, tendent à rapprocher le vase de la bouche, et les autres, involontaires, l'en éloignent. Une fois sur les lèvres, ils le saisissent avec les dents et le vident avec précipitation, presque d'un seul trait, dans la crainte qu'un nouveau mouvement convulsif ne l'en éloigne. Lorsque les membres inférieurs sont affectés, les malades ont une démarche irrégulière; ils suivent difficilement une ligne droite; ils marchent en fauchant; leurs jambes s'embarrassent et présentent souvent une sorte de sautellement, qui a fait donner à la maladie le nom qu'elle porte. Si les muscles du cou participent au même désordre, la tête se balance d'un côté et de l'autre, en avant, en arrière; ou bien on observe un mouvement de rotation presque continu, comme celui qu'on voit chez certains oiseaux.

La maladie est-elle portée à un plus haut degré, la face est dans un état d'agitation perpétuel; les yeux sont en rotation continuelle; la préhension des objets est devenue tout à fait impossible; les malades ne peuvent plus marcher ni se tenir debout; ils se roulent souvent en tous sens et ne peuvent se relever; on est obligé de les mettre au lit et de les y maintenir avec la camisole de force. Cependant les mouvements continus qu'ils exécutent finissent par produire des excoriations sur les membres et à la partie postérieure du tronc; les bras, portés de côté et d'autre, et heurtant contre les corps voisins, deviennent aussi le siège de contusions.

Souvent alors les muscles de la langue, ceux du larynx et du pharynx, participent au désordre: dans ces cas, on voit les malades projeter de temps en temps leur langue hors de la bouche et la rentrer par un mouvement brusque, saccadé; elle est quelquefois alors saisie entre les dents et déchirée. Cet organe enfin, dans ses mouvements désordonnés, heurtant souvent avec force contre le palais ou les lèvres, il en résulte un bruit analogue à celui que font les cochers pour exciter leurs chevaux. La parole est difficile, embarrassée, les malades éprouvent une sorte de bégayement, d'autres ne peuvent articuler un seul mot: il en est, dit M. Blache, qui font entendre une sorte d'aboiement; enfin le spasme envahissant parfois les muscles du pharynx, la déglutition devient plus ou moins difficile et irrégulière.

En général, les mouvements convulsifs augmentent par les émotions et par les stimulants; mais la température ne les modifie point. Quelque intenses qu'ils

soient, on les voit diminuer beaucoup, et le plus souvent même cesser tout à fait, pendant le sommeil. Celui-ci n'est pas toujours très-régulier. Il n'est pas rare, en effet, que les malades soient tourmentés par de longues insomnies; nonobstant cela, et malgré l'étendue et la continuité des mouvements, la plupart de ces individus n'accusent aucune fatigue.

Dans la chorée, on observe presque toujours, c'est-à-dire dix-huit fois sur vingt, d'après M. Dufossé, quelque trouble du côté de la sensibilité morale; les malades sont irritables; ils pleurent et rient sans motifs. Suivant Georget et Bouteille, les facultés intellectuelles seraient toujours plus ou moins affaiblies; mais cela, comme l'observent MM. Blache et Bouillaud, ne paraît pas avoir lieu d'une manière aussi générale qu'on l'a prétendu. Marcé, en effet, dans des études plus précises, plus complètes, a reconnu que sur 57 choréiques qu'il a examinés avec le plus grand soin, 21 n'ont jamais offert aucune perturbation intellectuelle, cette immunité n'a pu être expliquée ni par l'âge et le sexe des malades, ni par l'étendue des mouvements choréiques, ni par l'acuité ou la chronicité de la maladie. Chez les deux tiers environ il y avait des troubles de la sensibilité morale consistant en changements dans le caractère; des troubles de l'intelligence caractérisés par la diminution de la mémoire, par la mobilité des idées; parfois des hallucinations limitées communément au sens de la vue, et se déclarant le soir, surtout dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil; dans quelques cas rares, on a noté un délire maniaque, circonstance grave, puisque la terminaison fatale arrive dans plus de la moitié des cas (1). Pour clore la liste des troubles que le système nerveux présente, citons encore comme très-ordinaire, quelques-uns disent comme constante, une diminution dans la sensibilité de la peau. M. Moynier a insisté sur ce phénomène dans sa thèse. Il est souvent difficile de le constater dans les chorées générales, parce qu'on manque d'un terme de comparaison; mais dans les hémichorées, en piquant d'une façon aussi égale que possible les deux côtés du corps, on trouverait toujours, d'après ce médecin, une diminution de sensibilité dans le côté qui est agité. Les palpitations, la dysurie, la cardialgie, les douleurs à la nuque, que divers auteurs signalent comme des phénomènes constants ou communs dans le cours de la chorée, sont au contraire fort rares; et, quand ils existent, ils sont probablement indépendants de l'affection.

Dans la chorée, la respiration est libre; il n'y a pas de fièvre; les fonctions digestives ne présentent aucun trouble.

**Marche.** — La chorée est rarement générale d'emblée; le plus souvent, en effet, les troubles sont bornés pendant quelque temps à une seule partie, comme la face, ou bien à un ou plusieurs membres. Dans la plupart des cas, le trouble de la motilité commence par la moitié gauche du corps, et envahit consécutivement le côté opposé. La chorée double est la plus fréquente, d'après MM. Barthez et Rilliet, ce qui est conforme à ce que nous avons vu nous-mêmes. Lorsque la chorée est partielle, elle occupe presque toujours simultanément le bras et la jambe gauches, ou bien seulement le membre supérieur. Nous l'avons vue une fois limitée aux membres inférieurs, mais plus marquée du côté gauche. Bouteille a rapporté un cas de chorée croisée, dans laquelle le bras d'un côté et la jambe du côté opposé étaient simultanément affectés. Chez quelques malades, la chorée est bornée aux muscles du cou ou de la face; elle peut être plus limitée encore, n'affecter, par exemple, que les muscles de l'œil ou les paupières.

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXIV, p. 4.



La chorée suit presque toujours une marche continue; elle s'aggrave pendant quelque temps, puis reste stationnaire; elle décroît enfin, ou bien elle présente des alternatives très-irrégulières : Bouteille et M. Ruz ont cité chacun un cas de chorée périodique, débutant tous les jours à midi pour finir à six heures du soir.

D'après M. Ruz, les maladies intercurrentes ne modifieraient guère la maladie sous le rapport de son intensité ou de sa durée. M. Sée, ayant à son tour étudié cette intéressante question, a reconnu que les maladies fébriles commençaient par produire une excitation générale accompagnée d'une exaspération des mouvements choréiques, qui se continuait pendant les prodromes et la période d'ascension. Mais lorsque l'éréthisme fébrile a atteint son apogée, la jactitation choréique diminuerait, elle disparaîtrait souvent avec la fièvre, tantôt définitivement, tantôt pour reparaitre encore, mais momentanément, et pour céder alors avec facilité au traitement. Stoll a cité l'histoire de deux jeunes filles qui, prises d'une fièvre pétéchiale dans le cours d'une chorée, virent celle-ci diminuer et cesser en même temps que la pyrexie.

La chorée, une fois guérie, est très-sujette à récidiver. On a vu des individus éprouver jusqu'à six ou sept récidives, lesquelles ont lieu annuellement ou à plusieurs années de distance.

**Durée.** — La chorée a une durée très-variable : elle cède rarement avant un ou deux septénaires, le plus souvent elle persiste un ou deux mois. Quelquefois elle a une marche chronique; elle dure alors indéfiniment. Tel est le fait, rapporté par M. Rostan, d'une femme qui mourut à cinquante ans d'une chorée dont elle était affectée depuis l'âge de sept ans. En général, les chorées chroniques sont partielles; beaucoup se lient à quelque lésion matérielle des centres nerveux; elles s'accompagnent fréquemment d'une diminution plus ou moins grande de la mémoire et de l'intelligence; il arrive même parfois que les muscles affectés s'atrophient plus ou moins, cependant la santé générale reste presque toujours intacte.

**Terminaisons.** — La chorée se termine, dans l'immense majorité des cas, par le retour à la santé. Quelquefois pourtant, lorsqu'elle est très-intense, lorsque le désordre des mouvements est extrême, on voit les malades s'affaïsser et périr. MM. Barthéz et Rilliet pensent que les malades succombent alors par asphyxie. Nous croyons plutôt que la mort a lieu par épuisement. La terminaison fatale arrive dans ces cas assez rapidement; elle est annoncée par un amaigrissement et par une altération remarquable des traits qui surviennent presque subitement : c'est une circonstance que notre ami le docteur Gendron (de Chinon) a mentionnée avec soin. Cependant presque tous les choréiques qui succombent sont emportés par une maladie intercurrente.

**Chorées anormales.** — On a voulu regarder comme des variétés ou comme des formes anormales de la chorée, des affections nerveuses mal définies, et qui ont été très-vaguement décrites par les Allemands et par quelques Italiens : je veux parler des maladies indiquées sous les noms de *grande danse de Saint-Guy*, de *chorée rythmique* et *électrique*. La première apparaîtrait sous forme d'accès dans l'intervalle desquels la santé serait parfaite : il y aurait des mouvements involontaires, toniques ou cloniques, avec ou sans catalepsie, des désordres intellectuels, de l'anesthésie ou une exaltation des sens; elle constituerait donc une forme de l'hystérie. La chorée rythmique serait caractérisée par des contractions régulières, souvent uniformes; les malades auraient une tendance irrésistible à aller en avant, d'autres tourneraient sur eux-mêmes; mais ces accidents, presque toujours symptomatiques de lésions cérébrales,

n'ont rien de commun avec la chorée que nous venons de décrire. Quant à la chorée électrique des médecins italiens, on ne saurait dire encore ce qui la constitue. Les secousses tétaniques ou éclamptiques qui la caractérisent, la paralysie qui survient fréquemment dès les premiers accès, la terminaison ordinairement funeste de l'affection, portent à penser que ces accidents sont les symptômes de quelque lésion grave des centres nerveux, et que la chorée électrique n'a, avec la chorée véritable, d'autre rapport qu'une communauté de nom qui n'est nullement justifiée.

**Diagnostic.** — La chorée a des phénomènes tellement tranchés qu'on ne saurait guère la confondre avec aucune autre maladie connue. Nous croyons qu'il serait hors de propos d'établir un diagnostic différentiel entre la chorée et l'hystérie ou l'épilepsie. Les seules affections avec lesquelles la chorée a quelques points de ressemblance sont la paralysie, les convulsions, certains tics et le tremblement.

Lorsque la chorée débute, lorsque surtout elle n'occupe qu'une moitié du corps ou qu'elle est même limitée à un membre, les malades par leur attitude, traînant la jambe en marchant, ayant un bras comme pendant le long du tronc, pourraient faire croire aisément à une paralysie. Cependant, avec la plus légère attention, il est facile d'éviter l'erreur; car, en examinant les malades pendant quelques instants, on ne tarde pas à constater de petits mouvements irréguliers et tout à fait caractéristiques. D'ailleurs, dans la chorée, les mouvements sont bien pervertis, mais ils ne sont pas affaiblis. Dites à un paralytique et à un choréique de vous presser la main : le premier ne pourra le faire ou le fera à peine; le second, au contraire, pressera avec force, mais ce sera d'une manière brusque et saccadée.

La chorée n'a aucune ressemblance avec toutes les variétés des convulsions. Celles-ci surviennent par crises, et consistent dans une contraction violente et involontaire des muscles, prédominant surtout dans les muscles fléchisseurs, tandis que dans la chorée les mouvements désordonnés sont continus, ne cessent que pendant le sommeil, ils affectent à peu près indifféremment tous les muscles, et ne sont pas aussi complètement soustraits à l'empire de la volonté que le sont les mouvements convulsifs.

Il y a certaines contractions musculaires involontaires chroniques, limitées à quelques muscles, surtout à ceux de la face, qui surviennent rapidement, instantanément : on leur donne généralement le nom de *tics*. Elles diffèrent par conséquent de la chorée, qui rarement est aussi bornée, et qui est constituée par des mouvements inégaux, irréguliers, et qui ne sont pas toujours absolument irrésistibles.

Lorsque la chorée débute par les muscles de la langue, on pourrait encore être induit en erreur, et rapporter l'embaras de la parole à quelque lésion grave du cerveau. Mais l'extension rapide de la maladie à d'autres muscles et l'absence des autres désordres symptomatiques des affections cérébrales viendront encore éclairer le diagnostic.

On distinguera enfin facilement la chorée du tremblement sénile et de celui que déterminent les excès alcooliques et vénériens, ainsi que les émanations mercurielles et saturnines, parce que dans cette dernière affection les contractions musculaires sont involontaires, courtes, uniformes, consistant en un mouvement de va-et-vient s'exécutant par les extenseurs et les fléchisseurs, qui sont simultanément atteints.

**Pronostic.** — La chorée n'est pas généralement une affection grave. Celle qui est récente, celle qui survient dans l'enfance, est plus facilement curable;