général, peuvent heureusement influencer le système nerveux, et le tonifier ; par suite, diminuer la tendance aux spasmes.

En dehors de ces indications vagues on reste trop souvent désarmé ; mais, ce qu'il faut bien dire aussi, c'est que le traitement, trop souvent, est appliqué trop tard. En présence d'un tic, chez un sujet jeune, le médecin doit aussitôt remonter à la cause : maladie antécédente, irritations locales (nez, œil, oreille, etc.) ; points névralgiques plus ou moins spasmogènes. Il faut reconnaître l'anémie, l'état de fatigue nerveuse, surmenage.

On traitera l'état psychique par le repos, par l'isolement et par les précautions d'hygiène : aération, hygiène gastro-intestinale, et surtout on entreprendra dès le début l'éducation nerveuse du sujet suivant la méthode récemment réglementée par Brissaud et Meige (1) : frénation du mouvement anormal, et remplacement du mouvement spasmodique involontaire par un mouvement *voulu* soigneusement régi dans sa lenteur et dans son intensité par la discipline physiologique (immobilisation des mouvements, et mouvements d'immobilisation).

Ce traitement rationnel, d'autant plus efficace qu'il est appliqué plus tôt, est à l'heure actuelle celui qui doit dominer tous les autres.

ATHÉTOSE

PAR

H. TRIBOULET

On désigne sous le nom de mouvements athétosiques des doigts, quelquefois aussi des orteils, en un mot des extrémités, des mouvements involontaires qui s'exécutent notamment autour des articulations métacarpo- ou métatarso-phalangiennes, de façon à faire passer successivement les doigts de la flexion à l'extension, de l'abduction à l'adduction avec une lenteur et une étendue remarquablement exagérées. Suivant une comparaison classique, ces mouvements rappellent assez bien ceux des tentacules du poulpe marin.

Voici l'élément caractéristique des affections qu'on dénomme *athétoses*. Ce symptôme peut rester seul en cause, ou s'accompagner de désordres moteurs variés (chorée, spasmes), qui modifient plus ou moins le tableau symptomatique.

Au point de vue de sa localisation l'athétose peut se disposer suivant le type hémiplégique ; elle constitue alors l'*hémiathétose*. Quand les mouvements sont disséminés ou, du moins, répartis diplégiquement, on a l'*athétose double*.

(1) H. Meige et G. Feindel, Traitement des tics, méthode de Brissaud (*Presse méd.*, 16 mars 1901, p. 125).

HÉMIATHÉTOSE.

L'hémiathétose d'Hammond, bien étudiée chez nous par Charcot et par Oulmont, est un incident posthémiplégique qui, au même titre que l'hémichorée symptomatique, doit être étudié avec l'hémiplégie. Cette hémiathétose symptomatique, rare à tout âge, est proportionnellement plus fréquente chez l'adulte que chez l'enfant : elle se montre un temps variable après l'hémiplégie (quelques semaines, ou quelques mois) et est annoncée par un amendement préalable de la paralysie. Il y a lieu de rappeler que l'association de l'hémianesthésie à l'athétose est chose habituelle (Oulmont) et que, en outre, l'hémichorée se surajoute fréquemment.

Symptomatique d'une hémiplégie infantile, l'hémiathétose débute dans la première enfance ; elle est bien encore un élément surajouté à l'hémiplégie, mais cette hémiplégie est modifiée dans une certaine mesure : les contractures, l'atrophie musculaire, y sont atténuées et peuvent même disparaître, ou ne pas exister. Il semble alors qu'on soit en présence d'hémiathétose *pure*. Voici comment Brissaud nous expose les considérations d'étiologie générale concernant ces faits (1) :

« Après le mode de début ordinaire (fièvre, convulsions, etc.), les petits malades présentent des mouvements d'athétose sans paralysie vraie, sans contracture, sans exagération des réflexes, sans atrophie. *L'hémiathétose ainsi réalisée ne se distingue de l'athétose vraie que par sa localisation unilatérale.* »

ATHÉTOSE DOUBLE.

L'histoire de l'athétose double a son plus grand intérêt dans la conception des modes pathogéniques qui lui peuvent donner naissance.

SYMPTOMATOLOGIE. — Cliniquement, en outre des mouvements des extrémités qui répondent à la définition, il y a des oscillations des poignets et des avant-bras sur les bras, tous mouvements qui peuvent avoir leurs similaires aux membres inférieurs. On peut encore voir la tête sollicitée en divers sens sur le cou, et celui-ci sur le tronc ; mais ce qui frappe surtout, c'est le facies grimaçant (rire sardonique, grincement, rides, etc.).

Plus ou moins saccadés, augmentés par l'émotion et par l'intervention volontaire, plus ou moins choréiformes alors, ces mouvements athétosiques sont arythmiques et incessants. Lents et exagérés, ils s'accompagnent d'une certaine rigidité spasmodique, signalée par

(1) Brissaud, Traité de médecine, t. VI, p. 212.

l'exagération des réflexes (attitude dite « des danseuses javanaises ») (Brissaud).

Cet état spasmodique peut empêcher l'écriture, gêner la parole; il peut, d'après les auteurs, entraîner des déviations articulaires.

Une particularité importante sépare bien l'athétose vraie de l'athétose symptomatique, c'est l'absence de désordres de sensibilité : pas d'anesthésie, pas de troubles sensoriels. — Mais ce qui, par contre, s'ajoute fréquemment ici, ce sont des désordres intellectuels durables, qui peuvent aller jusqu'à l'idiotie. Il ne faut pas toutefois généraliser, et il est bon de se rappeler que l'intelligence peut rester intacte.

Affection éminemment chronique, l'athétose double, constituée de bonne heure, dure toute la vie, — et ne compromet pas directement l'existence.

DIAGNOSTIC. — Il est à faire en réalité avec les affections spasmodiques de l'enfance — d'origine analogue, sinon identique, — consécutives aux encéphalopathies : telle la *maladie de Little*, quand à ses contractures s'adjoignent des mouvements, lesquels sont souvent choréiformes ou athétoïdes. Il y a lieu de songer parfois à la *maladie de Friedreich*, que distingueront bien toutefois le nystagmus, la démarche titubante et l'abolition des réflexes. Enfin, et surtout, le diagnostic s'embarrasse à ce point avec certains faits de *chorée chronique* que la clinique est contrainte de résoudre la difficulté par une conception que sanctionne l'interprétation pathogénique, celle des désordres associés : athétoso-chorées de Brissaud et Hallion. Nous ne parlons qu'à titre scientifique de la distinction avec le *paramyoclonus multiplex*, et avec la *maladie des tics convulsifs*.

Quant aux *tremblements* symptomatiques (toxiques, hystériques), ou idiopathiques (sclérose en plaques), etc., ils n'ont guère les allures athétoïdes. Toutefois ici encore l'hystérie peut être exacte simulatrice, il ne faudrait pas l'oublier entièrement.

ÉTIOLOGIE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — PATHOGÉNIE. — Il y a des mouvements *athétosiformes* qui peuvent appartenir à des causes diverses : tabes, névrites périphériques ; mais personne n'a tenté, avec Oudry, d'en faire une variété d'athétose double : « Il s'agit là, dit Brissaud (*loc. cit.*, p. 72), d'accidents tout épisodiques; de mouvements fugaces, curables, respectant en général la face, non accompagnés du cortège ordinaire de l'athétose double. »

Celle-ci, fille de l'hérédité névropathique, puisque parfois *familiale* (Massalongo), est d'ordinaire consécutive à quelque influence pathologique portant sur l'encéphale. L'affection est mal définie encore quant à sa nature intime, puisque parfois les malformations, les désordres encéphaliques sont très limités (une lésion hémilatérale devant expliquer des troubles fonctionnels bilatéraux), difficiles à

déceler, ou *nuls* même. Toutefois, il semble bien qu'elle relève d'une lésion de la zone psycho-motrice due au développement d'une polioencéphalite suivie le plus souvent de sclérose et d'atrophie. Tout ce qui peut troubler le fonctionnement ou la vitalité des centres corticaux et du faisceau pyramidal, la dystocie (siège, forceps), ainsi que l'a compris Little, avec la stase veineuse, ou les traumatismes cortico-méningés; les traumatismes dans les premières années de la vie ; l'infection, l'intoxication, soit intra-utérines (cachexie, maladies de la mère, alcoolisme héréditaire), soit après la naissance, dans les deux premières années, rarement plus tard, polioencéphalite de Strümpell, pour laquelle Marie invoque les infections de l'enfance (scarlatine, rougeole, coqueluche, syphilis), voilà les causes vraisemblables du désordre encéphalique initial.

Ces causes se retrouvent encore à l'origine de la maladie de Little, et de la chorée congénitale; et, pour le nosologiste, l'athétose double n'est qu'un chapitre particulier des diplégies cérébrales. D'une façon plus générale, et comme le dit Brissaud au sujet des encéphalopathies infantiles, « l'hémiplégie spasmodique, l'hémiathétose, l'hémiplégie choréique, l'athétose double, la chorée spasmodique, la paraplégie spasmodique constituent des types distincts qui tendent à se confondre les uns avec les autres par une sorte de dégradation insensible ».

Pourquoi la seule contracture dans un cas, pourquoi les mouvements choréiques ou athétosiques dans d'autres ? La contracture appartient à la sclérose primitive ou secondaire du faisceau pyramidal, ceci n'est pas douteux ; les secousses, elles, ressortissent à l'irritation de ce même faisceau par les lésions voisines qui le touchent et l'excitent. Au cas de symptômes choréiformes, la sensibilité et les réflexes se trouvent plus modifiés que pour les désordres athétosiques ; mais on conçoit qu'il y ait dissociation ou, parfois, association de ces trois éléments contracture, chorée, athétose, à des degrés divers qui répondent bien à ce que peut montrer l'observation clinique, et à ce que donne à prévoir la conception pathogénique.

TRAITEMENT. — Consistant dans une hygiène raisonnée de la motricité et de l'intelligence (éducation, gymnastique), le traitement ne peut être ici que purement frénateur des désordres qui suivent forcément une évolution que rien ne peut enrayer, ce que la pathogénie des désordres nous explique suffisamment.