

## **Les tics et leur traitement / Henry Meige et E. Feindel.**

### **Contributors**

Meige, Henry.  
Feindel, E.  
University College, London. Library Services

### **Publication/Creation**

Paris : Masson et Cie., 1902.

### **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/aek3rypw>

### **Provider**

University College London

### **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by UCL Library Services. The original may be consulted at UCL (University College London) where the originals may be consulted.

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>





1. The first part of the paper is devoted to a

discussion of the general principles of the

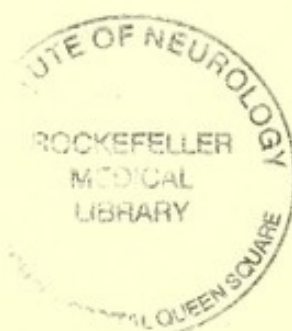
theory of the subject.

2. The second part of the paper is devoted to a

discussion of the general principles of the

35547 - 1001°

**INSTITUTE OF PSYCHIATRY,  
DEPARTMENT OF NEUROLOGY,  
De Crespigny Park,  
Denmark Hill,  
London SE5 8AF.**





Digitized by the Internet Archive  
in 2014

<https://archive.org/details/b21274186>



115

Winkelstein



**LES TICS**  
**ET LEUR TRAITEMENT**

*Willemsen*



# TRAVAUX DES MÊMES AUTEURS

## CONCERNANT LES TICS

---

- Tics et spasmes cloniques de la face**, leçon de M. BRISSAUD, faite à la Salpêtrière le 8 décembre 1893, publiée par HENRY MEIGE et H. VIVIER. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1894.
- Trois nouveaux cas de torticolis mental**, par E. BRISSAUD et HENRY MEIGE. *Revue neurologique*, 1894, p. 697.
- Le traitement médical du torticolis mental**, par E. FEINDEL. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, novembre-décembre 1897.
- Le torticolis mental et son traitement**, par E. FEINDEL. *Gazette hebdomadaire*, 20 février 1898.
- Tic ou spasme de la face**, par E. FEINDEL et HENRY MEIGE. *Revue neurologique*, 1898, p. 125.
- Spasmes grimaçants de la face datant de trois mois. Traitement et guérison en quatre jours**, par E. FEINDEL. *Revue de Psychologie clinique et thérapeutique*, avril 1899.
- Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires**, par E. BRISSAUD et E. FEINDEL. *Journal de Neurologie* (de Bruxelles), 1899, n° 8.
- Revision iconographique du torticolis mental; trois cas nouveaux; traitement**, par E. FEINDEL et HENRY MEIGE. *XIII<sup>e</sup> Congrès internat. de méd.; Section de Neurologie*, Paris, août 1900.
- Quatre cas de torticolis mental**, par E. FEINDEL et HENRY MEIGE. *Archives gén. de médecine*, janvier 1901, p. 60.
- Traitement des tics (Traitement par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation. Méthode de BRISSAUD)**, par HENRY MEIGE et E. FEINDEL. *Presse médicale*, 16 mars 1901.
- Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou**, HENRY MEIGE et E. FEINDEL. *Communication à la Société de Neurologie*. Séance du 18 avril 1901, et *Revue neurologique*, 1901, p. 378.
- Sur la curabilité des tics**, par HENRY MEIGE et E. FEINDEL. *Gazette des Hôpitaux*, 10 juin 1901.
- Tics variables, tics d'attitude**, par HENRY MEIGE. *Société de Neurologie de Paris*, 4 juillet 1901.
- Les mouvements en miroir; leurs applications pratiques et thérapeutiques**, par HENRY MEIGE. *Congrès de Limoges*, août 1901, et *Journal de Neurologie*, 1901, n° 19.
- L'état mental des tiqueurs**, par HENRY MEIGE et E. FEINDEL. *Congrès de Limoges*, août 1901 et *Progrès médical*, 7 septembre 1901.
- Histoire d'un tiqueur. Tics variables, tics d'attitude**, par HENRY MEIGE. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, art. 19111, 25 août 1901.
- Torticolis mental surajouté à des mouvements hémichoréiformes. Guérison du torticolis. Amélioration générale**, par E. FEINDEL et HENRY MEIGE. *Société de Neurologie de Paris*, 7 novembre 1901.
- Les associations du torticolis mental**, par HENRY MEIGE et E. FEINDEL. *Archives générales de médecine*, février 1902.
- Sur les tics**, par HENRY MEIGE. *Congrès de Toulouse*, avril 1902, et *Gazette hebdomadaire*, 4<sup>er</sup> mai 1902.
- Spasme facial franc**, par HENRY MEIGE. *Société de Neurologie de Paris*, 17 avril 1902.
- Tic et fonction**, par HENRY MEIGE. *Revue neurologique*, 1902, p. 383.
- Tic et écriture**, par HENRY MEIGE. *Gaz. hebdom.*, 12 juin 1902.
- La genèse des tics**, par HENRY MEIGE. *Journ. de Neurologie*, 5 juin 1902.



HENRY MEIGE ET E. FEINDEL

---

LES TICS  
ET  
LEUR TRAITEMENT

---

PRÉFACE DE M. LE P<sup>r</sup> BRISSAUD



PARIS  
MASSON ET C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

---

1902

Tous droits réservés.



## PRÉFACE

---

Rien ne serait moins scientifique que d'établir entre les problèmes médicaux une hiérarchie basée sur la gravité des symptômes. Pronostic à part, il n'y a ni grandes ni petites maladies.

Les tics, « mouvements nerveux » réputés sans danger, passent pour des troubles d'intérêt secondaire. Une grimace involontaire, un cri singulier, un geste inattendu,.... voilà toute la névrose, et l'on ne songe guère à s'y attarder, moins encore à s'en préoccuper.

Mais rien n'est secondaire que dans notre jugement. Des faits, en apparence insignifiants, nous renseignent au contraire très utilement sur beaucoup de phénomènes essentiels.

On en trouvera une preuve nouvelle dans ce volume auquel MM. Henry Meige et E. Feindel viennent de consacrer plusieurs années d'observation.

\*  
\* \*

A un premier point de vue, félicitons-nous qu'il soit rendu justice au mot *tic*.



Sans doute, il a des origines vulgaires. Mais n'est-il pas bien significatif qu'un mot, aux allures si peu scientifiques, ait pénétré de vive force dans la terminologie médicale?

Parfois la langue populaire confond des faits qu'il appartient aux techniciens de séparer. En revanche, elle a souvent les inspirations les plus heureuses et c'est elle qui impose son vocabulaire à la langue prétendue savante. Ici le grec et le latin ont tort. L'acceptation du mot *tic* est si précise qu'on ne saurait imaginer une meilleure adaptation d'une idée à un nom et d'un nom à une idée. Il porte en lui comme une spécificité de définition, puisqu'il se retrouve dans toutes les langues.

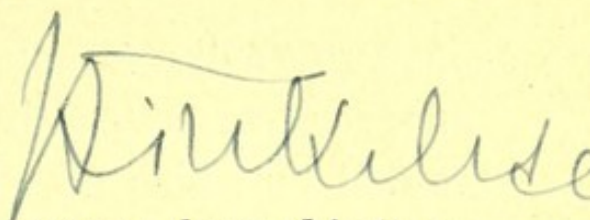
Et cependant il a failli disparaître de la nosographie.

Lorsqu'on a commencé à étudier d'un peu près les actes réflexes, on a cru pouvoir ranger sous le même titre et classer dans la même catégorie certaines convulsions cloniques du visage ou des membres, qui comprennent des réflexes morbides, des *spasmes* d'une part, d'autre part des actes dont le processus est essentiellement différent, et qui, ceux-là précisément, méritent le nom de *tics*.

C'est d'abord à séparer des tics les *spasmes* proprement dits, que nous avons consacré, avec MM. Henry Meige et E. Feindel, une série d'observations et d'expériences. Nos recherches devaient avoir une sanction pratique : elles nous ont fait connaître des moyens thérapeutiques efficaces.



\*\*



Dans le groupe confus des *spasmes*, *hyperkinésies*, *clonies*, etc., il était impossible de méconnaître l'individualité bien marquée de certains troubles moteurs, qui, par leur caractère, — soit de mouvements de défense, soit de jeux de physionomie, soit de mimiques intempestives, soit de gestes plus ou moins coordonnés en vue d'un but fictif, — se distinguent des autres convulsions, des spasmes, des contractions fibrillaires, des mouvements choréiformes ou athétosiques. A tous ces gestes où, malgré leur variété, on pouvait toujours reconnaître une sorte d'adaptation intentionnelle, devenue inconsciente à la longue, il était logique d'attribuer un point de départ hiérarchiquement plus élevé.

Si certains mouvements convulsifs, certains spasmes, peuvent avoir leur raison d'être dans un état spécial, les uns de la fibre musculaire, les autres des nerfs moteurs, d'autres enfin dans des modifications de la moelle, du bulbe, de la protubérance et même des noyaux gris sous-corticaux, au contraire, les réactions motrices des tics se distinguent par une combinaison synergique de contractions, une coordination qui implique l'intervention, au moins transitoire, de l'action corticale. Si la volonté consciente n'y prend pas part directement, du moins l'écorce, centre de réflexion des images mnémoniques, est-elle seule capable de commander de pareils actes.

Quel est là le rôle de l'écorce? Traduit-elle seule-



ment son activité malade par ce jeu de physiologie, ce geste, cette attitude non motivés? — Sûrement non. Il faut bien admettre une excitation préalable. Mais d'où vient la provocation et quelle en est la date? Est-elle accessible à la conscience?... Le tiqueur seul peut le dire, s'il remonte dans le passé aux premiers événements qui ont mis en train la réaction motrice.

Par exemple, un clignement des paupières peut tout seul constituer un tic. Considéré en soi, le clignement est un mouvement de défense contre la poussière, la vive lumière, etc., différent de la nictitation normale destinée à lubrifier la surface sclérotico-cornéenne. Mais si l'irritation fait défaut, à quel propos, cet acte? Et dans quelle intention? Pourquoi surtout la brusquerie, l'intensité de la contraction de l'orbiculaire palpébral, et de ce muscle-là seulement?... Si cette contraction était commandée par une excitation d'un point quelconque de l'arc réflexe facial, ne devrait-elle pas être accompagnée de la contraction des autres muscles de la face? Puis, si le clignement est imputable aux seuls filets orbitaires du facial, pourquoi la secousse est-elle bilatérale? — Ce n'est donc pas un simple phénomène réflexe d'origine bulbaire. Le mouvement, tout injustifié qu'il soit, rappelle un acte prémédité, qui s'exécute dans un but précis : c'est l'acte d'occlusion des deux fentes palpébrales. Or, on n'en peut douter, la prévision du but implique la notion préalable de telle ou telle combinaison de contractions musculaires. L'écorce seule est capable de réaliser de semblables prévisions.

Des mouvements coordonnés, injustifiés et d'autant



plus intempestifs qu'ils se répètent, ne sauraient vraiment être assimilés à de simples réflexes morbides, à des spasmes. Ce sont des tics.

Cette manière de voir est d'ailleurs conforme à l'enseignement de l'École de Paris. Trousseau, dans ses cliniques, Charcot, en diverses circonstances, ont fait entrevoir ces différences essentielles.

Cependant, la confusion a longtemps duré et subsiste même encore dans un grand nombre d'ouvrages où le souci de l'analyse a été sacrifié à un besoin de schématisation nosographique assurément prématuré.



Les auteurs de ce livre ont résolument identifié à un processus mental la pathogénie du tic.

La psychologie du tiqueur se laisse facilement pénétrer dans certains cas où le tic équivaut ou se superpose à d'autres « stigmates épisodiques de la dégénérescence », mais la tâche devient infiniment plus délicate lorsque l'incorrection des actes psychiques se trouve réduite au tic tout seul. Même alors, l'examen de l'état mental permet toujours de constater l'insuffisance du pouvoir d'inhibition, dont la faiblesse laisse s'installer et s'invétérer mainte habitude fâcheuse.

Ainsi apparaît le rôle de l'*habitude* dans la genèse des tics, et aussi leur analogie avec tous les actes fonctionnels. Souvent le tic n'est qu'une fonction qui s'exécute à contre-temps ou hors de propos.

Nous concevons même l'organe de la *fonction tic* dans une association d'éléments nerveux que rien ne



trahit au premier abord, mais dont l'existence est démontrée par le groupement *fonctionnel* des muscles mis en jeu. Et nous pouvons en conjecturer que, chez les tiqueurs invétérés, il *doit* exister une sorte d'hypertrophie de ce centre fonctionnel. Si l'hypertrophie n'est que transitoire, on l'atténuera par la désaccoutumance, par la suppression méthodique de la fonction, c'est-à-dire par certains procédés d'immobilisation.

Tel est le principe même du traitement des tics.

\*  
\* \*

Il faut soigner les tics.

En effet, le tic n'est pas seulement une névrose, mais une psycho-névrose, ou, pour préciser, une cérébropathie psychomotrice. Lorsqu'on voit un tic se développer chez un enfant, la dégénérescence méconnue jusqu'alors ne risque-t-elle pas de se manifester dans l'avenir par des signes plus inquiétants? Ce mot de « dégénérescence » passe pour trop indécis ou pour trop explicite au jugement de ceux qui en ignorent la véritable signification médicale.

Aujourd'hui, les parents d'un enfant tiqueur devancent souvent le diagnostic du médecin. Ils veulent bien convenir que leur enfant est « nerveux », parce qu'il a des tics : leur amour-propre n'en souffre pas ; mais ils conviendraient moins volontiers que leur enfant a des tics parce qu'il est « nerveux ». Immédiatement, ils en inféreraient qu'ils ont engendré un « dégénéré ». La consolation de la « dégénéres-



cence supérieure » n'exclut pas une certaine humiliation.

Il est parfaitement exact que beaucoup d'enfants, devenus tiqueurs, sont et demeurent, pour qui les étudie superficiellement, ce qu'on est convenu d'appeler de simples « nerveux ». Le tic auquel ils sont condamnés, parfois à perpétuité, n'apporte à leur existence aucun changement grave. Encore faut-il, de très bonne heure, tenir compte de l'importance du tic en lui-même. Chacun sait que plus un tic est fréquent, plus il est fort, plus il a de tendance à se généraliser, et plus aussi la disposition névropathique a de tendance à s'affirmer et à s'aggraver. Aux petits « nerveux » les petits tics, aux grands nerveux les grands tics. Mais, petit tic peut devenir grand....

C'est surtout chez les adolescents que le tic tend à s'accroître en fréquence ou en amplitude et à se généraliser, sans qu'on puisse d'ailleurs prédire que cette marche envahissante aura lieu fatalement.

Ainsi, il en est du tic comme de la chorée. Lorsque chez un adulte une chorée même légère se déclare, il est aventureux d'en présager la durée dès son début. Pour peu que l'affection se prolonge au delà du laps de temps que dure ordinairement la chorée vulgaire, on ne peut se défendre de redouter la chorée chronique. Alors, que valent les prévisions pronostiques initiales, si elles ont laissé croire à un mal passager et sans importance ?

De la même façon débute cette névrose lamentable que Charcot et Gilles de la Tourette ont décrite sous le nom de *maladie des tics*. Elle n'a vraiment de



spécial que la régularité en quelque sorte systématique de son évolution ; elle n'est que l'expression superlative d'une disposition névropathique et psychopathique en tout pareille à celle qui favorise l'apparition du tic le plus bénin. Elle s'annonce, dans ses premières manifestations, comme une simple bizarrerie convulsive apparemment insignifiante ; mais si l'on songe que celle-ci peut se prolonger indéfiniment, s'étendre peu à peu à tous les membres, s'accompagner de désordres mentaux graves, pour aboutir souvent à la démence, on se rend compte que ce petit symptôme, ce petit tic prémonitoire du début, mérite toujours d'être envisagé avec défiance et énergiquement combattu.



Encore une fois l'acte musculaire dans le tic n'est qu'une mauvaise habitude. Or, il n'y a pas de mauvaise habitude contre laquelle on ne doive lutter de bonne heure, surtout chez les prédisposés, chez les « nerveux ». Et ce n'est pas parce qu'un traitement approprié à tel ou tel tic aura fait disparaître la mauvaise habitude motrice que la thérapeutique aura lieu de se féliciter, mais parce que ce résultat aura été un acheminement vers *l'habitude de corriger d'autres mauvaises habitudes*.

L'éducation de la volonté est donc la première des indications thérapeutiques : elle se propose de combattre la tolérance passive des actes devenus habi-



tuels et sur lesquels le contre-effort *voulu* peut exercer une réaction bienfaisante.

Pour atteindre ce but, le médecin n'a besoin de recourir ni à des subterfuges mystérieux, ni à des pratiques plus ou moins occultes. Il lui suffit d'emprunter les vertus du bon éducateur.

Dans cette voie, il n'y a pas de petites victoires. Cette pédagogie a fait ses preuves : l'amélioration réalisée par le traitement a eu pour effet, non seulement de rendre possible une aptitude au travail complètement perdue, mais encore de restaurer la confiance en soi, et du même coup le *pouvoir de vouloir*, chez des sujets qui en paraissaient privés pour toujours. Le traitement du tic, et rien que du tic, a donc confirmé en même temps sa nature et sa curabilité. Il a permis de démontrer le rôle primordial que l'élément psychique joue dans la genèse du trouble moteur.

Depuis l'année 1893, MM. Henry Meige et E. Feindel se sont attachés à appliquer aux tics un traitement basé sur la discipline de l'immobilité et des mouvements. A l'inverse de la gymnastique ordinaire qui tend à créer l'automatisme des mouvements utiles, cette méthode vise à la suppression des actes automatiques inutiles. On en trouvera ici l'exposé général, les applications particulières, ainsi que plusieurs variantes proposées depuis lors, et qui témoignent de l'intérêt qu'on a pris au principe de cette thérapeutique.

Les résultats d'ailleurs en ont été assez favorables



pour réformer l'opinion, par trop exclusive, qui présentait les tics comme une affection incurable, une manière d'être définitivement acquise et contre laquelle les moyens médicaux devaient nécessairement échouer.

Il n'y a plus désormais à nier que les tics soignés à temps puissent disparaître de façon définitive, et que la persistance dans l'emploi de ce traitement soit aussi sûrement couronnée de succès que la persistance dans le traitement de beaucoup d'autres névroses. Un préjugé difficile à déraciner est celui de l'incapacité thérapeutique en matière de maladies nerveuses. Bien loin de là; quand le médecin peut compter sur la collaboration du malade, il n'y a rien qu'il ne soit en droit d'espérer.



En terminant ces quelques mots d'introduction, il devrait nous être permis d'adresser un éloge aux auteurs; mais nous sommes tenu à une grande réserve : depuis tant d'années de collaboration, je ne distingue plus la part de MM. Henry Meige et E. Feindel de la mienne propre.

Cependant, je crois qu'à beaucoup d'égards, ils viennent de faire un livre utile.

E. BRISSAUD.



## AVERTISSEMENT

---

Notre but, en publiant ces études, est double :

D'abord, faire connaître des faits d'observation clinique ; ceux-ci garderont, quoiqu'il arrive, un intérêt documentaire.

Ensuite, tenter d'assigner aux tics une place bien déterminée parmi les très nombreuses variétés de troubles moteurs qu'engendrent les maladies nerveuses ou mentales. Dans ce but, nous avons essayé de nous affranchir de toute prévention, en nous garant cependant d'être trop éclectiques. Aussi avons-nous suivi une doctrine : celle qui nous a paru s'accorder avec la majorité des faits d'observation se trouve déjà consacrée par l'autorité de Charcot, puis par l'enseignement de M. le professeur Brissaud.

Chemin faisant, il nous a paru nécessaire de signaler plus d'un malentendu dont la persistance ne peut que retarder les progrès de la question.

Consacré par la science, depuis le xviii<sup>e</sup> siècle, le *tic* a affronté maintes fois les périls de la définition. Peu s'en



est fallu qu'il y succombât. Les uns ont élargi à l'extrême les limites de ses applications, d'autres les ont réduites; certains même l'ont détourné de son sens primitif. En sorte qu'aujourd'hui, ou bien on hésite à employer le mot de *tic*, ou bien on s'en sert inconsidérément, faute de savoir exactement ce qu'il veut dire.

« Il importe, disait Broca, que chaque chose ait un nom, que chaque chose n'ait qu'un nom, et que ce nom ne désigne qu'une seule chose. »

Le mot *tic*, — tant s'en faut, — ne remplit pas ces conditions.

Sa signification doit donc être précisée, sinon tout ce que l'on dira ou écrira sur les tics demeurera fatalement voué à la discussion. Car les discussions naissent presque toujours de malentendus, et les malentendus d'un manque de précision de certains mots. La confusion des mots entraîne la confusion des idées, et réciproquement.

Dans l'espèce, le mot *tic* est un grand coupable. Chacun l'entend à son gré et, partant, l'explique à sa manière. De là des controverses, qui, somme toute, ne sont que de regrettables quiproquos.

Sur le fond même de la question, tout le monde est bien près d'être d'accord. Les divergences d'opinion, purement superficielles, viennent de ce que les auteurs ne parlent pas tous la même langue.

Nous avons dû nécessairement adopter un vocabulaire. Mais nous avons tenu, à n'employer un mot qu'après avoir clairement indiqué le sens que nous lui attribuions.

Nos conventions verbales peuvent n'être pas universellement acceptées. Nous serons des premiers à les mettre à l'écart si l'accord se fait pour que tel autre mot désigne *unanimentement* et *uniquement* l'objet que nous avons en vue.

Si ces études parviennent à donner au mot *tic* un sens bien défini dans le langage médical, elles n'auront pas été superflues.

S'il en peut subsister quelques faits d'observations utiles à des travaux ultérieurs, nos efforts seront récompensés.

Enfin, si nous parvenons à démontrer que la réputation d'incurabilité des tics est imméritée, que l'on peut, au contraire, par une thérapeutique appropriée, atténuer toujours, parfois même guérir, ces infirmités déplorables, cette conclusion pratique suffira peut-être à justifier l'importance que nous avons attachée à ce sujet.







## Les Confidences d'un Tiqueur.

Le jour où fut dressé le plan de notre travail, il nous parut nécessaire de le faire précéder de quelques documents cliniques caractéristiques.

Avant de parler de tiqueurs, avant de donner du tic une définition, quelle qu'elle fût, n'était-il pas indispensable de montrer quel genre d'accidents et de malades nous avions en vue?.... Les exemples ne manquaient pas : nous n'avions guère que l'embarras du choix.

Or, vers la fin de l'année dernière, l'un de nous fut mis en rapport avec un tiqueur modèle, quasi schématique, véritable compendium vivant de presque toutes les variétés de tics.

Son histoire sera l'introduction naturelle la plus claire et la plus parlante à notre étude. Ce n'est ni une fiction ni une parabole, mais une observation clinique, authentique et impartiale, doublée d'une non moins sincère auto-observation.

\*  
\* \* \*

Petit-fils de tiqueur, frère de tiqueur, père de tiqueur, tiqueur lui-même, M. O... est le prototype du tiqueur.

Sa grand'mère et son grand-père étaient cousins ger-



main; ce dernier tiquait de la face et de la tête; il bégayait. Son frère bégaye; sa sœur a des tics du visage, et sa fille également. Il a un second enfant, un fils, qui de douze à dix-neuf ans, eut de violentes crises d'asthme.

C'est plus qu'il n'en faut pour confirmer l'hérédité névropathique, avec ses similitudes et ses alternances, constante chez les tiqueurs.

M. O... a cinquante-quatre ans. Il est grand, fort, bien découplé, bien musclé, remarquablement souple et alerte pour son âge. Il n'a aucune anomalie physique. Sa santé générale a toujours été bonne; il a mené une vie très active; grand amateur d'exercices corporels, il a pratiqué à peu près tous les sports; il a conservé une vigueur et une agilité au-dessus de la moyenne.

Son activité intellectuelle a été et n'a cessé d'être remarquable.

C'est vers l'âge de onze ans qu'ont apparu ses tics, qui, avec des alternatives diverses, se sont perpétués jusqu'à maintenant. Ce furent d'abord de simples grimaces du visage accompagnées de secousses de la tête.

Les tout premiers tics sont déjà lointains; cependant M. O... se rappelle exactement leur origine. Ils eurent pour point de départ l'*imitation*.

J'ai toujours éprouvé, dit M. O..., un vif besoin d'*imitation*. Enfant, et même aujourd'hui encore, si j'observe chez une personne un détail singulier, je cherche aussitôt à le reproduire, surtout s'il s'agit d'un geste, d'une attitude, d'une mimique bizarres, inusités.

Il en est de même du langage, des tournures de phrases, de la prononciation, de l'intonation. Dans ma jeunesse, j'imitais tous les acteurs en vogue, non sans succès.

A l'âge de onze ans, je me souviens d'avoir vu un jour un vieillard qui faisait une drôle de grimace des yeux et de la bouche. Je n'ai eu de répit qu'à partir du moment où j'ai



pu la reproduire exactement. Ces essais ne furent pas longs d'ailleurs. Mais le plus clair du résultat fut que, pendant plusieurs mois, je répétais la grimace du vieillard, de façon tout à fait involontaire. C'était bel et bien un tic.

A quinze ans, étant en classe, je me trouvais avec deux jeunes gens qui portaient de longs cheveux et qui, pour les rejeter en arrière, avaient pris l'habitude d'une brusque secousse de tête. Je ne me rappelle pas avoir cherché à les imiter, volontairement, comme je l'avais fait pour la grimace du vieillard. Ce qui est certain cependant, c'est que, vers cette époque, j'ai commencé aussi à secouer brusquement la tête, à peu près de la même façon. Et il est fort possible que ce soit là l'origine première d'un des tics que j'ai encore. Mais maintes causes nouvelles sont venues par la suite le raviver.

Pendant toute ma jeunesse, je fus donc un incorrigible grimacier. Cela me joua plus d'un mauvais tour.

En 1870, je m'engageai, au moment de la guerre, et j'avais déjà commencé mon instruction militaire quand notre colonel vint à changer. Celui qui le remplaçait passa une revue individuelle. En arrivant devant moi, il s'arrêta soudain et se mit à m'apostropher de la belle manière. Dame ! je ne gardais pas la position réglementaire : la tête fixe, immobile, les yeux à quinze pas. Et plus le colonel m'invectivait, plus je lui faisais de grimaces. Cela menaçait de tourner fort mal pour moi, quand notre capitaine, qui me connaissait, prit ma défense, et déclara que malgré mes grimaces, toutes involontaires, j'étais pourtant un excellent soldat. Mais le colonel ne voulut rien entendre, il me fit envoyer à l'hôpital, et, quinze jours après, j'étais, à mon vif désappointement, réformé pour « mouvements choréiformes du visage ».

Les tics de M. O... étaient alors cantonnés à la face. Ils variaient d'ailleurs, prédominant tantôt aux yeux, tantôt aux lèvres. Le nez ne fut pas épargné.

A l'âge de vingt-deux ans, M. O... se promenait un jour avec sa sœur ; il neigeait. Un flocon de neige lui entrant dans le nez, le chatouilla et le fit renifler, une fois,



deux fois, dix fois de suite. Il continua même alors que depuis longtemps la neige était fondue et que le chatouillement avait disparu. Ce fut là l'origine d'un *tic de reniflement* qui persista pendant plusieurs mois, puis cessa peu à peu.

Mais la sœur de M. O.... s'étant mise, en riant, à imiter son frère, prit aussi la même habitude, et chez elle, le tic de reniflement dure encore aujourd'hui.

Par la suite, les tics gagnèrent le *cou* et les *épaules*.

Le plus durable, le plus invétéré, qui persiste aujourd'hui encore, se traduit par un mouvement de tête assez complexe. C'est généralement une secousse brusque qui porte l'occiput en arrière et en bas, le menton pointant en avant et en haut, parfois à droite, mais plus souvent à gauche. Telle est la *forme clonique* de ce tic, la plus visible et la plus fréquente. Mais le même tic affecte aussi une *forme tonique* qui se traduit par une attitude de la tête renversée en arrière, le menton porté en avant et en l'air. Cette attitude est parfois permanente, aussi bien dans la position assise ou debout que pendant la marche.

Comme il est de règle, les tics de M. O... se produisent par *accès*, qui durent une ou plusieurs minutes, entrecoupés de périodes de repos plus ou moins complet. A certains moments, lorsqu'il est distrait ou vivement intéressé, M. O... cesse complètement de tiquer. L'instant d'après une nouvelle crise survient, généralement d'autant plus forte et plus longue que la période de repos a été plus prolongée.

Entrons maintenant dans le détail de ces tics :

M. O... a depuis longtemps un *tic de clignotement*, surtout visible pour l'œil gauche.



En dehors des contractions brusques, intermittentes, qui viennent clore l'œil complètement et plisser toute la peau du voisinage, il arrive souvent que l'œil gauche est maintenu à demi-fermé, même pendant que le reste du visage est au repos : *tic tonique de clignement*, qui parfois va jusqu'à l'occlusion complète et se prolonge souvent une minute ou plus. Il peut disparaître d'ailleurs spontanément pendant plusieurs jours.

A ces tics des paupières s'ajoutent des *tics du front* et des *sourcils*, contractions tantôt de forme clonique, tantôt de forme tonique.

Sur les causes originelles de tous ces « mouvements nerveux », M. O... nous a *spontanément* donné des renseignements tout à fait caractéristiques. Sans qu'il fut besoin de l'interroger, il est entré de lui-même dans l'analyse étiologique et pathogénique de ses tics, avec une précision et une justesse d'appréciation vraiment surprenantes.

Laissons-le donc parler : rien n'est plus instructif que cette partie de ses confidences :

Un grand nombre des mouvements de ma tête et de mon visage viennent de ce que, de temps en temps, j'aperçois le bout de mon nez ou ma moustache. Cela m'agace de voir mon nez, il me semble qu'il fait écran. Pour déplacer cet écran, je tourne ou je lève la tête; alors, je vois nettement l'objet que je vise; mais, naturellement, je revois encore mon nez à côté; de nouveau je relève ma tête ou la ramène de l'autre côté. Bien entendu, il n'y a pas de raison pour cesser ce manège. J'en reconnais l'incohérence, mais cela ne suffit pas à me retirer l'envie de recommencer à « jouer à cache-cache avec mon nez ».

C'est pour la même raison qu'à chaque instant je cligne un œil ou l'autre, ou les deux en même temps : je veux voir mon nez que pourtant je voudrais ne pas voir... Et c'est souvent aussi pour cela que j'y porte la main, comme si je pouvais, ce faisant, espérer retirer de ma vue cet obstacle illu-



soire!... — moins illusoire encore que mon geste, j'en conviens volontiers, car si je cache mon nez avec ma main, c'est ma main que je vois alors : de Charybde en Scylla!

D'ailleurs, toutes ces gesticulations, qui au début sont volontaires, se renouvellent bientôt sans que j'y fasse attention : le pli en est pris, et c'est ainsi que naissent mes tics.

Voilà donc un tic engendré par une impression visuelle, banale. Chacun de nous peut voir et voit le bout de son nez à tout instant, pourvu qu'il le veuille, mais nul ne s'attarde à le regarder lorsqu'il fixe autre chose. Notre tiqueur au contraire divise son attention entre le bout de son nez et l'objet qu'il considère. Sa volonté versatile passe alternativement d'un but à l'autre. Sa volonté débile est incapable de se concentrer uniquement, soit sur l'un, soit sur l'autre.

La répétition de l'acte engendre une *habitude* ; de volontaire qu'il était au début, le geste devient *automatique*. Le motif initial est bientôt perdu de vue ; *le mouvement se répète sans cesse et sans but*. Et le sujet inattentif, incapable de vouloir longtemps et fermement, ne fait aucun effort, ou des efforts trop fugitifs pour enrayer, inhiber son acte désormais incohérent.

Telle est en effet la genèse d'un tic. Nous allons en trouver maintes confirmations.

L'emploi d'un lorgnon devenu nécessaire avec l'âge, n'a pas peu contribué à augmenter les tics de la tête de M. O... Ce malencontreux binocle a été et est encore la cause d'une profusion de mouvements incohérents et saccadés.

Dès que j'ai mis mon lorgnon, dit M. O..., j'éprouve le besoin de le déplacer de mille manières. A chaque instant j'y porte la main pour l'enfoncer, le relever, le rapprocher de mes yeux ou l'en éloigner ; et quand je n'y touche plus, je



m'ingénie à le déplacer par de brusques secousses de la tête. Au lieu de regarder tranquillement au travers, mon œil est constamment attiré par la monture. Je cherche à la fixer, à faire coïncider un de ses points avec l'objet que je regarde, puis à varier à l'infini toutes les combinaisons qu'on peut faire de la sorte. Je veux regarder une chose et en même temps je veux regarder mon lorgnon. Si je ne vois plus la chose, je veux aussitôt la revoir. Si je vois la chose et non plus le lorgnon, c'est celui-ci que je veux revoir. Mes tics déplacent mon lorgnon, et pour replacer mon lorgnon, je fais un nouveau tic. C'est un cercle vicieux, dont l'absurdité ne m'échappe pas, dont je sais que je suis l'auteur, mais dont je ne puis m'empêcher d'être la victime.

Quand le lorgnon n'est pas sur mon nez, je joue avec le ressort, avec le cordon. Il est bien rare que je ne casse pas au moins un cordon par jour et un lorgnon par semaine. Chez moi je porte des lunettes; étant plus stables que le lorgnon, elles devraient faire que je tique moins; mais la pression des branches sur les tempes et les oreilles occasionne toute une série de mouvements nouveaux, et à chaque instant, j'éprouve le besoin de les enlever ou de les remettre.

C'est ainsi que les choses se passent, au début tout au moins, je m'en rends parfaitement compte. Et s'il en était toujours ainsi, il me semble que je pourrais y porter remède. Malheureusement, à la longue, toutes ces grimaceries se répètent *sans que j'y prenne garde, et bien malgré moi*, je voudrais les contenir, je n'en suis plus le maître. Le proverbe a raison *l'habitude est une seconde nature*.

Il y a en moi deux hommes : le tiqueur et le non tiqueur. Le premier est fils du second, c'est un enfant terrible qui cause de grands soucis à son père. Celui-ci devrait sévir, mais le plus souvent, il n'y parvient pas et reste l'esclave des caprices de sa progéniture.

Chose singulière que ce dédoublement de moi-même, qui me permet d'assister à l'éclosion et au développement de mes tics! J'en suis en même temps l'acteur et le spectateur. Et le pire est que les justes récriminations de celui-ci ne peuvent contrecarrer les débordements de celui-là.



Pareille *dissociation de la personnalité* n'est pas rare chez les tiqueurs. Tous les malades n'en font pas aussi exactement l'analyse; mais on en retrouve fréquemment les indices.

Voici encore d'autres raisons de tiquer dont M. O... a fait lui-même la remarque.

Il s'est aperçu qu'en secouant la tête, il éprouvait des petits *craquements* dans la nuque. Ces craquements existent en effet et, aujourd'hui encore, on peut les entendre à distance, mais ils sont toujours produits, en pareils cas, par un des brusques hochements de tête du malade. M. O..., lui-même en reconnaît l'origine et les conséquences :

Un jour, dit-il, en tiquant, j'ai ressenti un craquement dans la nuque. Immédiatement j'en ai conclu que j'avais dû me décrocher quelque chose; pour le vérifier, j'ai recommencé le mouvement une fois, deux fois, trois fois, sans que le craquement se reproduise, je l'ai varié de mille façons, je l'ai répété de plus en plus fort; finalement j'ai retrouvé mon craquement, et ce fut pour moi un réel plaisir, né de la satisfaction d'avoir atteint le but poursuivi, mais plaisir bientôt mitigé par la crainte d'avoir provoqué une lésion quelconque. Comme d'ailleurs le craquement n'était pas douloureux, j'ai recommencé maintes et maintes fois le même manège; chaque fois, même satisfaction à retrouver le craquement et même inquiétude sur ses conséquences. Aujourd'hui encore où cependant je devrais être édifié sur l'innocuité de ce phénomène et sur l'absurdité de cette manœuvre, je ne puis résister à l'envie de les reproduire, et je ne puis vaincre un sentiment d'inquiétude dès que je suis parvenu à mes fins.

La pathogénie d'un grand nombre de ces tics de hochement ne saurait être plus clairement exposée. On y voit nettement l'importance des phénomènes psychiques à



l'origine de la réaction motrice, comme aussi la réaction psychique qui en est la conséquence. Au début, désir impérieux d'éprouver une sensation connue; à la fin, interprétation illogique de cette sensation sous l'influence d'une tendance nosophobique.

Outre les craquements de la nuque qui sont perceptibles par autrui, M. O... accuse encore une foule de sensations bizarres dans la même région : crépitements, froissements, tiraillements, qui d'ailleurs ne sont pas douloureux, mais sur lesquels, comme précédemment, il porte une attention excessive et dont il se préoccupe plus que de raison.

Toutes ces sensations n'ont rien en elles-mêmes d'anormal. Chacun de nous peut en éprouver de semblables et les reproduire, pour peu qu'il y prête attention. Mais nous négligeons d'y prendre garde; c'est précisément tout le contraire que fait le tiqueur. Son attention essentiellement mobile et qui en tant d'occasions pêche par défaut de surveillance, se fixe soudain et sans motif plausible, sur un phénomène banal, s'y concentre et provoque ainsi la répétition d'un mouvement qui, peu à peu, dégénérera en tic. Pour peu que le sujet soit enclin aux phobies, il construit sur cette base fragile un embryon de délire, dont bien souvent d'ailleurs il reconnaît l'absurdité.

On voit par là l'importance de l'état mental dans la genèse et l'amplification d'un tic.

Et voici une autre cause de cette amplification :

J'imagine qu'un grand nombre des mouvements que nous faisons, nous autres tiqueurs, dit M. O... qui se plaît à généraliser, sont au début parfaitement volontaires et réfléchis. Ils ont pour but de détourner l'attention des tics que nous avons déjà. Nous pourrions donc parfaitement les retenir.



Mais peu à peu, nous en prenons l'habitude, tant et si bien qu'ils deviennent de nouveaux tics surajoutés au précédent. Ainsi *pour dissimuler un tic, nous en créons un nouveau.*

Certains objets deviennent pour nous de véritables *para-tics*.

Mon chapeau, par exemple, a été pendant longtemps pour moi un para-tic. Je m'imaginai qu'en le déplaçant sur ma tête, j'arrivais à cacher tous mes mouvements baroques. J'y portais la main constamment et l'agitais dans tous les sens. Il n'y a que les chapeliers qui trouvèrent à cela leur profit, car un chapeau ne me durait pas plus d'un mois à six semaines...

Les tiqueurs qui s'observent eux-mêmes avec tant de perspicacité et d'attention, sont les premiers à imaginer une foule de procédés de correction qu'ils appliquent à leurs tics.

Nous sommes, dit M. O... nos premiers médecins. Comme un tic est toujours fort désagréable, notre première idée est de chercher à l'annihiler.

Excellente intention, mais qui malheureusement fait souvent commettre au malade de nouvelles absurdités dont le tic s'aggrave davantage.

Pendant des années, M. O... avait pris l'habitude de marcher les deux mains unies derrière le dos, le corps penché en avant, la tête renversée en arrière, le menton levé. Cette habitude a engendré le *tic d'attitude* qu'on observe encore chez lui aujourd'hui. Il n'a pas tardé à s'apercevoir du ridicule de cette position; mais tandis qu'il eut été si simple de la corriger en baissant la tête, il a imaginé toute une série de procédés compliqués pour retrouver son attitude normale. Il a eu recours alors à ce qu'il appelle pittoresquement des « para-tics ».

D'abord avec sa canne, à poignée recourbée, il accrochait par devant le bord de son chapeau et tirait de façon



à abaisser sa tête : « J'avais l'air, dit-il, de me promener toujours par un temps de bourrasque!... ».

Plus tard, il modifia son procédé de correction : tenant sa canne de la main droite, il la mettait sous son menton et poussant avec ce dernier, il arrivait à baisser la tête.

Ce subterfuge paradoxal eut aussi son temps de succès. On voit qu'il mettait en œuvre des muscles dont l'action était précisément antagoniste de celle des précédents. Dans le premier cas, la canne opposait une résistance aux extenseurs de la tête ; dans le second, aux fléchisseurs. Cependant les deux procédés, — *gestes antagonistes*, — étaient également *efficaces* et demeurèrent tels tant que M. O... voulut bien leur accorder une efficacité.

L'un et l'autre, à la longue, s'épuisèrent. Alors M. O... imagina de glisser sa canne entre son vêtement et son pardessus boutonné, la pomme seule de la canne apparaissant dans l'échancrure du col ; c'est sur elle que le menton venait prendre un point d'appui. Mais dans les mouvements de la marche, à chaque instant ce point d'appui venait à manquer. Chaque fois le menton allait rechercher la canne qui de son côté allait à la rencontre du menton. Le va-et-vient perpétuel de cette canne eut même pour effet d'user plusieurs vêtements et les doublures de plusieurs pardessus. Petit méfait ; mais ces tâtonnements, ces mille chassé-croisés eurent pour plus clair résultat d'habituer M. O. à faire avec sa tête des mouvements d'oscillation, de haut en bas, de droite à gauche, qui bientôt continuèrent à se produire alors même que la canne n'était plus à proximité du menton.

Ce fut là, à n'en pas douter, une nouvelle cause de renforcement pour ses tics de la tête.

Bientôt ceux-ci devinrent persistants pendant tous les



moments de la journée. M. O... était perpétuellement en quête d'un point d'appui pour son menton. Il fallait qu'il sentît ce dernier en contact avec quelque chose. Pour lire ou pour écrire, il devait appuyer son menton sur un doigt, sur son poing, le tenir entre deux doigts, à pleine main, à deux mains même.... D'ailleurs, lorsqu'il était distrait ou absorbé par une occupation sérieuse, le besoin ne se faisait plus sentir et les mouvements de tête disparaissaient.

Un jour vint où le contact de la main ne lui parut plus suffisant pour assurer l'immobilité de sa tête. C'est alors qu'il imagina de se mettre à califourchon sur une chaise et d'appuyer son menton sur le dossier. Puis, quelque temps après, comme ce procédé avait fini son temps, ce fut son nez qu'il écrasa contre l'angle du dossier de la chaise. Chaque nouveau stratagème réussissait à merveille pendant les premiers jours, mais il ne tardait pas à perdre de son efficacité, il fallait en inventer un autre. Les tiqueurs heureusement ont l'imagination féconde, et M. O... a su varier à l'infini ses procédés de contention.

Tous ces moyens d'immobilisation perdent de leur vertu par l'usage, mais d'autres causes contribuent à les faire abandonner et l'une des principales est la douleur. Voici comment :

M. O..., à force d'appuyer, de frotter son menton ou son nez sur la pomme de sa canne ou le dossier de sa chaise, en était arrivé à produire de véritables excoriations, de petites plaies sur les régions contuses. Quand ces légères blessures devenaient douloureuses, M. O... se gardait bien de recourir à son *truc* d'immobilisation ; mais dès que celles-là devenaient indolores, il recommençait de plus belle. Si bien qu'à ce jeu, M. O... se vît bientôt pousser



sous le menton et à la racine du nez de véritables callosités, — étranges stigmates professionnels d'un tiqueur.

Ici encore le processus mental était le même :

Au début, dit M. O... je voulais ramener ma tête dans une bonne position, et ainsi, j'ai pris l'habitude d'appuyer mon menton sur quelque chose. Cette *habitude* est devenue un *besoin* de plus en plus impérieux, il *fallait que je sente* un contact. Le premier attouchement suffisait à me *satisfaire*, mais au bout d'un certain temps, il me devenait tellement familier que je cessais de m'en apercevoir; alors je remuais ma tête pour le sentir de nouveau. Nouveau mouvement, nouvelle satisfaction, mais bientôt disparue, d'ailleurs bientôt suivie d'une recherche nouvelle, et ainsi de suite. Quand j'avais épuisé toute la série des mouvements capables de varier ces sensations successives, j'augmentais la force de mes pressions, peu à peu, de plus en plus, jusqu'à « friser » la douleur. C'est ainsi que je suis arrivé, à force d'insister et pour tâcher chaque fois de *sentir plus* ou de *sentir autre chose*, à me faire pousser une bosse au menton et une autre sur le nez.

Les tiqueurs se créent ainsi des besoins factices; chez eux, l'on voit apparaître des espèces de *fonctions parasites* dont ils sont eux-mêmes les créateurs et les victimes. Le terme de *fonction* est parfaitement applicable dans ces cas et la réciprocité qui existe entre la fonction et l'organe en physiologie normale se retrouve dans ces phénomènes *fonctionnels* d'ordre pathologique.

Mais nous n'en avons pas fini avec les inventions thérapeutiques de M. O... Ce grand imaginaire ne pouvait rester à court de subterfuges pour contrecarrer les mouvements de sa tête.

Bien entendu, il a eu recours à ce procédé que l'on



retrouve dans un certain nombre de cas de torticolis mental : le *col carcan*. Voici comment opérait M. O... :

Au commencement, je portais des cols de moyenne hauteur, mais trop serrés pour pouvoir y introduire mon menton. Alors je déboutonnais ma chemise et, dans le col ouvert, je glissais le menton en baissant fortement la tête; l'effet fut satisfaisant pendant quelques jours, mais le col déboutonné n'offrait pas assez de résistance.

Alors j'achetai des cols beaucoup plus hauts, de véritables *carcans*, où j'enfouissais mon menton, si bien qu'il ne pouvait plus tourner ni à droite ni à gauche. Ce fut parfait..., — mais pendant quelque temps. Si empesés qu'ils fussent, les cols finissaient toujours par céder, et au bout d'une heure ou deux, ils avaient un aspect lamentable...

Il fallut inventer autre chose, et c'est alors que me vint cette idée saugrenue : aux boutons de bretelles de mon pantalon, j'attachai une ficelle qui, passant sous mon gilet, se terminait en haut par une petite plaque d'ivoire que je serrai entre mes dents. La longueur de la ficelle était calculée de façon que pour saisir la plaque je fusse obligé de baisser la tête. Excellent truc!.. mais toujours pour un temps, car, outre que cette position était aussi inconmode que ridicule, à force de tirer sur mon pantalon, j'en arrivais à le remonter à droite d'une façon vraiment grotesque et fort gênante.

Il me fallut renoncer à cette belle invention. Cependant, j'ai toujours conservé un faible pour le principe de cette méthode, et aujourd'hui encore, il m'arrive souvent quand je suis dans la rue, de saisir entre mes dents le col de mon veston ou de mon pardessus et de déambuler de la sorte. J'ai rongé de cette façon plus d'un parement. Chez moi, je varie un peu : je me hâte de défaire ma cravate, je déboutonne mon col de chemise et j'opère de même en mordant ce dernier.

L'attitude de la tête renversée en arrière, le nez en l'air, adoptée par M. O... a eu encore d'autres conséquences :

Il semble bien qu'elle lui ait fait oublier comment on baisse les yeux et la tête.



Je ne vois plus mes pieds, dit-il, et souvent il m'arrive de buter en marchant, faute de regarder où je marche. Je sais bien que pour parer à cet inconvénient je n'aurais qu'à baisser les yeux ou la tête, mais c'est précisément ce que je n'arrive pas à faire.

Bien que tous les mouvements des yeux se fassent correctement, cependant M. O... éprouve de la difficulté à diriger son regard vers le bas. Lorsqu'on le fait lire, la tête restant droite, en tenant devant lui un livre, soit en haut, soit en bas, dans ce dernier cas, la lecture est plus difficile et devient même impossible au bout de peu de temps. D'ailleurs on ne peut constater la moindre parésie des mouvements du globe oculaire ; c'est plutôt comme une sorte d'appréhension à baisser les yeux. Par contre, et ainsi que nous l'avons déjà observé un certain nombre de fois, les mouvements d'élévation de la tête s'accompagnent d'un mouvement d'élévation du globe oculaire. Cette synergie fonctionnelle mérite d'être remarquée.

Là ne se bornent pas les tics de M. O...

Il a eu aussi un *tic des épaules*. Tantôt, il les haussait simultanément, tantôt l'une après l'autre, ou bien les projetait en avant, puis en arrière, le tout accompagné de petits mouvements d'écartement des bras. A force de répéter ce jeu, il est arrivé à pouvoir produire, dans les articulations de ses deux épaules, un bruit particulier assez fort pour être entendu à distance. Ce bruit, né d'un tic, fut comme précédemment une cause excellente de répétition de ce tic, et, comme précédemment encore, devint un besoin impérieux, qui, une fois satisfait, était suivi des mêmes inquiétudes. Aujourd'hui, le tic des épaules a disparu, le besoin de les entendre craquer ne se fait plus sentir, le craquement lui-même, que M. O... est encore capable de reproduire, si on l'en prie, a cessé de



le préoccuper. Il ne le considère plus que comme un « petit talent de société » sans signification morbide et nullement dangereux, analogue à la subluxation volontaire du pouce ou aux bruits singuliers que peuvent réaliser volontairement certaines personnes en manière de divertissement.

M. O... a eu aussi un *tic de la jambe* qui a duré plusieurs mois. Debout ou en marchant, il frappait sa cheville gauche avec son talon droit :

Un pantalon ne me durait pas huit jours, et j'en ai fait à cette époque une consommation invraisemblable. Bien plus, j'en étais arrivé à me faire une blessure à la cheville gauche, saignante et douloureuse. Quand la plaie me faisait trop mal, je m'abstenais bien de tiquer, mais dès qu'elle devenait indolore, je recommençais de nouveau, allant volontairement à la recherche de la douleur, et satisfait lorsque je l'avais provoquée.

Chez M. O... l'action inhibitrice de la volonté sur les tics est manifeste.

Lorsqu'il est en présence d'une personne à laquelle il veut dissimuler ses tics, il est capable de ne plus tiquer du tout, et souvent pendant une heure ou deux.

S'il est lancé dans une conversation d'affaires importante ou sur un sujet sérieux qui l'intéresse fort, il cesse de tiquer complètement.

Mais l'envie de tiquer ne tarde pas à reparaitre. M. O... peut en général réfréner cette envie jusqu'à la fin de l'entrevue. D'autres fois cependant le besoin devient tellement impérieux qu'il invente n'importe quel prétexte pour sortir, ne fut-ce qu'un instant. Alors, dès qu'il est seul, il s'en donne à cœur joie ; tous ses tics se déclanchent : c'est une véritable débauche de gesticulations absurdes, dévergondage moteur dont le malade se trouve soulagé. Il rentre et reprend posément la conversation interrompue.



Le pouvoir frénateur de l'attention et de la volonté se manifeste aussi à l'occasion de certains exercices et de certains jeux.

M. O... fait de la bicyclette. Bien qu'il l'ait appris sur le tard, cet exercice lui est devenu assez familier pour qu'il n'ait plus à se préoccuper de conserver son équilibre. Équilibre et mouvements sont devenus rapidement, selon la règle, automatiques. A ses débuts, M. O... ne tiquait pas à bicyclette, car il concentrait toute son attention sur les mouvements des mains et des pieds, nécessaires à la progression. Aujourd'hui, il tique peu sur le mode clo-nique, mais il se permet l'attitude de la tête renversée en arrière, le menton en haut et en avant, qu'il affectionne en toutes circonstances.

Lorsque M. O... joue au billard, — et il y est fort adroit, — jamais ses tics ne viennent contrecarrer son jeu, mais dans les intervalles, il tique.

M. O... aime l'escrime. Dès qu'il se met en garde, il conserve une parfaite immobilité, surtout s'il fait assaut et s'il se passionne dans la lutte. Lorsqu'il « prend la leçon », qui le captive moins, il tique de temps à autre.

M. O... s'est beaucoup adonné au canotage. Jamais il ne tiquait en ramant, mais il tiquait pendant les repos.

M. O... est un passionné de la pêche à la ligne. Il se garde bien de tiquer quand le poisson mord; il reste même fort longtemps entièrement immobile lorsqu'il prévoit une capture importante; ses tics ne l'empêchent pas de préparer ses amorces avec la plus grande minutie. Mais il tique lorsqu'il n'est plus captivé par la perspective de la prise prochaine, ou quand « ça ne mord pas ».

Pendant le *sommeil*, tous les tics de M. O... disparaissent, le fait est confirmé par son entourage. La position horizontale, qui autrefois suffisait à les empêcher, ne



suffit plus maintenant. Le soir dans son lit, avant de s'endormir, il passe fort longtemps à chercher une bonne posture. Les frôlements de sa tête sur l'oreiller ou les draps, le bruit du crin de l'oreiller, l'agacent, l'exaspèrent; il se tourne en tous les sens afin de les éviter; mais s'il ne sent ou n'entend plus rien, il se retourne encore pour sentir ou entendre quelque chose. Il en est arrivé à choisir une position singulière, parce qu'elle lui a semblé la plus efficace pour arrêter ses tics : il se couche sur le côté, tout à fait au bord du lit, et laisse pendre sa tête dans le vide.....

Son sommeil est irrégulier; mais, qu'il dorme bien ou mal, cela ne paraît pas avoir d'influence sur ses tics du lendemain. Au réveil, il est généralement plus calme, à moins qu'il n'ait quelque contrariété.

La série n'est pas épuisée :

M. O... a encore *un tic de la mâchoire inférieure*. Il exécute toutes sortes de mouvements de propulsion et de diduction, recherchant particulièrement les bruits qui se produisent dans l'articulation temporo-maxillaire. Ce fut pendant un temps une source inépuisable de satisfactions. Les mains venaient souvent à la rescousse pour provoquer des espèces de subluxations, et pour entrer en lutte avec les muscles masticateurs.

Puis ce fut un *tic de morsure* : un jour, M. O... s'aperçut qu'il avait sur la face interne des joues, deux plaques noires qui l'effrayèrent fort. Il en fit part à sa sœur, tiqueuse elle aussi, qui le rassura en lui disant qu'elle avait eu le même accident, simple conséquence de morsures réitérées de la muqueuse buccale. « Et c'était vrai, ajoute M. O..., je me mordais les joues jusqu'au sang, sans m'en apercevoir. »



Ce n'est pas d'ailleurs son seul tic de morsure.

Autrefois, un crayon, un porte-plume en bois ne lui duraient pas vingt-quatre heures : il avait vite fait de les broyer d'un bout à l'autre. De même pour les manches de cannes ou de parapluies : il en faisait une consommation extraordinaire.

Afin de remédier à cet inconvénient, il eut la malencontreuse idée de se servir de porteplumes en métal et de cannes à pommes d'argent. Le résultat fut lamentable : il ne mordit que de plus belle, et comme il ne pouvait entamer le fer ni l'argent, il ébrécha bientôt toutes ses dents. Un petit abcès étant survenu, l'agacement produit par la douleur fut une nouvelle cause de méfaits. M. O... prit l'habitude d'ébranler ses dents avec ses doigts, ses porteplumes ou sa canne ; il fut obligé de se faire arracher successivement toutes les incisives, puis les canines, et jusqu'aux premières molaires.

Alors, il se fit faire un râtelier : nouveau prétexte à tic. Avec sa langue, avec ses lèvres, M. O... déplace perpétuellement l'appareil, l'avance, le recule, le porte à droite, à gauche, le tourne et le retourne dans sa bouche, au risque de l'avaler !... Fort heureusement cet accident ne lui est pas arrivé, mais il a déjà cassé un grand nombre de dentiers, et des plus solides.

Parfois, dit-il, l'envie me prend de retirer mon râtelier, envie aussi impérieuse qu'absurde. Et je suis l'homme le plus malheureux du monde si je ne puis satisfaire ce caprice obsédant. J'imagine les prétextes les plus subtils pour m'isoler, ne fût-ce qu'un instant ; alors je retire l'appareil ; je le remets d'ailleurs aussitôt, et je suis satisfait.

Exemple démonstratif de l'étroite affinité du tic et de l'obsession.

M. O... a un nombre infini de *tics de grattage*.



A tout propos, il passe sa main sur sa figure ou gratte avec un doigt son nez, le coin de l'œil, l'oreille, le front, la joue, etc. Ou bien il passe brusquement sa main sur ses cheveux, ou bien il tortille fiévreusement sa moustache, la tire, la casse, l'arrache, si bien qu'à certains jours elle semble avoir été coupée au ciseau.

M. O... ne s'est jamais rongé les ongles avec les dents, mais à chaque instant il fait craquer ses ongles contre ses bagues.

M. O... a aussi un *tic phonatoire* qui a débuté vers l'âge de quinze ans.

Il était au collège, et en apprenant ses leçons, il émaillait ses récitations mentales de petits bruits expiratoires, doux, brefs et répétés, qui reparaissent encore parfois aujourd'hui dans les grandes explosions de tics. M. O... donne lui-même l'explication pathogénique de ce tic de « gloussement. »

Nous autres tiqueurs, dit-il, nous avons un désir immodéré du fruit défendu : c'est surtout lorsqu'il faudrait se tenir tranquilles que le besoin nous prend de nous agiter, c'est quand il faut observer le silence que nous avons envie de parler. Or, quand on apprend mentalement une leçon, on s'impose ou l'on vous impose le silence. Naturellement, cette défense exaspère l'envie de parler, et comme il est défendu de le faire, on cherche à tourner la difficulté en produisant un bruit qui ne soit pas une parole. C'est ainsi que j'ai inventé mon gloussement.

Et puis, ajoute-t-il, il y a autre chose : nous, tiqueurs, nous n'aimons pas le silence, nous avons l'*horreur du néant*. Alors nous le remplissons comme nous pouvons. Sans doute il y aurait bien d'autres moyens : celui de parler haut par exemple, mais c'est trop simple, ce ne serait plus tiquer, cela ne satisferait pas. Glousser, grogner, au contraire,.... voilà un tic vraiment soulageant!



De ces explications, il ne faut pas sourire, car elles sont conformes à l'observation clinique et à l'état mental des tiqueurs. La *peur du silence* n'est qu'une variété de *phobie*, comparable à la peur des espaces, à l'agoraphobie.

Quant à ce que M. O... raconte de l'origine de son tic de gloussement, cela démontre une fois de plus la réalité de l'*état mental infantile* des tiqueurs. N'est-ce pas le propre des enfants, des enfants gâtés surtout, que de vouloir faire précisément ce qu'on leur interdit, au moment même où on leur défend la chose ?

Nous aurons plus d'une fois à constater cet état d'esprit, ce besoin de contradiction, de résistance, si fréquent chez les enfants mal élevés, dont la réflexion et la raison arrivent à triompher avec l'âge chez les sujets normaux, mais qui persiste au contraire chez les tiqueurs malgré la marche des années. Si bien que par maints côtés de leur caractère, ils semblent n'être que de *grands enfants*.

M. O... n'a jamais été écholalique ni coprolalique, au vrai sens du mot. Sans doute il lui arrive de laisser échapper dans ses propos des expressions peu châtiées ; mais jamais, lorsqu'il est tenu de s'observer, il n'a éprouvé le besoin irrésistible de lâcher un gros mot. Il existe cependant chez lui comme une forme fruste de *coprolalie* qui se traduit par le besoin de prononcer des mots d'argot. Il s'en excuse chaque fois ; mais « c'est plus fort que moi, dit-il ; quand ces mots se présentent à mon esprit, il faut que je les dise. C'est un soulagement. »

Cette tendance coprolalique s'observe d'ailleurs chez un assez grand nombre d'individus. Beaucoup, sans avoir l'état mental des tiqueurs, ont en germe ce besoin d'émailler leur langage de termes qu'ils savent perti-



nemment déplacés, mais dont la vulgarité même les attire comme un fruit défendu, dans les moments mêmes où ils savent que leur emploi serait répréhensible. La réflexion, les habitudes de bonne tenue suffisent en général à refréner ces tentations. Mais chez les sujets à volonté déséquilibrée, la répression n'arrive pas toujours à point, et le mot malsonnant est souvent déjà prononcé quand se manifeste la réaction inhibitrice.

Encore quelques détails d'observation qui montreront bien la grande analogie des tics avec les phénomènes de l'obsession : l'impériosité du besoin, l'irrésistibilité de l'acte et la satisfaction qui succède à son exécution.

M. O... est grand fumeur de cigarettes. Pour lui, comme pour beaucoup de fumeurs, le besoin de fumer est extrêmement impérieux. Ce besoin n'est pas commandé uniquement par le désir d'éprouver les effets du toxique; ce que les fumeurs tels que M. O... recherchent, c'est l'ensemble des sensations que procure l'acte de fumer : c'est le bruissement du tabac dans le papier, c'est le crépitement de l'allumette, c'est la vue de la volute de fumée, c'est son odeur, c'est le picotement de la gorge et du nez, le contact de la cigarette entre les doigts, entre les lèvres, etc., etc., bref toute une série de sensations visuelles, auditives, olfactives, tactiles, dont la répétition habituelle font peu à peu de l'acte de fumer un acte automatique qui offre plus d'une analogie avec les tics. Ainsi se crée une véritable *fonction parasite* dont la suppression entraîne un malaise souvent fort pénible. Chez les déséquilibrés, à volonté débile, le besoin de fumer prend une acuité extrême. L'impossibilité de le satisfaire cause une angoisse des plus vives. L'idée que



fumer n'est pas possible est encore plus cruelle que l'impossibilité matérielle de fumer.

Ainsi M. O... lorsqu'il peut fumer, allume cigarettes sur cigarettes, dont il ne tire d'ailleurs que quelques bouffées, les rejetant presque entières, les oubliant en maintes places. Plus il répète le geste du fumeur, plus il est satisfait. Peu lui importe la dose du toxique.

Et lorsqu'il est empêché de fumer, il en souffre si vivement que, comme pour ses autres tics, il prétexte mille raisons plus ou moins plausibles pour arriver à satisfaire son besoin obsédant.

De même qu'il a toujours été grand fumeur, M. O... fut aussi, mais a cessé d'être, grand buveur.

Ici encore, le désir d'éprouver les effets du poison fut médiocre ; mais impérieux fut celui de répéter le geste du buveur et de renouveler les sensations multiples qui l'accompagnent. Ce fut plutôt, en somme, une phase de *dipsomanie*, qu'une période d'alcoolisme, car toutes les boissons semblèrent bonnes pour satisfaire ce besoin obsédant. Il a, du reste, disparu, sous la menace de quelques symptômes d'alcoolisme, avertissement salutaire qui a réveillé le pouvoir inhibiteur de la volonté et a permis à celle-ci de refréner une habitude motrice, sensitive et sensorielle, qui tendait à s'invétérer.

Dans le domaine sensitif, M. O... ne présente aucun trouble objectif de la sensibilité. Il perçoit normalement le tact, la douleur, la température ; tous ses sens sont normaux. Mais il accuse toute une série de *sensations* gênantes ou douloureuses. Nous avons déjà parlé de ses « craquements de la nuque », qui d'ailleurs, il l'avoue lui-même, sont plus gênants que douloureux.

Il n'en est pas de même de certaines douleurs abdomi-



nales dont M. O... se plaint vivement. Ces douleurs surviennent surtout le soir; une heure environ après s'être couché, il éprouve dans la région abdominale et dans les reins, remontant jusqu'aux omoplates, des sensations douloureuses extrêmement vives qui l'obligent à se lever; il marche alors quelque temps dans sa chambre, s'assoit sur un siège, puis sur un autre, fait encore quelques tours; enfin, cela se calme, il se couche et s'endort.

Pendant ces crises, le ventre n'est pas ballonné; il n'est pas douloureux à la pression. Il n'y a pas d'évacuation de gaz ni de matières. L'intestin fonctionne d'ailleurs normalement.

Ces douleurs surviennent par périodes de plusieurs jours successifs, puis disparaissent brusquement. C'est ainsi qu'une fois, ces crises duraient depuis plusieurs jours, lorsque M. O... dut s'embarquer pour l'Angleterre. « A peine avais-je mis le pied sur le bateau, dit-il, que mes douleurs, qui en ce temps-là étaient nuit et jour presque continuelles, cessèrent comme par enchantement. Pendant tout mon voyage et plusieurs mois après je me portai à merveille. »

Quelquefois, ces mêmes crises se répètent aussi dans la journée. Nous en avons eu deux fois le spectacle. M. O... semble souffrir atrocement, comme s'il était en proie à de violentes coliques; mais ce qui dramatise surtout ces accès, c'est la mimique exubérante du malade. Il se tortille sur sa chaise, déboutonne tous ses vêtements, retire sa cravate, son faux-col, comprime son ventre avec ses mains, gémit, pousse des soupirs, éclate en sanglots, fait mine de se pâmer. Il souffre, ce n'est pas douteux; mais souffre-t-il autant que l'expriment ses gestes et ses paroles?



Ces manifestations excessives ne sont pas celles d'un homme de son âge ; il répond à la douleur comme un enfant nerveux et mal élevé. Il se rend compte d'ailleurs de sa faiblesse, il s'en excuse et s'en montre humilié ; mais il ne sait pas mieux se contenir en pareil cas qu'il ne sait refréner ses tics ordinaires.

Du reste ces derniers se déchaînent librement au cours de ces accès : « C'est le grand jeu ! », dit plaisamment M. O...

Ces crises douloureuses disparaissent brusquement. Tout d'un coup, le malade s'écrie : « C'est fini ! » Son visage se rassérène, il répare le désordre de ses vêtements et se met à causer avec tranquillité.

M. O... se plaint de ressentir parfois, sur le bord cubital de la main droite et dans les deux derniers doigts, une sorte d'*engourdissement*. Il donne lui-même une explication plausible de ce phénomène. Pour maintenir sa tête, il appuie fréquemment son coude sur un meuble, et déplace constamment ce coude pour varier ses moyens de contention.

Quoiqu'il en soit de cette explication, il ne faut pas négliger de remarquer les analogies du phénomène avec certaines *auras* sensitives. Et l'on peut y voir un indice d'une irritabilité particulière de l'écorce cérébrale.

Les *réflexes* ont été examinés à diverses reprises. Ceux des membres supérieurs, poignet, coude, sont normaux et égaux des deux côtés. Les pupilles sont égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de signe de Romberg. Mais les réflexes patellaires sont très paresseux ; un jour même, il a été impossible de les obtenir. Quelques jours plus tard, ils avaient reparu, mais toujours peu accusés.



Ce dernier signe nous fit rechercher s'il n'existait pas d'autres indices d'affections cérébro-spinales : enquête négative. Un seul fait mérite d'être rapproché de la paresse des réflexes patellaires, c'est une tendance à marcher les genoux légèrement fléchis, et, par instant, tantôt avec une sorte de talonnement, tantôt avec les pieds traînant un peu sur le sol.

Somme toute, rien de significatif. Mais dans l'examen somatique d'un tiqueur, il importe de ne laisser passer inaperçu aucun signe, si fugace qu'il soit, si insignifiant qu'il puisse paraître. C'est par une observation méticuleuse des phénomènes physiques qu'on peut espérer parvenir à préciser les caractères et à élucider la nature de l'affection.

Ces enquêtes approfondies sont d'ailleurs indispensables pour le diagnostic, et non moins importantes au point de vue du pronostic et du traitement. Elles doivent porter non seulement sur l'état physique, mais encore sur l'état mental, dont la connaissance approfondie est d'une nécessité absolue.

\*  
\* \*

Avec une spontanéité et une franchise parfaites, et toujours avec le même sens très judicieux d'analyse, M. O... nous a décrit son état mental. Il en parle non sans plaisir, car il aime à s'entendre parler, petite faiblesse dont il est d'ailleurs le premier à s'accuser. Rien n'est plus exact ni plus instructif que cette auto-observation psychologique.

Dans mon enfance, dit-il, où je fus très gâté, j'ai toujours été dans ce qu'on peut appeler une honnête moyenne.

Au lycée, je n'étais fort ni faible en aucune matière,



lettres ou sciences; je ne fus pas un cancre, mais jamais je n'ai pu devenir un élève brillant.

Il en est de même pour tous les jeux et tous les arts d'agrément. J'ai tout fait, bien, jamais très bien. J'ai pratiqué tous les sports avec une égale adresse, sans me perfectionner dans aucun. J'ai appris à chanter, à jouer de tous les instruments, à dessiner, à peindre, avec une facilité merveilleuse; mais je suis incapable de me distinguer en quoi que ce soit.

Je m'assimile les choses avec une aisance remarquable, et chaque nouvelle étude, chaque nouveau jeu me passionne au début, exagérément; mais je m'en lasse toujours très vite, et quand j'ai entrepris quelque nouveau travail, fût-ce avec frénésie, il ne tarde guère à me devenir indifférent, bientôt même à me déplaire. Du nouveau!... Il me faudrait toujours du nouveau. Je ne fais bien que ce qui m'amuse; ce qui m'ennuie, je le fais mal,.... ou je ne le fais pas. Un tiqueur, j'imagine, est toujours fait ainsi : ondoyant et divers.

Cette versatilité qui prédomine dans le fonds de l'état mental de M. O... ne l'a pas empêché de mener à bien ses affaires. Il a créé et dirigé, il dirige et crée encore des entreprises commerciales importantes, qui ont nécessité surtout de l'initiative, de l'à-propos, de la décision, où il lui a fallu beaucoup payer de sa personne et où il a su se montrer à la fois, perspicace, audacieux, sans commettre d'imprudences.

D'esprit très vif, très primesautier, il a principalement le « flair » des opérations qu'il faut réaliser à brève échéance. Il en envisage instantanément la portée et passe aussitôt à l'exécution. Cette hardiesse et cette promptitude dans la décision lui ont rendu de réels services. Malgré quelques succès passagers inévitables dans les affaires, M. O... n'a eu, en somme, qu'à se louer des résultats obtenus, et a su s'assurer une situation aisée et prospère.

D'ailleurs, il n'hésite pas davantage à abandonner



brusquement une entreprise, le jour où il en entrevoit les dangers, et il n'est jamais pris de court, car s'il saisit vite les avantages, il dépiste avec une égale sagacité tous les inconvénients.

L'impulsivité et l'extrême mobilité de son esprit apparaissent dans tous ses actes; elles sont tempérées par une propension singulière à plaider presque simultanément le pour et le contre. M. O... éprouve en effet un besoin d'analyse et de critique poussé à l'extrême. Il est, au plus haut point, *introspecteur*.

En toute chose, dit-il, je « cherche la petite bête ». Dès que j'éprouve un plaisir, je m'ingénie à trouver ce qu'il pourrait avoir de dangereux ou de répréhensible. Une personne me produit une impression agréable : je me mets martel en tête pour lui découvrir des défauts. Un objet me semble-t-il joli? je n'ai de trêve que quand j'ai pu lui trouver quelque défaut. Bref, pour tout ce qui me plaît, je m'entête à savoir comment cela pourrait me déplaire. Je suis vite satisfait, mais je suis toujours mécontent. Je reconnais d'ailleurs la parfaite absurdité de ces antinomies dont je suis moi-même l'auteur et la victime, car je *souffre* pendant que durent mes réflexions. Mais j'éprouve une réelle *satisfaction* lorsque je suis arrivé à mes fins.

Le fond de mon caractère, ajoute-t-il, est extrêmement gai. J'adore la plaisanterie; tout est pour moi sujet de rire, et, bien que je ne me réjouisse jamais sans voir en même temps le revers de la médaille, je suis plutôt jovial et exubérant..... Bref, conclut-il en riant, je suis un joyeux tiqueur!...

Je suis *moqueur*, et je suis *taquin* à l'extrême. Rien ne peut m'empêcher de me gausser de quelqu'un et de lui lancer des épigrammes. J'y prends un plaisir singulier, et je dépasse parfois la mesure, encore que je me rende très bien compte que je vais souvent trop loin.

Je ne suis pas peureux et je ne crains personne. J'ai vu maintes fois de près le danger sans en éprouver de terreur. Par contre, des niaiseries me causent de cruelles appréhen-



sions. Tour à tour audacieux et pusillanime, je ne puis mieux me définir qu'en disant : je suis un *poltron téméraire*.

Jusqu'à l'âge de dix-huit ans, j'avais une peur absurde de dormir dans l'obscurité. Lorsque je me suis engagé, au moment de la guerre, ma principale préoccupation fut de penser que je pourrais être obligé de dormir dans une chambre privée de lumière. Cette perspective me tourmentait infiniment plus que celle de recevoir une balle. Aussi la première nuit que je passai à la caserne, je ne me couchai point, et je jouai aux cartes jusqu'au jour avec des camarades. Le lendemain soir, même terreur; je me préparais encore à passer une nuit blanche, mais le sommeil m'abattit sur mon lit, et je me réveillai le lendemain, ayant parfaitement dormi sans lumière. De ce jour disparut ma peur de l'obscurité.

Par la suite, d'autres *phobies* sont survenues dont nous reparlerons plus loin.

Poursuivant son portrait psychique, M. O... continue sa confession :

Il faut bien l'avouer, je suis rempli d'amour-propre, et extrêmement sensible aux compliments, comme aux blâmes. Je recherche les louanges, je souffre cruellement de l'indifférence ou de la raillerie.

Dans mes tics, ce qui m'est peut-être le plus insupportable, c'est la pensée que je suis profondément ridicule et que tout le monde se moque de moi. Aux gens que je croise dans la rue, à ceux que je rencontre dans un omnibus, je trouve toujours un regard singulier, railleur ou apitoyé, qui m'humilie ou qui m'irrite. Je me rends parfaitement compte de ce qu'il y a d'excessif dans cette interprétation; mais, nous autres tiqueurs, nous avons un amour-propre ridicule. Nous sommes *orgueilleux*; toujours la même contradiction : nous ne voudrions pas qu'on nous regarde, et nous voudrions pourtant être regardés. Il nous déplaît qu'on nous plaigne, il nous est atroce de penser que l'on rit de nous. Aussi cherchons-nous, par tous les procédés possibles, à dissimuler notre infirmité. Neuf fois sur dix, nos efforts n'aboutissent qu'à la rendre encore plus apparente, car, pour cacher un tic,



nous en exhibons un nouveau, par où s'accroît notre ridicule, comme notre maladie.

*L'instabilité mentale* se manifeste chez M. O... dans son discours et dans ses écrits. Dans la conversation, il ne parle qu'à bâtons rompus, sautant à chaque instant d'une idée à une autre, s'interrompant lui-même à tout propos pour repartir sur une nouvelle piste. Ce décousu n'est pourtant pas sans charmes, car il entraîne des associations d'idées pittoresques ou amusantes. Dans son langage, un mot, par l'idée qu'il renferme, évoque brusquement une autre idée. La première n'est pas exprimée que déjà il voudrait exprimer la seconde, ou même une troisième, une quatrième, qui germent instantanément. Pour chacune de ces idées un mot se présente à l'esprit, et comme le temps matériel manque pour l'élocution de tous ces mots, notre homme se contente d'en dire quelques-uns dans le nombre. De là des ellipses, souvent obscures, mais qui parfois donnent naissance à des images séduisantes par leur imprévu.

Dans l'écriture on observe un phénomène analogue.

Il m'est arrivé maintes fois, raconte M. O..., de commencer une lettre d'affaires, sur le ton correct qui convient, puis, peu à peu, me laissant entraîner par les idées de toutes sortes qui se présentaient à mon esprit, je perdais de vue le but de ma lettre, j'entrais dans des détails parfaitement superflus. Et, pis encore, s'il s'agissait d'une affaire délicate ou surtout ennuyeuse, mon impatience, l'agacement que j'éprouvais, ne tardaient pas à se traduire par des phrases très vives, des reproches, des invectives violentes... A ce point, qu'après avoir relu la lettre, je n'avais plus qu'à la déchirer. Les dangers de mon impolitesse me sautaient aux yeux, et cependant quelques minutes avant, entraîné par l'enchaînement des idées, j'étais incapable d'apprécier et de refréner cet excès.

M. Régis a signalé des *impulsions graphiques* de ce genre.



Aussi, pour plus de sûreté, M. O... avait-il pris l'habitude de faire relire sa correspondance par son associé.

Chose singulière, si le fond des écrits se ressentait de l'instabilité et de l'impatience de l'écrivain, la forme des caractères graphiques était et est restée impeccable. M. O... a une écriture « commerciale », parfaitement lisible, presque calligraphiée, dont les caractères graphologiques n'ont rien de bien significatif. Tout au plus y trouve-t-on l'indice d'une certaine agitation de l'esprit et une certaine tendance aux gestes inutiles, dans les fioritures des majuscules et des finales des mots, ce qui est très fréquent d'ailleurs dans toutes les écritures commerciales ou administratives. Mais tous les caractères sont fort bien tracés, l'accentuation et la ponctuation sont remarquablement complètes, les lignes sont droites et bien horizontales.

Depuis que ses tics de la tête sont devenus plus impérieux, M. O... ne peut écrire qu'avec de grandes difficultés. Il a imaginé successivement toutes les positions possibles pour se « caler la tête », se couchant sur son papier, se renversant en arrière, appuyant son menton sur sa main, inclinant son corps, tantôt à droite, tantôt à gauche. Enfin, ces derniers temps, il a inventé de se mettre à califourchon sur une chaise, le menton ou le nez reposant sur le dossier; de la sorte il arrive à écrire les lettres indispensables.

Il en est de même pour la lecture. Aussi M. O... lit-il très peu. Cependant, lorsque le sujet l'intéresse vivement, ses tics diminuent toujours. La concentration de l'attention empêche l'éparpillement des actes musculaires.

En toutes choses, M. O... est extrêmement *impatient*. Chez lui, l'acte suit de si près la pensée qu'il semble souvent la devancer. C'est, au premier chef, un *impulsif*.



Dans sa précipitation, il se heurte à tout ce qui l'entoure ou bien il choque les objets qu'il tient à la main, non qu'il ait mauvaise vue, ni que ses gestes soit incoordonnés, mais il a toujours hâte d'en finir.

Et puis, dit-il, tout en reconnaissant que ma précipitation est absurde, tout en voyant très bien les obstacles qui m'entourent, tout en sachant qu'il peut être dangereux de m'y heurter, j'éprouve comme une attraction singulière, comme un besoin paradoxal de faire précisément ce qu'il ne faudrait pas faire. *Dans la même seconde, je veux ce que je ne veux pas.* Ainsi, si j'ai à franchir une porte, inmanquablement je me heurte aux chambranles, précisément parce que je ne voudrais pas m'y heurter.

Il est impatient de parler. Il parle avec volubilité, négligeant souvent de finir ses phrases, ou coupant la parole à son interlocuteur. Lorsqu'il a une idée, il faut absolument qu'il en fasse part. Aussi n'écoute-t-il pas volontiers.

Souvent, le mot qui correspond à l'idée ne se présente pas assez vite. M. O... n'hésite pas : il crée instantanément un néologisme, baroque, incorrect, parfois amusant : les *paratics*, les *vertigos*, etc. ; et quand le mot lui plaît, il l'adopte, l'introduit dans son vocabulaire, où désormais ce mot reparaitra à la place du terme propre qu'il n'a pas pris le temps de chercher.

Il est impatient d'écrire.

Bien que son écriture reste des plus correctes, s'il commence une lettre, sa main, au bout de quelques lignes, ne va plus assez vite. Si bien qu'il a renoncé à faire sa correspondance et qu'il a pris le parti de la dicter. Mais ici, nouvelle cause d'impatience, le secrétaire n'écrit jamais assez rapidement.

Dans tous les actes de la vie, cette impatience se manifeste. M. O... ne sait pas attendre. A table, il s'exaspère



au moindre retard dans le service. S'il donne un ordre, il veut qu'il soit exécuté précipitamment. S'il va faire une course, il n'est pas plus tôt parti qu'il voudrait être arrivé.

Et chaque fois qu'il rencontre quelque obstacle, quelque difficulté, son impatience s'exagère encore; il s'irrite, s'emporte, entre dans de violentes colères; son langage devient véhément, brutal même; ses gestes sont de plus en plus vifs et menaçants :

Alors, dit-il, j'éprouve une furieuse *envie de frapper*. Tous mes tics se déchainent, mais j'ai beau leur donner libre cours, cela ne me satisfait pas. Il me faudrait taper, cogner de toutes mes forces....

Aussi, dans sa jeunesse, M. O... était-il volontiers querelleur et batailleur. Il avait, comme on dit, la tête près du bonnet et le poing leste.

Avec de telles propensions impulsives, il n'est pas étonnant de retrouver chez M. O... l'ébauche d'*idées de suicide* et d'*idées d'homicide*.

Bien des fois, dit-il, il m'est venu de mauvaises pensées; au moment où mes tics faisaient rage, je songeais à me débarrasser de la vie. Deux ou trois fois même, j'ai mis la main sur mon revolver... La raison heureusement l'a emporté. Des souvenirs religieux et la pensée de mes enfants m'ont arrêté à temps.

Les idées de suicide s'observent en effet parfois chez les tiqueurs, mais elles avortent rapidement. La volonté est trop débile et trop instable pour aller jusqu'à leur réalisation. Si vive que soit l'impulsion, elle n'est jamais assez intense pour empêcher complètement l'action des idées frénatrices. D'ailleurs, elle s'éteint aussitôt allumée. Aussi les tiqueurs parlent-ils souvent de se tuer, mais ne se suicident guère qu'en paroles.



Il en est de même de leurs tendances homicides. Elles avortent dans l'œuf. M. O... confesse avoir eu quelquefois des vellétés meurtrières, bouffées éphémères, aussi vite dissipées qu'elles étaient survenues.

Sous le nom de *vertigos*, M. O... désigne toute une série de petites *manies* ou de *craintes obsédantes* qu'il a éprouvées ou qu'il éprouve encore, et dont voici les principales :

L'appréhension de passer par certaines rues et par contre le besoin de passer par certaines autres. — La crainte, lorsqu'il tient un objet fragile à la main, de le briser, et en même temps l'envie de le laisser tomber par terre. — La peur vertigineuse sur les endroits élevés, avec l'envie de se jeter dans le vide.

Maintes fois il m'est arrivé d'attendre sur le bord d'un trottoir le passage d'une voiture, et au moment où celle-ci arrivait près de moi, je m'élançais pour traverser la rue de façon à passer juste sous le nez du cheval. Chaque fois je me disais : c'est absurde ! mais chaque fois, la tentation reparaisait impérieuse, irrésistible ; j'essayais de lutter,.... peine perdue, il fallait céder et commettre cette folie.

M. O... est un grand *nosophobe*.

Pendant un temps, il a eu une peur excessive de la rage ; il fuyait tous les chiens. Il en a d'ailleurs eu plusieurs qu'il aimait beaucoup et qu'à son grand chagrin il a fait tuer, s'étant persuadé qu'ils pouvaient être devenus enragés, sachant très bien d'ailleurs que rien ne justifiait une mesure aussi cruelle.

Quelqu'un lui ayant dit un jour que sa maladie devait être la conséquence d'une lésion, l'existence et la nature de cette *lésion* l'ont vivement tourmenté pendant un certain temps. Puis, il a fait de lui-même ce raisonnement



qui ne manque pas de justesse : une seule lésion ne peut produire des effets aussi multiples et variables, il fallait en conséquence qu'elle changeât de place ; que par suite elle ne pouvait être bien grave. La peur de la lésion alla donc s'atténuant.

Plus tard, il est devenu *syphilophobe* sans avoir eu pour cela aucune raison. Puis il a eu peur d'avoir un cancer, parce qu'un petit bouton lui était venu au menton.

Ces derniers temps, sa principale crainte est de devenir ataxique ou « gaga ».

Dans l'énumération de ses infirmités à laquelle il se complaît, M. O... a mentionné une hernie ombilicale :

Elle m'est survenue, dit-il, un jour que j'avais fait une longue promenade en canot. Le bouton de ceinture de mon pantalon avait comprimé mon ombilic, et en descendant de bateau, j'y éprouvai une vive douleur qui se prolongea toute la soirée et toute la nuit. Telle fut l'origine de ma hernie.

Cette hernie est purement imaginaire. Il est impossible en tout cas, d'en trouver trace aujourd'hui. Cependant M. O... reste convaincu qu'elle existe, et pendant les premiers temps, il en fut très vivement affecté. Actuellement il n'y pense plus guère, du moins il n'y attache plus aucune gravité.

M. O... se plaint aussi d'entendre dans ses oreilles des bruits singuliers : bourdonnements, sifflements, etc. Cependant son ouïe est excellente, et il n'a pas d'hallucinations. Les bruits en question tout à fait normaux, ne sont autre chose que ceux que chacun peut percevoir en serrant fortement les mâchoires ; ils sont dûs à la contraction des petits muscles de l'oreille moyenne ; certaines personnes les reproduisent à volonté. Mais M. O..., toujours en quête de sensations nouvelles et toujours prêt



à leur attribuer une signification pathologique, avait cru reconnaître là, comme dans les bruits articulaires de sa colonne cervicale, un signe non douteux de l'existence de cette « lésion » dont il était préoccupé. Ce n'était donc pas un phénomène hallucinatoire, mais bien une espèce d'*illusion*.

Il a eu aussi de l'*arithmomanie*. Pendant un temps, M. O... ne pouvait voir passer un fiacre sans additionner les chiffres de son numéro.

M. O... est un *émotif*. Il ressent très vivement toutes les émotions, jusqu'à en éprouver une véritable souffrance. Mais cette souffrance, il la recherche volontiers, et il estime qu'elle n'est pas sans plaisir. C'est ainsi qu'il s'est pris de passion pour les courses de chevaux, non qu'il fût véritablement entraîné par la séduction du jeu, mais parce qu'il éprouve à ce spectacle de vives émotions qui lui procurent à la fois un malaise et un bien-être. Devant les péripéties de la course, ses tics tantôt s'arrêtent et tantôt s'exaspèrent. Mais c'est pour lui l'occasion de ressentir certaines angoisses « avec trémolos dans les jambes », dont il est très friand.

M. O... a parfois des crises d'*angoisse*; lorsqu'il vient à penser à sa maladie :

Plusieurs fois, dit-il, je me suis imaginé que j'allais mourir, et, dans le moment même, je me sentais m'en aller. Ma respiration s'arrêtait, j'éprouvais un malaise général, indéfinissable. Une sueur froide me passait sur tout le corps. C'était vraiment... le commencement de la fin. Eh bien ! à ce moment même, au milieu de cet étrange malaise, je me rendais parfaitement compte que tout cela n'était qu'imaginé et que si je me sentais mourir, c'était par ma propre faute. Toujours le même mal dont mon esprit est le créateur et dont je suis le souffre-douleur. Car je m'en rends parfaitement compte, toutes mes misères viennent de mon cerveau.



M. O..., assurément, ne croyait pas si bien dire.

Le domaine affectif ne semble pas aussi troublé. M. O... est un excellent père de famille, adorant ses enfants qu'il a d'ailleurs gâtés à l'excès. Dans ses autres affections bien que nous n'ayons pas approfondi cette enquête, il nous a paru manifester des sympathies très vives, mais rapidement atténuées.

En définitive, la légèreté, la versatilité, le manque de pondération de toutes les manifestations de l'esprit apparaissent clairement, quelles que soient les circonstances. Et quand M. O... dit lui-même : « Vous ne sauriez imaginer combien je suis resté jeune de caractère », il ne fait que confirmer une vérité qui est de règle chez les tiqueurs : ceux-ci, malgré les progrès de l'âge, conservent toujours un *état mental infantile*.

Sur ce fonds indélébile peuvent éclore et croître toutes sortes d'anomalies psychiques. C'est aussi le terrain nécessaire à la germination des tics.

\*  
\* \*

Pendant plusieurs mois, M. O... s'est appliqué sous notre direction, à la correction de ses tics. Très rapidement, il a saisi le but de la méthode et s'en est assimilé les procédés. Bientôt, il n'a pas tardé à en ressentir d'heureux effets.

Un premier résultat a été l'abandon de plusieurs procédés de correction plus nuisibles qu'utiles; puis M. O... s'est attaché et est parvenu à conserver l'immobilité absolue pendant un temps progressivement croissant.

Après des alternatives diverses, peu à peu, les tics sont devenus moins nombreux, moins fréquents et moins violents. De cette constatation, confirmée par l'entourage



du malade, ce dernier a retiré un bénéfice non seulement physique, mais mental.

Nous n'entrerons pas ici dans les détails du traitement. Il n'a été que l'application de la méthode de « mouvements d'immobilisation » et « d'immobilisation des mouvements » préconisée par M. le professeur Brissaud, dont nous avons déjà constaté et signalé les bons résultats. Nous y avons adjoint les exercices respiratoires conseillés par M. Pitres et les « mouvements en miroir » indiqués par l'un de nous.

Parallèlement à ces procédés gymnastiques dont l'utilité n'est plus à démontrer aujourd'hui, nous avons fait appel à la thérapeutique mentale qui en est inséparable, en nous attachant surtout à faire comprendre au malade comment et pourquoi il pouvait bénéficier de la discipline imposée.

L'alternance ou la combinaison de tous ces procédés thérapeutiques est assurément le meilleur moyen d'obtenir de bons résultats.

Notre tâche s'est trouvée singulièrement facilitée par la connaissance très exacte que M. O... avait de l'origine de ses propres accidents et par sa remarquable faculté d'assimilation. Bien des fois, ici encore, nous l'avons vu aller spontanément au-devant de nos désirs et se tracer à lui-même un programme conforme aux indications que nous voulions lui donner.

Grâce à cet heureux concours de circonstances, les bienfaits du traitement se sont bientôt manifestés. M. O... les a très exactement appréciés, deux mois environ après le début du traitement :

J'éprouve, disait-il, un mieux incontestable. Je tique moins fort et moins souvent. Je sais me tenir immobile. Je sais surtout comment je dois et comment je puis parvenir à me corriger. J'ai vu que je pouvais, en m'y appliquant, me



débarrasser d'une foule de gestes absurdes que je croyais indéracinables : j'ai supprimé ma *canne para-tic* ; j'ai vu disparaître les bosses de mon nez et de mon menton qui me défiguraient, en me déshabituant de les frotter contre le dossier d'une chaise ; j'ai pu marcher autrement que le nez en l'air. Tout cela n'a pas été sans lutte, sans moments de découragement. Mais je suis sorti victorieux de plusieurs de ces batailles avec moi-même. J'ai appris à connaître les ressources de ma volonté.

Et il ajoutait, avec un grand bon sens :

En vérité, je n'espère pas, à l'âge où je suis, guérir complètement. Si je n'avais que quinze ans, j'aurais cette ambition ; mais tiqueur je suis, tiqueur je resterai. Cependant de savoir que je puis me maîtriser, cela m'a redonné confiance. Pour vaincre tous mes tics, je doute fort que jamais j'aie la persévérance nécessaire et je suis trop enclin à en procréer de nouveaux : ceux-là disparus, d'autres prendront leur place. Je le prévois, mais je ne m'en alarme plus. L'expérience m'a appris que je pourrais, à l'occasion, les mater. Mes tics ne me font plus peur. La moitié de mon mal a disparu ainsi.

Avec la même sagacité qu'il analysait ses tics, M. O... a donc apprécié le mécanisme de leur répression et les effets heureux qui se sont fait sentir. Très judicieusement il a fait son pronostic : il a compris que sa propre tournure d'esprit serait le principal obstacle à leur complète guérison. Mais non moins impartialement il a enregistré les améliorations acquises, non seulement au physique, mais au mental.

\*  
\* \*

Telles sont, fidèlement rapportées, l'histoire et les confidences de ce tiqueur modèle.

Depuis bientôt dix ans, observant et traitant des tiqueurs, nous nous étions attachés à analyser leurs tics,



à en rechercher les causes originelles et à reconstituer le mécanisme pathogénique de ces accidents, tâche parfois laborieuse, mais presque toujours réalisable. Dans l'immense majorité des cas, en effet, on arrive à dépister l'origine première d'un tic, et l'on peut affirmer, avec preuves à l'appui, que les mêmes tics reconnaissent les mêmes causes, ou tout au moins des causes très analogues. Ces enquêtes confirment également un fait aujourd'hui incontesté : les tiqueurs, — les vrais tiqueurs, — présentent toujours un état mental particulier qui est la condition essentielle du tic. A d'importantes constatations antérieures, nous avons pu déjà ajouter nombre d'exemples démonstratifs et décrire, grâce à ces faits d'observation, l'étiologie et la pathogénie des tics.

M. O... nous a apporté la consécration de son observation personnelle. Ses confidences, toutes spontanées et impartialement recueillies, constituent un précieux document clinique. L'examen de soi-même acquiert une importance particulière, lorsqu'il peut être corroboré par l'examen d'autrui.

Tel fut le cas pour M. O...

Avec une bonne grâce, une verve et une franchise inlassables, il est allé au-devant de notre interrogatoire, en abordant de lui-même tous les détails de sa maladie; bien plus, avec une rare justesse d'appréciation, avec une précision et une exactitude surprenantes, il est entré spontanément dans l'analyse des symptômes de son affection.

L'énumération de ces accidents suffirait à elle seule à classer cette observation parmi les documents les plus instructifs du dossier clinique des tics. Mais c'est surtout au point de vue de l'explication pathogénique de ces derniers qu'elle présente un vif intérêt.

Ce tiqueur intarissable, ce grimacier exubérant, est en



même temps un excellent observateur. Surtout lorsqu'il s'agit de ses propres infirmités, il peut rivaliser avec les plus subtils psychologues. A tel point qu'à l'entendre analyser avec tant de sagacité ses propres misères, un doute a traversé au début notre esprit : M. O... n'aurait-il pas acquis des connaissances spéciales sur la nature et la genèse de ses tics ? Ses explications ne seraient-elles pas simplement le reflet de lectures scientifiques ou de conversations médicales antérieures ?

Il n'en est rien. M. O... ne s'était pas documenté sur la question. Son métier de négociant ne lui a donné ni le goût ni le loisir de se livrer aux études de psychologie ou de physiologie. Les livres de médecine ne l'attirent guère ; bien au contraire : il les fuit, ayant peur, en les parcourant, d'y reconnaître telle ou telle maladie dont il ne manquerait pas de se croire atteint, car il est extrêmement nosophobique.

Donc, nous avons pu nous en convaincre, le travail d'analyse fait par M. O... est entièrement personnel, et, fait important, ce n'est pas à la suite d'un questionnaire qui eut pu influencer ses réponses, — comme il arrive malheureusement trop souvent, — que se sont épanchées ses confidences pathogéniques. Celles-ci, nous le répétons, ont été entièrement spontanées.

Or, — et c'est là le point qui mérite d'être retenu, — les propres réflexions de ce malade, les résultats de son auto-observation, se sont trouvés en parfaite concordance avec les aveux de nos anciens tiqueurs, comme avec les constatations de la majorité de ceux qui ont étudié les tics.

Voilà pourquoi nous avons choisi M. O... comme prototype du tiqueur.



## Critique historique.

Nous venons de faire connaissance avec un tiqueur qui, croyons-nous, peut passer pour le type du genre. Nous avons décrit tous ses tics. Qu'est-ce donc qu'un tic?

L'étymologie ne nous renseigne guère. Il est probable qu'à son origine, le mot *tic* ne fut qu'une onomatopée. Ce monosyllabe imite le bruit d'un déclanchement sec. Il évoque l'idée de répétition : on le retrouve dans *tic-tac*.

*Zucken, ziehen, zugen, tucken, ticken, tick*, dans les dialectes allemands, *tugg, tick* en anglais, *ticchio* en italien, *tico* en espagnol, reconnaîtraient la même racine, et probablement la même origine onomatopéique.

Peu importe d'ailleurs ; le mot existe, il est bref : c'est un vocable commode. Conservons-le.

Dans le langage courant, chacun sait ce qu'il veut dire. Un tic? — C'est un mouvement de la face ou des membres, qui se produit et se répète inconsidérément. — « Geste habituel et déplaisant », disaient les Encyclopédistes. — Sans doute ; mais cette définition n'est pas suffisamment précise.

Un coup d'œil sur l'histoire nous éclairera-t-il mieux? N'y comptons guère ; car, nous l'avons dit, le sens du mot a subi plus d'une vicissitude.



L'Histoire du tic a été traitée dans les Dictionnaires avec tout le soin désirable ; nous n'y insisterons pas longuement. D'ailleurs, une toute récente étude de M. R. Cruchet<sup>1</sup>, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, contient des indications bibliographiques soigneusement documentées.

On a voulu voir dans le *spasme cynique* des anciens auteurs un aïeul du tic. Rien ne le prouve. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ce mot semble avoir servi à désigner une foule de « mouvements nerveux » de la face, accompagnés ou non de douleurs ou de paralysies. Il en est de même du *rictus caninus*, de la *tortura oris* : ce furent aussi bien des tics que des spasmes, des paralysies ou des contractures de la face.

Un fait à noter : c'est qu'avant d'être introduit dans la langue médicale, le mot *tique*, *ticq*, *tic*, existait dans la langue courante. Il aurait même été appliqué d'abord aux animaux. Jean Jourdin, en 1655, décrit le *tique* des chevaux.

Puis, on le retrouve dans les œuvres littéraires du XVIII<sup>e</sup> siècle. Là, le mot donne à entendre qu'il s'agit, comme le dit l'Encyclopédie, d'un « geste habituel et déplaisant », survenant chez des individus présentant certaines bizarreries du caractère ou de l'esprit. Prenons-en note, car il ne sera pas inutile de se rappeler ce sens primitif du mot tic.

Du jour où les médecins du XVIII<sup>e</sup> siècle l'adoptèrent, le *tic* fut, — qu'on nous pardonne l'expression, — mis un peu à toutes les sauces.

Ainsi apparut le *tic douloureux* de la face (André, 1756), qui, de l'aveu unanime aujourd'hui, n'est pas un tic.

1. RENÉ CRUCHET, *Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique (Méthode de Brissaud et méthode de Pitres)*, thèse de Bordeaux, 1902, chez Gounouilhou, 177 pages.



Pujol, en 1785-1787, en sépara le *tic simplement convulsif*, indolore, frappant la face, puis le bras, et même tout le corps.

Pendant la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, avec Graves, François (de Louvain), Romberg, Niemeyer, Valleix, Axenfeld, la question ne fit pas grands progrès.

Le génie clinique de Trousseau fit revivre le tic. Il observa bien la manifestation objective, et il entrevit aussi certaine singularité mentale propre au tiqueur.

Trousseau a laissé des tics une description irréprochable. Il les considérait, à la vérité, comme des espèces de chorées partielles et il les a fait rentrer dans le même chapitre<sup>1</sup> nosographique avec les chorées saltatoires, rotatoires, etc., ainsi que les crampes professionnelles. Depuis lors, de légitimes divisions ont été établies entre ces différentes affections convulsives.

La description du tic donnée par Trousseau n'en demeure pas moins d'une rigoureuse exactitude clinique :

Le *tic non douloureux* consiste en des contractions instantanées, rapides, généralement limitées à un petit nombre de muscles, habituellement aux muscles de la face, mais pouvant aussi en affecter d'autres, ceux du cou, du tronc et des membres. Il n'est personne qui n'ait eu l'occasion de rencontrer des individus qui en sont affectés.

Chez l'un, c'est un *clignotement des paupières*, un *tiraillement convulsif de la joue*, de *l'aile du nez*, de *la commissure des lèvres*, qui donne au visage un air grimaçant ; chez un autre, c'est un *hochement de tête*, une *contorsion brusque et passagère du cou se répétant à chaque instant* ; chez un troisième, c'est un *soulèvement d'épaule*, une agitation convulsive des *muscles abdominaux* ou du *diaphragme* ; c'est, en un mot, une variété infinie de mouvements bizarres qui échappent à toute description...

1. TROUSSEAU, *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1873, t. II, p. 267 et suiv.



Ces tics sont en quelques cas accompagnés d'un *cri*, d'un éclat de voix plus ou moins bruyant, très caractéristique... Ce cri, ce jappement, cet éclat de voix, véritables *chorées laryngées ou diaphragmatiques*, peuvent constituer tout le tic... C'est encore une tendance singulière à répéter toujours le même mot, la même exclamation; et même l'individu profère à haute voix des mots qu'il voudrait bien retenir....

Cette description a l'avantage d'être applicable à toutes les formes, légères ou graves, limitées ou généralisées. Elle fait entrevoir toutes les modalités de l'affection, depuis le tic oculaire le plus simple, jusqu'à la maladie des tics convulsifs généralisés, avec écholalie et coprolalie, décrite par M. Gilles de la Tourette.

Car les tics peuvent affecter les aspects les plus divers; ce polymorphisme est une de leurs particularités. Le clignotement des yeux est un tic, le hochement répété de la tête en est un autre; il y a des tics du bras, des tics du pied; il y a des tics de grattage, des tics de la marche, même des tics du langage.

Outre ces localisations objectives, Trousseau, disions-nous, avait également entrevu les anomalies mentales des tiqueurs. Mais Charcot a été le premier à mettre en pleine évidence l'importance d'un facteur psychique dans la genèse du tic.

« Le tic, a-t-il dit, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence, *c'est par un côté une maladie psychique*<sup>1</sup>. »

En insistant sur cet état mental, Charcot disait encore du tic qu'il était un « produit direct de la vésanie... une sorte de vésanie héréditaire<sup>2</sup> ».

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 124.

2. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 60 et 124.



Les travaux de M. Magnan et de ses élèves donnèrent une place encore plus prépondérante à la vésanie.

M. Gilles de la Tourette, à propos de la forme clinique qui porte aujourd'hui son nom, n'a pas négligé non plus de signaler les anomalies mentales des tiqueurs. Et pareillement, M. Letulle et M. Georges Guinon, dans leurs remarquables articles des Dictionnaires.

Une thèse de grand mérite, inspirée par M. Bourneville, celle de M. Julien Noir, parue en 1893, a contribué encore davantage à montrer l'alliance étroite des phénomènes mentaux et des phénomènes moteurs dans les tics.

Enfin, dans ces dernières années, les travaux de M. le Professeur Brissaud, ceux des Professeurs Pitres et Grasset, d'autres auteurs encore en France et à l'étranger, sont venus accroître le dossier bibliographique des tics.

Nous aurons trop souvent l'occasion de revenir sur ces études pour qu'il soit besoin d'en donner ici l'énumération. Chemin faisant, elles seront maintes fois signalées et commentées.

Ce que nous voulons montrer dès à présent, ce sont les dernières variations du sens du mot « tic ».

D'abord, sous l'influence de l'enseignement de M. Magnan, les phénomènes mentaux du tic ont pris une importance considérable. Cette manière de voir, il faut le reconnaître, a permis de donner du tic une idée plus conforme aux résultats de l'observation. Elle a eu aussi ses dangers.

Pour M. Magnan et ses élèves, MM. Saury et Legrain<sup>1</sup>, en particulier, les tics ne sauraient constituer une véritable maladie : ils ne seraient que des *syndromes épiso-*

1. LEGRAIN, *Du délire des dégénérés*, Thèse de Paris, 1885-1886.



diques de ce que Morel appelait la *folie héréditaire*, de cet état qu'avec M. Magnan on appelle communément aujourd'hui la *dégénérescence mentale*.

Sans vouloir revenir ici sur la question de la « dégénérescence », il est indispensable de s'entendre sur la signification et la portée de ce mot, appliqué aux tics.

Si l'on entend par « dégénérés », des individus ayant une hérédité psychopathique ou névropathique plus ou moins lourde, et présentant eux-mêmes des signes physiques et psychiques anormaux, — alors, sans contredit, les tiqueurs sont des dégénérés.

Si la dégénérescence se manifeste par des anomalies physiques et psychiques capables de revêtir les aspects les plus polymorphes, — alors, oui, les tiqueurs sont des dégénérés.

Si un dégénéré peut, suivant l'occurrence, être un aboulique, un obsédé, un phobique, etc., — le tiqueur, assurément, est dégénéré.

Ainsi compris, le qualificatif de « dégénéré » est applicable au tiqueur. Bien plus, il est *nécessaire* que le tiqueur soit un « dégénéré », le mot étant pris dans son sens le plus compréhensif.

Mais cela n'est pas *suffisant*. — S'il est vrai qu'on ne puisse être tiqueur sans être, peu ou prou, dégénéré, la réciproque n'est pas exacte. Tous les dégénérés ne sont pas tiqueurs.

On peut donc dire que le tic n'est qu'une des multiples manifestations de la dégénérescence mentale. — Soit.

Mais en connaissons-nous mieux le tic?.....

Les syndromes obsédants ou délirants, eux aussi, peuvent être des manifestations de la dégénérescence mentale. Cela nous renseigne-t-il sur les phénomènes de l'obsession, sur les caractères d'un délire?.... Les anoma-



lies physiques (l'ectrodactylie par exemple) relèvent, dit-on, de la dégénérescence physique. — Faut-il se satisfaire de cette assertion et renoncer à décrire les très nombreuses malformations digitales?....

Telle ne fut pas, assurément, la pensée de ceux qui ont eu le grand mérite de montrer les liens de parenté des manifestations si disparates de la dégénérescence. Ils ont fait là une œuvre synthétique de premier ordre qui n'excluait pas l'œuvre d'analyse. Conception infiniment séduisante et entièrement justifiée. Mais l'ampleur même de la doctrine est telle que, dans la pratique, on ne trouve guère de cas où elle ne puisse être appliquée.

Toute anomalie physique ou mentale étant un produit de la dégénérescence, tout individu qui s'écarte du type normal devient un dégénéré. Si bien qu'au physique, comme au mental, on a pu décrire des *dégénérés supérieurs* ou *inférieurs*, suivant que la déviation se faisait *par excès* ou *par défaut*.

Dégénérés inférieurs : le nain et l'aboulique. N'ont-ils pas des anomalies par défaut de la taille et de la volonté?

Dégénérés supérieurs : le géant et le génial chez qui les anomalies se traduisent par des excès.

Inutile de multiplier les exemples. Ce que nous voulons remarquer, c'est que la conception, si juste et si haute, de la dégénérescence, envisagée au point de vue physique comme au point de vue mental, ne peut pas ne pas être universellement acceptée comme doctrine synthétique. Mais elle ne saurait suppléer à la description et à l'interprétation des faits. Et s'il est parfaitement légitime de considérer le tic comme une manifestation de la dégénérescence, cette conception, toute judicieuse qu'elle soit, est cependant insuffisante, si l'on se contente de dire d'un



tiqueur : c'est un « dégénéré ». Trop souvent malheureusement on s'est satisfait de ce mot. Et, dans l'histoire des tics en particulier, certains ont pu supposer qu'il suffisait à tout éclaircir.

Et malheureusement encore pour le mot *tic*, un certain nombre d'observateurs ont fini par perdre de vue un des éléments constitutifs du tic, celui même qui avait le premier attiré l'attention, le phénomène moteur, pour ne plus s'occuper que du trouble mental. C'est ainsi qu'on en est arrivé à dire qu'il pouvait exister une *maladie des tics sans tics*. C'est ainsi qu'on a parlé du *tic psychique*, du *tic purement mental*, « qui ne se traduit extérieurement par aucun signe » (Cruchet).

Pour le présent, il nous suffit de signaler cette première série d'avatars du mot *tic*, afin de montrer comment naissent les causes d'équivoques et combien il est nécessaire de les dissiper.

Ces réserves faites, il est de toute justice de répéter que les travaux de M. Magnan et de son école, ont largement contribué à faire envisager la question des tics sous un jour qui permet d'en éclaircir la nature, en ce sens qu'ils ont attiré davantage l'attention sur l'importance des phénomènes mentaux, inséparables ici des accidents moteurs.

\*  
\* \*

Si l'étude de l'état mental des tiqueurs a entraîné quelques causes de confusion, du moins pouvait-on espérer que l'observation des troubles moteurs arriverait à éclaircir le problème.

Ici encore, il faut enregistrer plus d'une déception.

Les accidents auxquels on a donné le nom de *tics* se manifestent en effet par des signes extérieurs dont le poly-



morphisme est extrême et qui se prêtent mal à la classification ; ils ont, d'autre part, tant de ressemblance avec toute une série d'affections motrices, qu'à chaque cas particulier on est tenté de décrire une symptomatologie individuelle. On s'explique donc qu'il soit malaisé de faire rentrer des phénomènes aussi disparates dans le cadre forcément limité et toujours un peu arbitraire d'une définition, enfin qu'on ait renoncé à leur appliquer les méthodes nosographiques coutumières.

Depuis quelques années, on a tendance, à l'étranger surtout, à fusionner toutes les manifestations convulsives de nature mal déterminée en une seule grande catégorie morbide, celle des *myoclonies*. Il est à craindre qu'il en résulte un véritable imbroglio nosographique où l'on verra les tics se coudoyer, pêle-mêle, avec une foule d'accidents qui ne sauraient être confondus avec eux : les chorées fibrillaires, le paramyoclonus multiplex, la chorée électrique, etc., etc.

Nous en sommes présentement réduits, dit à ce propos M. le professeur RAYMOND, à prendre notre refuge auprès de la clinique. Or, celle-ci nous enseigne deux choses, également importantes à mes yeux : c'est d'abord que les diverses modalités de la myoclonie, décrites jusqu'à ce jour, se développent sur une souche commune (dégénérescence héréditaire ou acquise).

En second lieu, quand on a l'occasion de voir un grand nombre de malades affectés de névropathies, on rencontre très souvent des cas de myoclonie qu'il est impossible de faire rentrer dans un des types décrits : toutes les formes possibles de transition s'offrent à l'observation <sup>1</sup>.

La conception de M. Raymond est donc conforme à

1. RAYMOND, Clinique des maladies du système nerveux, 1<sup>re</sup> série, 1896, *Des myoclonies*, p. 551.



celle de M. Magnan en ce qui concerne l'élément psychique du tic.

Pour ce qui est des troubles moteurs envisagés d'une façon générale, elle est parfaitement judicieuse. Les manifestations musculaires convulsives aussi bien que les dystrophies musculaires, se traduisent cliniquement par des symptômes dont le polymorphisme semble défier toute classification.

Lorsque parurent les premières observations de myopathie, on se rappelle la rapide éclosion de formes cliniques qu'elles provoquèrent : type facial, type facio-scapulo-huméral, type juvénile, type pseudo-hypertrophique, etc., sans parler de tous ceux qui portent le nom de leurs observateurs.

Bientôt, entre toutes ces variétés qui ne différaient que par le mode de début, la localisation, l'apparence du trouble trophique musculaire, on décrivit des cas mixtes, frustes, intermédiaires, si bien qu'un jour vint où les caractères distinctifs des types cliniques précédemment isolés semblèrent trop artificiels pour mériter d'être maintenus. A l'œuvre d'analyse succéda l'œuvre de synthèse, et aujourd'hui on englobe volontiers tous les anciens types de myopathie sous la dénomination générale de « dystrophie musculaire ». Cette vue d'ensemble est légitimée par les faits d'observation. Il en est de même de la conception des myoclonies.

Mais ici encore il faut se garer des dangers d'une étiquette trop compréhensive. On a tendance à se contenter d'un mot pour établir un diagnostic. Celui de *myoclonie*, comme celui de *dystrophie musculaire* offrent, dans la pratique, les mêmes inconvénients que celui de *dégénéré*. Applicables à un très grand nombre de cas, ils sont d'une utilisation commode. Mais ils disent trop, et ne disent



pas assez. S'ils sont assurément nécessaires, ils ne sauraient être suffisants.

La dystrophie musculaire englobe toutes les localisations et toutes les modalités des troubles trophiques des muscles ; cependant, certaines localisations, comme le type facio-scapulo-huméral, certaines modalités, comme la forme pseudo-hypertrophique, conservent une individualité clinique bien reconnaissable.

De la même façon, chorées fibrillaires, paramyoclonus multiplex, maladie de Gilles de la Tourette, etc., etc., ne sont assurément que des modalités de la convulsion musculaire clonique, partant des myoclonies. Mais si la clinique nous montre qu'il existe entre ces différentes modalités tous les intermédiaires, la même clinique doit nous apprendre à différencier les caractères et l'évolution de chacun de ces accidents.

La conception générale des myoclonies ne semble pas devoir réussir à favoriser cette œuvre de différenciation. Le tic n'a pu qu'y perdre encore, au point qu'on se demande si jamais il sera reconnaissable le jour où l'on tentera de l'extraire d'un tel chaos.

\*  
\* \*

Mais là ne se bornent pas les causes d'équivoques.

Un tic, quel qu'il soit, se manifeste par une contraction musculaire.

Qu'il s'agisse d'un battement de la paupière, d'un hochement de la tête, d'un bruit respiratoire ou laryngé, la manifestation extérieure d'un tic exige toujours la contraction d'un ou de plusieurs muscles. Or, déjà, sur les caractères de cette contraction les avis ont été partagés.



Pour la plupart, le phénomène se distingue surtout par sa brusquerie, son instantanéité. De là l'épithète de *convulsif* que l'on voit si souvent ajoutée au mot tic. Ce qualificatif n'est pas sans danger.

*Convulsif* vient de *convulsion*. Si ce mot, dans le langage courant, s'applique uniquement à des mouvements maladifs brusques, violents, saccadés, dans la langue scientifique on le retrouve pour désigner non seulement les mêmes accidents — *convulsions cloniques*, — mais encore d'autres contractions musculaires, auxquelles on a donné le nom de *convulsions toniques*. On distingue ainsi, depuis Willis, deux sortes de convulsions : *cloniques* et *toniques*.

Nous ne verrions, pour notre part, aucun inconvénient à conserver aux tics l'épithète de *convulsifs*, si l'on s'accordait à donner à ce mot son sens scientifique le plus général, autrement dit, si l'on admettait qu'il existe des tics caractérisés par des convulsions *cloniques*, et d'autres par des convulsions *toniques*. Ces deux formes, en effet, s'observent en clinique; nous en donnerons plus d'un exemple.

Cependant, la plupart des auteurs n'ont eu en vue que les seules formes cloniques; par là, le sens du terme de *convulsif* a été réduit à celui qu'il possède dans la langue courante. Toute une catégorie de faits, qui, par leur origine, leur nature et leurs manifestations, méritent bien d'être assimilés aux tics, se trouvent de la sorte passée sous silence.

A supposer que cette assimilation ait paru inacceptable, il eut fallu du moins préciser le sens du mot *convulsif* et dire tics *convulsifs cloniques*, pour éviter de voir surgir dans le langage scientifique une nouvelle cause de confusion. Ce fut la formule employée par MM. Ferrand et Vidal



dans leur article *Convulsion* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : « Les tics sont des convulsions cloniques... » De même M. Troisier écrit : « Le tic convulsif proprement dit est caractérisé par des mouvements cloniques<sup>1</sup>... » Ce fut aussi l'opinion d'Erb et de la plupart des auteurs allemands. Le *tic tonique* semblait ne pas exister. Nous avons cru devoir le faire revivre.

Tout récemment, M. Cruchet, a formulé à ce sujet, quelques critiques.

Étendre le nom de tic, dit-il, à des spasmes toniques comme le torticollis mental, le trismus mental ou le blépharospasme permanent, nous semble singulièrement dépasser la signification du mot *tic*. Nous croyons que les auteurs, — dont Erb, Troisier ou Oppenheim, — qui ont fait du tic convulsif une convulsion clonique, ont eu raison; et nous pensons qu'il y a grand intérêt à se ranger à cette opinion : elle simplifie la question et la rend plus claire, tout en remettant au tic son sens primitif. Nous nous rallions à cette façon de voir.

S'il ne s'agit, nous le répétons, que d'une question de terminologie et si l'on veut convenir universellement de réserver le nom de *tics* aux seuls cas où les phénomènes convulsifs revêtent la forme clonique, nous serons des premiers à rejeter la dénomination de *tic tonique*. Mais alors il faudra attribuer un nom à la forme tonique des troubles moteurs que nous avons en vue. Ce sont en effet des faits d'observation, ayant une valeur symptomatique non douteuse, qui diffèrent des tics cloniques par leurs caractères objectifs, mais qui reconnaissent mêmes causes, même pathogénie, même traitement.

Quel nom donner à ces contractions musculaires de forme tonique, lorsqu'elle se présentent avec tous les

1. Dict. Dechambre, art. *Face*.



autres caractères des tics? Les appellera-t-on *contractures*? Encore faudra-t-il dire de quel genre très particulier de contracture il est question.

Est-ce, pour employer l'excellente division de M. Pitres, la contracture *myotétanique*, ou la contracture *myotonique*? La première est représentée par la contracture hystérique. La seconde a pour type la plasticité musculaire de la maladie de Parkinson.

L'état de la contraction musculaire dans le tic tonique ne répond exactement ni à l'une ni à l'autre de ces formes. Le phénomène se rapproche certainement davantage de la forme myotonique, et l'on pourrait se contenter de dire qu'il s'agit d'une *myotonie*. Mais il en est des myotonies comme des myoclonies : elles sont une sorte de *caput mortuum* où l'on classe volontiers les cas difficiles à décrire.

Nous craignons que les termes de *contracture* ou de *myotonie* ne soient encore des causes d'équivoque et ne nuisent, par leur trop grande compréhension, à la précision des idées.

Enfin, lorsque nous employons le terme de *tic tonique* pour désigner une contraction d'une certaine durée, si on nous reproche d'éloigner le mot de *tic* de son sens primitif, nous emprunterons à M. Cruchet nos arguments de défense.

« C'est vraisemblablement, dit-il, en 1656, avec Jourdin, que le mot *tique* fait son apparition dans la langue française. »

Jean Jourdin, décrivant le *tique* du cheval, dit : « Les signes de ce mal sont quand le cheval retort la teste et qu'il dresse les oreilles, et quand les yeux se contournent, et qu'il tient la bouche serrée, et la queue estenduë, et que les flancs sont abbatus, quand il appuye les dents sur



la mangeoire, et qu'il la corrode en estendant le col. » Oreilles dressées, bouche serrée, queue étendue : ne voilà-t-il pas des contractions persistantes, des *tiques toniques*, coexistant ou alternant avec des contractions saccadées, des tics cloniques de morsure, de grattage, etc.

A la vérité, ce sont là tics d'animaux auxquels nous ne nous attacherons guère, et le passage de Jourdin a surtout un intérêt historique dont il serait excessif de nous prévaloir.

Mais à propos de la division scientifique établie par Willis, puis Michaël Etmüller, entre les convulsions *continues, permanentes, toniques*, d'une part, et *intermittentes, momentanées, cloniques*, d'autre part, nous ne pouvions mieux faire que de penser comme M. Cruchet : « Cette division est absolument générale ; on comprend combien il va être aisé, simple, clinique, de l'appliquer à chaque cas particulier. » C'est celle que nous avons cru devoir employer pour les tics, en nous appuyant précisément sur la clinique et l'observation.

D'ailleurs, on peut rappeler encore que Sauvages, en 1768, compte certains tics parmi les convulsions toniques. Or, Boissier de Sauvages, de l'aveu du P<sup>r</sup> Grasset, qui lui a consacré une si élégante étude historique et critique, fut « un des maîtres les plus éminents et un des représentants les plus autorisés » de l'Université de Montpellier au XVIII<sup>e</sup> siècle. « Sauvages était un champion des droits de la clinique..., il multipliait de son côté les observations vraiment médicales..., il voyait beaucoup de malades<sup>1</sup>... »

Nous ne pouvions nous trouver en meilleure compagnie.

1. GRASSET, *Le médecin de l'amour au temps de Marivaux. Étude sur Boissier de Sauvages, d'après des documents inédits*. Paris, Masson, 1896, p. 5, 64, 65, etc.



Marshal-Hall<sup>1</sup> décrit des convulsions toniques de la face, que Valleix signale à propos des *convulsions idiopathiques de la face*, tics non douloureux. Et plus près de nous, voici encore M. Jaccoud<sup>2</sup>, qui, en 1870, distingue la variété tonique et la variété clonique du tic, division qu'accepte aussi Rosenthal.

Des autorités très respectables se prononcent ainsi en faveur d'une forme tonique du tic. Il n'est donc pas trop osé de dire que le terme de *convulsif*, appliqué au tic, doit s'adresser à la forme *tonique* comme à la forme *clonique* de la convulsion.

Sans doute, physiologistes et pathologistes ne sont pas toujours d'accord sur les caractères de ces formes. Entre la convulsion clonique la mieux caractérisée et la tonique la plus pure ne voit-on pas tous les intermédiaires? N'a-t-on pas décrit des *toniques continues* et des *toniques rémittentes*? — Assurément. Mais, sans entrer dans d'aussi minutieux détails, et pour ne retenir que les grandes divisions, nous croyons qu'il est « aisé, simple, clinique », de conserver la division établie par Willis entre les convulsions. Pour notre part, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à l'appliquer aux tics en particulier.

En résumé, si l'on envisage le tic en général, il nous semble inutile de lui annexer l'épithète de *convulsif*, qui ne peut que prêter à l'amphibologie. Le langage y gagnera en concision, sans rien perdre de sa précision.

Voilà pourquoi, quand il n'y aura pas intérêt à indiquer la forme de la contraction musculaire, nous parlerons du *tic*, tout court.

1. *On the disease and derang. of the nerv. syst.*, Londres, 1844, cité par VALLEIX, t. IV, p. 616.

2. JACCOUD, *Pathol. interne*, t. I, p. 487-490, 1870, id. 6<sup>e</sup> édit., 1879, p. 595-598.



\*  
\* \*

Nous avons indiqué quelques-unes des causes qui permettent d'expliquer la lenteur des progrès de la nosographie des tics. D'autres causes, plus locales, si l'on peut dire, ont encore retardé cette évolution. M. Noir a bien fait entrevoir l'une d'entre elles.

Il nous paraît facile, dit-il, d'expliquer pourquoi M. Magnan et ses élèves n'admettent pas la maladie de Gilles de la Tourette. Tandis que ce dernier observait à la Salpêtrière dans la clinique de M. le professeur Charcot, des malades à esprit le plus souvent sain et venant demander conseil pour une « maladie nerveuse », les premiers étudiaient des aliénés, conduits à l'Asile clinique, et n'assistaient qu'à la dernière phase de la maladie des tics convulsifs.

Il est exact en effet que le mode de recrutement des malades diffère suivant les cliniques. A la Salpêtrière viennent ceux dont les « mouvements nerveux » attirent surtout l'attention. A Sainte-Anne se rendent ceux dont les troubles psychiques frappent davantage.

Mais il faut en outre tenir compte de ce fait : dans une clinique des maladies nerveuses, on s'attache surtout à l'observation et à la description des phénomènes somatiques. Dans une clinique des maladies mentales, on étudie plus minutieusement les phénomènes psychiques. En conséquence : dans le premier cas, l'élément mental est souvent relégué au second plan ; dans le second, c'est le trouble moteur que l'on place en seconde ligne.

Or, l'observation doit porter impartialement et complètement aussi bien sur le domaine physique que sur le domaine mental.

Lorsqu'il en est ainsi, lorsque l'examen de l'état



mental est fait avec une attention aussi rigoureuse que celui de l'état physique, on ne tarde pas à s'apercevoir que, d'une façon constante, chez les tiqueurs les anomalies mentales marchent de pair avec les anomalies motrices.

Cet examen doit être complet, patient, minutieux. En ce qui regarde l'état mental, on sait combien sont difficiles à recueillir les observations. Dans l'étude des troubles moteurs, la même attention persévérante est nécessaire. Rien de plus souvent trompeur qu'un examen réduit à une seule entrevue. Il est indispensable de revoir le malade fréquemment et longuement, de l'interroger inlassablement, de recueillir les renseignements de l'entourage, et au cours de ces conversations réitérées, de ne pas le quitter de l'œil un seul instant. Ainsi, tout en pénétrant son état mental, on fera l'analyse de ses accidents moteurs. Négliger l'une ou l'autre de ces enquêtes, c'est n'envisager qu'un des côtés de la question. C'est s'exposer à faire un diagnostic fragile, c'est enfin compromettre la guérison, possible dans bien des cas.

\*  
\* \*

De ce rapide coup d'œil sur les vicissitudes du tic, on peut déjà tirer quelques enseignements que nous nous efforcerons de mettre à profit.

D'abord, il est nécessaire de schématiser le tic, autant que faire se peut. Sans doute, la schématisation nosographique est contraire à la réalité naturelle. Deux malades ne sont jamais superposables, car un homme n'est jamais l'exacte reproduction d'un autre homme. De plus, entre deux affections morbides essentiellement dissemblables,



on peut observer une infinité de formes de transition capables de les relier l'une à l'autre.

Mais, s'il est vrai que dans la nature la discontinuité n'existe pas, on ne peut cependant se dispenser d'établir des lignes de démarcation entre les phénomènes observés. Les sciences naturelles sont consacrées à ce travail, artificiel sans doute, mais nécessaire, de différenciation. La nosographie n'a pu échapper à cette nécessité de l'esprit. L'œuvre de Charcot, alternativement analytique et synthétique, a montré tous les bienfaits de cette méthode appliquée à la neuropathologie. Si l'on a pu lui reprocher d'avoir schématisé à l'excès les descriptions nosographiques, il faut reconnaître que cet excès même a été infiniment profitable à la précision et au progrès des idées.

Au surplus, il est sage de n'attribuer au schéma qu'une utilité provisoire. Il doit être modifié suivant les acquisitions successives, et mis au point au fur et à mesure que les découvertes se produisent. Nous nous imposerons de ne pas l'oublier par l'avenir.

Mais, tout en nous garant de la schématisation intranquillante, nous retiendrons les inconvénients des généralisations excessives. Cette dernière tendance est souvent nuisible à la recherche des caractères distinctifs. Si elle n'est pas une entrave au progrès scientifique, si même elle est nécessaire pour le développement des idées générales, du moins offre-t-elle parfois le danger de ne point suffisamment inciter à l'observation.

Enfin, nous ne tarderons guère à le voir, les vocables trop généraux et mal définis exposent aux méprises. Ils ont quelquefois aussi le défaut de donner l'illusion de la connaissance de la vérité.



## Étude Pathogénique.

### Tic et Spasme.

Il n'est possible d'aborder l'étude du *tic* qu'après une entente préalable sur le sens de deux termes trop souvent confondus l'un avec l'autre : *tic* et *spasme*. Nous avons pu nous convaincre à maintes reprises de la fréquence de cette confusion dans le langage scientifique. Disons donc d'abord, une fois pour toutes, ce que nous entendons par *spasme*.

*Spasme* (σπασμὸς), qui vient de σπῶ (je tire), étymologiquement signifie *tiraillement*. On en a fait, malheureusement, un synonyme de *convulsion*. Dans le langage médical les deux mots sont couramment employés l'un pour l'autre; on dit presque indifféremment : mouvement *convulsif* ou *spasmodique*.

Cependant, quelques auteurs ont senti l'utilité qu'il y aurait à restreindre le sens du mot *spasme*. Littré le définit : « contraction involontaire des muscles, notamment de ceux qui n'obéissent pas à la volonté. » La fin de cette définition peut sembler oiseuse, car on ne conçoit guère que les contractions de muscles « qui n'obéissent pas à la volonté » ne puissent pas être « involontaires ».



Mais Littré, ce disant, songeait, comme Nysten, comme Zuber (article *Spasme* du Dictionnaire encyclopédique), à réserver le mot de *spasme* pour désigner les manifestations convulsives des muscles de la vie végétative, des muscles à fibres lisses. Cette restriction n'a pas prévalu, et *spasme* reste toujours, comme le constatait Chomel, synonyme de « contraction involontaire d'un muscle », quel qu'il soit.

Ainsi compris, le mot *spasme* serait applicable à tous les phénomènes moteurs involontaires, à l'incoordination tabétique, aux mouvements de la chorée, de l'athétose, aux tremblements, etc., pour ne parler que de contractions musculaires pathologiques.

Le mot *spasme*, envisagé dans un sens aussi étendu, fait donc double emploi avec le mot *convulsion*.

Plutôt que de créer un vocable nouveau pour caractériser certaines contractions musculaires, on peut utiliser le mot *spasme* dans un sens moins restreint que celui proposé par Nytsen et par Zuber, quoique cependant suffisamment précis.

C'est ce qu'a fait M. Brissaud. La distinction qu'il a établie, depuis 1893, entre la signification du mot *tic* et celle du mot *spasme*, nous paraît capable d'introduire plus de précision dans le langage.

Le *spasme*, dit-il <sup>1</sup>, est le résultat d'une irritation subite et passagère d'un des points d'un arc réflexe... Le spasme est un acte exclusivement réflexe d'origine spinale...

Ainsi, par définition : un *spasme* est une réaction motrice résultant de l'irritation d'un point quelconque d'un arc réflexe spinal ou bulbo-spinal <sup>2</sup>.

Et nous ajouterons pour différencier le *réflexe*, phéno-

1. BRISSAUD, *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1<sup>re</sup> série, XXIV<sup>e</sup> leçon.

2. Nous n'envisageons ici que les réactions des muscles de la vie de



mène physiologique, du *spasme*, phénomène pathologique :  
« *L'irritation qui provoque le spasme est elle-même produite par une cause pathologique* ».

Comme corollaire de cette définition : *Nul spasme sans perturbation morbide sur un point d'un arc réflexe spinal.*

*Le spasme a donc pour substratum anatomo-pathologique une épine irritative qui siège sur un point d'un arc réflexe spinal, ou bulbo-spinal.*

Comment peut se dépister l'existence de cette épine irritative? Comment se manifeste la réaction *spasmodique* et comment se distingue-t-elle des autres contractions musculaires? — Nous aurons l'occasion d'envisager ces questions à propos du diagnostic.

Dans le spasme, réflexe bulbo-médullaire de cause pathologique, l'*irritation* peut porter sur un point quelconque de l'*arc réflexe* : sur la périphérie sensitive, sur le conducteur centripète, sur le centre bulbo-médullaire, et aussi sur les voies centrifuges. On connaît des exemples de ces différentes localisations : chacune peut déterminer un *spasme*, au sens que nous attribuons à ce mot.

Les phénomènes spasmodiques utilisent donc pour se manifester des centres bulbaires ou spinaux.

Or, ces centres, qui peuvent être ébranlés par des excitations venant de la périphérie, peuvent l'être également par des excitations portant sur les conducteurs qui partent de l'écorce, ou même par des excitations venues de l'écorce elle-même.

Si nous irritons un point de l'écorce rolandique ou un point de la voie centripète cortico-spinale, nous n'igno-

relation. Mais, bien entendu, il existe aussi des réactions *spasmodiques* des muscles de la vie végétative.



rons pas qu'il peut se produire une réaction motrice, de même qu'il s'en produit une à la suite de l'irritation d'un conducteur sensitif. La voie centripète a changé, cependant *le centre du réflexe est resté bulbo-spinal*; la voie centrifuge n'a pas varié, elle non plus.

Donnerons-nous donc le nom de *spasmes* à ces réactions motrices provoquées par l'irritation d'un point de l'écorce ou des conducteurs centripètes qui en émanent? — Pourquoi non? La substance grise corticale n'est-elle pas d'origine *ectodermique*, comme le revêtement cutané de l'individu? Elle est capable de jouer le rôle d'une surface *sensible*. On peut la considérer comme le point le plus éloigné d'une voie centripète aboutissant aux centres réflexes bulbo-médullaires. *Le centre du réflexe n'a pas varié* : il est *toujours bulbo-spinal*, et si l'irritation est de cause pathologique, nous pourrions dire encore qu'il s'agit, selon notre définition, d'un *spasme*, c'est-à-dire d'une réaction motrice dépendant de l'*irritation d'un point d'un arc réflexe bulbo-spinal*.

Il y a lieu cependant d'établir une distinction. Voici pourquoi. Dans le premier cas, l'irritation portait sur une voie centripète périphérique, autrement dit sur un nerf sensitif; dans le second cas, nous venons de le voir, l'irritation porte sur une voie centripète cortico-spinale. Le siège de l'épine irritative a donc varié; en outre, les manifestations motrices qui sont, dans l'un et l'autre cas, la conséquence de cette irritation, ne se traduisent pas cliniquement de façon identique.

Par exemple, les *convulsions* du type jacksonien, consécutives à l'irritation d'un des points les plus éloignés de la voie cortico-spinale, — l'écorce, — ne ressemblent guère aux mouvements *spasmodiques* produits par l'irritation d'un conducteur périphérique, — un nerf sensitif.



Il existe donc des raisons anatomo-pathologiques et des raisons cliniques pour différencier ces deux phénomènes moteurs.

Assurément, dans la pratique, la différenciation ne sera pas toujours aisée. Mais la connaissance des accidents surajoutés au mouvement convulsif permettra généralement de distinguer auquel des deux phénomènes on a affaire. La convulsion du type jacksonien a des caractères et une évolution parfaitement reconnaissables. De la même façon, nous pouvons souvent diagnostiquer l'existence d'une lésion irritative de la région capsulaire; et ceci, non pas tant par les caractères objectifs des mouvements convulsifs que par l'observation de phénomènes concomitants.

En somme, et il semble superflu de le rappeler, les accidents de forme convulsive qui traduisent l'irritation de la voie centripète cortico-spinale, ne sauraient être confondus avec ceux que produit l'irritation d'un nerf.

Les premiers ont été, de longue date, décrits et analysés; ils font partie de syndromes morbides bien connus; ils portent des noms distinctifs. On les appelle : *phénomènes jacksoniens*, *convulsions épileptiformes*, *hémichorée*, *hémiathétose* ou *hémitremblement præ ou post-paralytiques*, etc., etc.

Nous croyons utile de leur conserver ces dénominations, suivant le type anatomo-clinique qu'ils représentent ou dont ils se rapprochent le plus. Nous ne leur donnerons donc pas le nom de *spasmes*.

Mais surtout nous nous garderons de les appeler *tics*.

Car, on en arrive à méconnaître les faits les mieux caractérisés.

Exemple : sous le nom de « tics convulsifs », K. Lewin ne décrit-il pas l'observation d'un enfant de trois ans et



demi, qui ne marchait pas encore et chez lequel survenaient tous les jours six attaques soudaines, pendant lesquelles « tous les muscles » présentaient des secousses, durant environ une minute<sup>1</sup>?... Singulier *tic*, en vérité. Ces sortes d'attaques n'ont-elles pas déjà un nom? On les appelle « convulsions » ou « crises épileptiformes ». Le mot de « tic convulsif » en serait-il devenu tout bonnement synonyme? — On voit les inconvénients de cette généralisation.

Autre exemple : M. Cruchet, dans sa récente thèse, tend à étayer la physiologie pathologique du tic sur les travaux de von Monakow et de Muratow, relatifs aux mouvements convulsifs, *épileptoïdes*, *athétosiques* ou *choréiques*, qui se produisent à la suite des différentes lésions de l'axe cérébro-spinal (écorce, noyaux gris de l'encéphale, pédoncule, etc.). Il s'appuie également sur les données de l'expérimentation physiologique et rappelle l'action des substances convulsivantes (expériences de Richet et Langlois). Il en déduit que : « si dans certains cas le *tic convulsif matériel* est d'origine spinale, dans d'autres cas son origine est corticale ou subcorticale ». De la sorte, M. Cruchet arrive à ne considérer le tic convulsif que comme un *symptôme*, commun à une foule d'affections cérébro-spinales.

Le danger de cette conception du tic apparaît également dans les travaux des auteurs étrangers. Il suffit de lire, dans les traités allemands de neuropathologie, les chapitres consacrés aux spasmes et aux tics pour se convaincre de la regrettable confusion causée par cette synonymie. L'impression qui s'en dégage est la suivante :

Si le mot *tic* est destiné à faire double emploi avec le

1. K. LEWIN, Phosphaturie avec tics convulsifs chez un enfant de trois ans et demi. *Archiv. der phys. diat. Therapie*, p. 281, 1900.



mot *convulsion*, il n'y a plus aucune raison de le conserver dans la langue scientifique.

Nous préférons donc, conformément à des usages consacrés, restreindre, au lieu d'élargir à l'extrême, le sens du mot *tic*.

Nous conserverons au mot de *convulsion* son sens très général d'*anomalie par excès de la contraction musculaire*, avec toutes ses variantes et quelle qu'en soit la cause.

Et pour ce qui est du mot *spasme*, nous le réserverons pour désigner les phénomènes convulsifs résultant d'une irritation portant, soit sur un point d'une *voie centripète* émanant de la périphérie, soit sur un *centre réflexe bulbo-médullaire*, — soit enfin sur un point de la *voie centrifuge* de cet arc réflexe.

Dans ce dernier cas, nous ne faisons que nous conformer encore aux idées le plus généralement admises, depuis Charcot, et bien exposées par M. G. Guinon.

Il y a, disait ce dernier, des mouvements convulsifs d'espèces bien différentes. Les uns consistent en *spasmes* se produisant dans le domaine d'un nerf moteur ou mixte, le plus souvent un nerf crânien, en particulier le nerf facial, et reconnaissant pour cause une lésion anatomique, soit centrale, soit périphérique, du système nerveux.

Presque tous les auteurs français et étrangers, ces derniers surtout, depuis que le mot est passé tel quel dans leurs langues, décrivent ces mouvements sous le nom de *tic*... Ce ne sont que des convulsions partielles localisées au domaine d'un nerf, du facial par exemple, et non des tics convulsifs vrais. Ils en diffèrent tant par leurs caractères propres que par les autres symptômes qui les accompagnent; au point de vue anatomo-pathologique, la distinction est encore plus tranchée, les lésions étant nulles dans un cas, constantes dans l'autre.

Telle fut bien également la manière de voir de M. Brisaud.



En nous excusant de revenir sur des notions aussi élémentaires, nous rappellerons encore qu'un arc réflexe se compose de trois éléments : une voie centripète, un centre, une voie centrifuge. Or, « le spasme, a encore dit M. Brissaud, est le résultat d'une irritation subite et passagère d'un des points d'un arc réflexe ». L'irritation peut donc porter sur la voie centripète, ou sur le centre réflexe, ou enfin sur la voie centrifuge — autrement dit sur un nerf moteur. Ce nerf moteur lui-même n'a-t-il pas un centre réflexe spinal ou bulbaire? Comme on a coutume de désigner un arc réflexe par son *centre*, le centre de l'arc réflexe n'est-il pas *spinal* ou *bulbo-spinal*, — et cela, alors même que l'irritation siège en dehors de la moelle ou du bulbe?...

De même, quand M. Brissaud dit que le spasme est d'origine spinale, n'est-il pas évident qu'il envisage l'arc réflexe tout entier : voie centripète, centre *spinal*, et aussi la voie centrifuge? Il n'entend pas que la cause irritative siège *nécessairement* dans la moelle ou dans le bulbe, mais que l'irritation peut porter sur un point quelconque d'un arc réflexe dont le *centre* est *médullaire* ou *bulbaire*.

Ceci dit, nous répétons qu'il est nécessaire de réagir contre la tendance à employer le mot *tic* pour désigner des phénomènes convulsifs disparates, tant cliniquement qu'anatomiquement.

Lorsque M. Cruchet dit que le tic convulsif n'est qu'un symptôme, et lorsqu'il écrit : « Il ne nous paraît pas illogique d'admettre des tics convulsifs d'origine médullaire, bulbaire, sous-corticale et corticale.... Cette opinion, moins exclusive que celle de Brissaud, nous paraît répondre plus exactement à la réalité des faits.... », nous



croyons qu'on peut lui répondre : « Si peu exclusive en effet est cette opinion que, de la sorte, le terme de *tic convulsif* devient applicable à des phénomènes tels que l'épilepsie jacksonienne, l'hémichorée post-apoplectique, à tous les troubles convulsifs provoqués par une irritation directe ou réflexe, et même aux accidents produits par les poisons convulsivants. De ces faits, assurément, nul ne songera à contester la réalité. Mais si on leur donne le nom de tics, c'est que le mot *tic*, bon pour tout dire, ne veut plus rien dire du tout : il devient purement et simplement synonyme de *convulsion*. »

Pour ce qui est du spasme, si ce que l'on décrit sous le nom de *tic convulsif* est un accident produit par une « lésion matérielle directe ou indirecte », pareil tic, disons-nous, est un *spasme*. Et, d'ailleurs, ce n'est pas seulement notre avis, c'est aussi celui de M. Cruchet lui-même :

Pour éviter toute confusion, dit-il, il est entendu que chaque fois, dans le cours de notre thèse, nous emploierons le mot *spasme* isolément, il s'agira toujours de *tic matériel*.

Ce n'est plus alors qu'une question de synonymie. Cependant, après avoir si bien indiqué le sens du mot *spasme*, on peut regretter de voir ce dernier remplacé par des termes plus compliqués, comme ceux de *tic spasmodique*, *tic matériel*. Ces superfétations étaient-elles vraiment de mise dans un vocabulaire déjà tellement obscur?....

Pour notre part, nous préférons les rejeter, convaincus qu'une trop riche synonymie ne peut que nuire à la clarté, non seulement de la langue, mais des idées scientifiques.



Supposons maintenant qu'au lieu de jouer le rôle de surface d'excitation périphérique, l'écorce devienne elle-même un centre de réflexivité. Dans ce cas, le phénomène change complètement. Les vibrations centripètes venues de la périphérie subissent dans les centres corticaux des modifications qui se traduisent dans les réactions centrifuges. Pour ne parler que des réactions motrices, celles-ci apparaissent avec des caractères trahissant l'intervention des centres de l'écorce. Elles diffèrent des réactions motrices commandées par les centres bulbo-spinaux.

Eh bien ! C'est à cette catégorie de réactions motrices où se reconnaît l'intervention de l'écorce cérébrale qu'appartiennent les tics. Nous verrons bientôt pourquoi et comment.

Mais, disons-le dès maintenant, ces mouvements ne pourront devenir des tics que si le fonctionnement des éléments corticaux est irrégulier, anormal : l'étude psychologique ainsi que l'observation clinique nous fourniront des preuves convaincantes du déséquilibre morbide des phénomènes corticaux chez les tiqueurs.

Ainsi, pour attribuer un sens précis au mot *spasme*, nous avons adopté une convention, déjà consacrée par l'usage, et en particulier par l'enseignement de Charcot et de M. Brissaud. Pour la clarté des idées et du discours, on ne peut que souhaiter de voir se généraliser cette manière de parler.

Résumons nous donc :

En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale *ne prend pas et n'a jamais pris part*, nous dirons : ce n'est pas un tic.

Et si cette réaction motrice est la conséquence



de l'irritation pathologique d'un point quelconque d'un arc réflexe bulbo-spinal, nous ajouterons : c'est un *spasme*.

En présence d'une réaction motrice à laquelle l'écorce cérébrale prend ou a pris part, nous dirons : ce n'est pas un spasme.

Et si ce phénomène moteur, où se reconnaît la participation à un moment quelconque de l'écorce cérébrale, présente en outre certains caractères pathologiques distinctifs, nous pourrions ajouter : c'est un *tic*.

C'est précisément l'étude de ces caractères propres au tic que nous aurons à aborder bientôt. Mais, auparavant, il est indispensable de faire appel à quelques souvenirs physiologiques.

#### **Tic et Réactions motrices,**

**Actes réflexes, Actes coordonnés, Actes fonctionnels,  
Actes automatiques, Actes volontaires.**

On connaît cette expérience classique :

Sur la jambe d'une grenouille décapitée, déposons une goutte d'acide sulfurique. Immédiatement, le membre inférieur se contracte. Ce phénomène moteur est un *réflexe spinal*, pur et simple.

L'irritation persistant, l'autre jambe aussi se contracte. Puis, tout le corps s'agite : ce sont toujours des réflexes spinaux. La loi de généralisation des réflexes commande l'extension de ces phénomènes moteurs.

Mais continuons à observer la grenouille décapitée. Si la goutte d'acide sulfurique a été déposée sur la jambe gauche, nous voyons bientôt l'animal approcher son pied droit de sa jambe gauche; il cherche à frotter le point irrité par l'acide, pour chasser la cause d'irritation. Ceci



n'est plus un simple mouvement de défense : c'est une attaque.

Cette nouvelle manifestation motrice est un phénomène bien différent.

Dans le premier cas, en effet, il s'agit de réflexes médullaires purs et simples : excitation d'un nerf sensitif se transmettant à un nerf moteur. Dans le second cas, une réaction motrice succède bien encore à une excitation sensitive, mais les caractères de cette réaction motrice ne sont plus les mêmes. Dans le premier cas, le membre s'écarte brusquement de la cause irritante ; dans le second, l'animal va à la recherche de cette dernière ; il accomplit une série de mouvements *coordonnés* vers un but précis : chasser par le grattage la cause d'irritation.

Que le premier mouvement soit un réflexe involontaire, il n'est pas permis d'en douter. Que le second soit aussi automatique, on n'en peut douter davantage, puisque la grenouille est décapitée. Mais un *mouvement coordonné n'est pas nécessairement automatique d'emblée*. Son automatisme peut être le résultat d'une éducation à laquelle prend part la volonté. La coordination de l'acte peut même être la conséquence d'une intervention des centres corticaux.

Considérons l'enfant. Dans les premiers temps qui suivent sa naissance, il ne réagit que d'une seule manière : par des réflexes spinaux. Qu'on vienne à piquer, à pincer sa jambe, il la retire. Qu'on insiste, il écarte son autre jambe, agite ses bras, tout son corps, pousse des cris, lorsque le réflexe se généralise. Mais jamais le nouveau-né ne se servira, ni de son autre jambe, ni de ses mains, pour essayer de déplacer le contact irritant.

Qu'un corps étranger pénètre dans son œil, ses pau-



pières cligneront tant que la douleur persistera ; mais jamais l'enfant, le tout jeune enfant, ne frottera son œil pour en chasser le corps étranger.

C'est que le nouveau-né, comme l'a défini Virchow, n'est qu'un être spinal ; il n'a que des réflexes spinaux.

Les réactions motrices de ce genre se produisent sans le concours de la volonté, et celle-ci est presque toujours impuissante à les maîtriser. L'écorce cérébrale n'y prend aucune part.

D'autres mouvements, plus compliqués, existent également dès la naissance et s'exécutent indépendamment de toute intervention des centres corticaux. Les mouvements de succion, par exemple, apparaissent dès que les lèvres du nouveau-né sont mises en contact avec le mamelon. Ce n'est encore qu'un acte réflexe, une réaction motrice qui répond instantanément à une excitation sensitive.

Cependant ces mouvements sont *coordonnés* ; ils sont adaptés à un but : téter. On dit qu'il s'agit là d'un *acte fonctionnel*. La succion, en effet, est une fonction destinée à assurer la nutrition de l'enfant. Pareille fonction s'exécute sans l'intervention de la volonté. L'écorce cérébrale y reste étrangère. L'acte est automatique d'emblée. Une excitation périphérique suffit à provoquer le réflexe de succion. Cette excitation est d'ailleurs nécessaire, car l'enfant ne fait les mouvements de succion qu'à l'occasion de la sensation tactile du mamelon, du biberon, du doigt, appuyés sur ses lèvres.

De la même façon, la fonction de respiration, la fonction de nictitation ne s'établissent qu'au moment où l'air vient exciter la muqueuse des voies respiratoires ou de la conjonctive.



Les mouvements respiratoires, le clignotement, sont les réponses motrices spontanées à ces excitations sensibles : ce sont de simples réflexes bulbaires. De tels actes moteurs sont bien coordonnés, adaptés à un but ; cependant la volonté leur est étrangère. Le nouveau-né est incapable d'accélérer ou de retarder *volontairement* son rythme respiratoire, son clignotement. Les anastomoses cortico-bulbaires ou cortico-spinales ne sont pas encore établies chez lui.

Mais un jour vient où elles sont constituées. Dès ce moment, les centres corticaux, avertis par les excitations périphériques, sont capables de réagir sur les manifestations motrices. Les mouvements respiratoires peuvent être ralentis ou augmentés, la paupière peut se fermer plus souvent ou moins vite. *L'écorce peut modifier la fonction.*

Bien plus, l'écorce va pouvoir collaborer à l'institution d'une fonction nouvelle.

Une stimulation périphérique sera encore le point de départ nécessaire de l'acte fonctionnel ; mais la coordination des mouvements sera le résultat d'un travail de la volonté. Plus exactement, l'action inhibitrice de cette dernière aura pour effet de réduire les réactions motrices à celles qui sont nécessaires pour atteindre, exactement et uniquement, le but poursuivi. Une loi naturelle, absolue, immuable, *la loi du moindre effort*, semble régir cette œuvre de coordination.

C'est ainsi qu'on voit, peu à peu, l'enfant commencer à faire des mouvements plus compliqués, s'essayer, par exemple, à écarter de lui la cause d'une gêne ou d'une douleur, en s'attaquant à elle directement. C'est ainsi qu'il apprend à se gratter.

De même, l'enfant apprend plus tard à lutter contre d'autres causes irritatives, à cracher par exemple. Le nou-



veau-né ne sait que régurgiter, — réflexe simple. Mais cracher, c'est agir dans un but : c'est *vouloir* chasser un corps étranger. Pour atteindre ce but, ne faut-il pas à l'enfant une longue série d'efforts, une véritable *éducation*, le concours répété de sa *volonté*? Les mouvements nécessaires à la fonction de sputation sont ainsi coordonnés par des interventions corticales.

Il en est de même d'une foule d'actes dont la banalité peut en imposer dès l'abord, en donnant l'illusion qu'ils se produisent spontanément, sans le concours d'efforts volontaires initiaux.

Tous ces actes diffèrent essentiellement des réflexes du premier groupe qui, eux, existent *ab ovo*. Ils ne peuvent s'exécuter avec précision et régularité qu'après un temps d'*éducation* plus ou moins long, qu'après avoir été *répétés* à maintes reprises et *coordonnés volontairement* en vue du but à atteindre.

Cependant, ces actes coordonnés arrivent à se faire, au bout d'un certain temps, avec la spontanéité des mouvements réflexes les plus simples.

Le concours de la volonté, de l'attention, n'est plus nécessaire, et l'on en arrive à se gratter, cracher, marcher, etc., sans combiner au préalable les contractions musculaires destinées au grattage, à la sputation, à la marche, autrement dit sans aucune participation *actuelle* de la volonté.

Mais, il ne faut pas l'oublier, ce travail de coordination musculaire, automatique aujourd'hui, ne l'était pas au début. Une *éducation* préalable, — la *répétition de mouvements orientés vers un but*, — éducation plus ou moins longue suivant les actes et suivant les sujets, a été indispensable pour atteindre ce résultat.



Dira-t-on par exemple que, chez l'homme, la marche est un acte coordonné, d'emblée automatique? — Nullement. Elle nécessite au contraire une éducation motrice de longue durée. Ce n'est qu'après plusieurs années d'efforts moteurs qu'elle devient vraiment automatique, comme deviennent également automatiques l'acte de se gratter, l'acte de rejeter un corps irritant de l'arrière-gorge.

Mais voici une objection : le poussin au sortir de l'œuf est capable de progresser. N'est-ce pas un argument en faveur de l'*automatisme congénital* des mouvements de la marche? — Sans doute, le poussin, peu de temps après avoir brisé sa coquille, peut se tenir sur ses pattes et se met à marcher. A la vérité, ses mouvements sont encore imparfaits; ne le voit-on pas, tout au début du moins, tituber, tomber à la moindre cause et même sans cause apparente, comme fait l'enfant lors de ses premiers pas?... Cependant la chose est notoire, le poussin marche aussitôt éclos. Et il n'est pas douteux que, chez certains animaux, l'automatisme de la marche s'acquiert avec une rapidité si surprenante, qu'il semble même être tout acquis à la naissance.

Pour tous les phénomènes moteurs qualifiés d'*instinctifs*, on ne peut nier qu'il existe une *aptitude congénitale*, qui peut être elle-même le résultat des éducations ancestrales. On doit reconnaître, d'autre part, qu'il en est de l'éducation motrice comme de l'éducation sensitive et sensorielle : certaines espèces, certains individus, par suite d'aptitudes congénitales particulières, sont capables de perfectionnements extrêmement rapides. Chez eux, la période d'éducation *semble* faire défaut; beaucoup de leurs actes moteurs paraissent d'emblée automatiques. On peut se demander, toutefois, si cette apparence ne tient pas à ce qu'ils nécessitent seulement une *très courte période d'éducation*.



Mais ne parlons que de l'homme. Chez lui, l'éducation motrice se fait avec une lenteur telle, qu'on peut assister à la transformation d'une foule d'actes, primitivement voulus et orientés vers un but défini, en actes automatiques. Un éducateur n'est pas toujours nécessaire ; l'éducation n'en existe pas moins.

L'enfant, pour apprendre à marcher, n'a pas besoin de professeur : il pourrait à la rigueur se passer de ses parents et ignorer que l'on marche. Il serait capable de faire lui-même sa propre éducation. Pourquoi apprendra-t-il à marcher sur deux pieds et non sur quatre ? C'est là qu'on peut faire intervenir la conformation de l'organisme ou l'influence ancestrale de l'éducation de l'espèce. Mais on peut supposer que si l'homme marche un jour de façon automatique, c'est qu'il a commencé par coordonner les mouvements de ses membres inférieurs, de tout son corps, vers ce but : marcher.

Il suffit d'observer les premiers pas d'un enfant, pour apprécier les efforts volontaires qu'il doit réitérer, avant d'acquérir le véritable automatisme de la marche.

Ne nous laissons donc pas leurrer par l'automatisme *actuel* de certains actes coordonnés. Celui-ci s'acquiert plus ou moins vite, mais pour s'acquérir il nécessite le plus souvent une éducation. Si courte que soit cette dernière, il suffit qu'elle ait existé pour qu'à leur début les mouvements aient été coordonnés en vue du but poursuivi, grâce à une intervention des centres corticaux.

Mais il y a mieux encore.

Au fur et à mesure que son écorce se développe, l'individu devient capable d'exécuter spontanément, sur une incitation partie, non plus de la périphérie, mais de l'écorce cérébrale elle-même, des actes qui, par l'éduca-



tion, prennent tous les caractères des actes fonctionnels. *Ces actes naissent d'idées*. Tout exercice corporel, tous jeux, tous métiers manuels, peuvent servir d'exemples.

Veut-on apprendre à nager?

Il faut apprendre à coordonner ensemble les mouvements des bras, et ceux des jambes. C'est bien une éducation motrice volontaire, et pour en arriver à la coordination régulière de tous ces mouvements nécessaires et suffisants à la progression dans l'eau, il faut à certains sujets, de persévérants efforts, une volonté tenace, une longue série de *répétitions*. Cependant un jour vient où l'on se surprend à nager, sans avoir besoin de faire l'effort volontaire nécessaire pour combiner ses mouvements, sans même se rendre compte qu'on remue bras et jambes.

Et même, si l'on cherche à faire intervenir la volonté dans chacun de ces mouvements devenus automatiques, on risque fort de les exécuter à faux.

Ce que je fais naturellement, disait MONTAIGNE, si je m'ordonne de le faire par une expresse et prescrite ordonnance, je ne sçay plus le faire. Cette tyrannie rebute mes membres... ils se croupissent d'esfroy et de despit !

On ne saurait mieux définir l'*automatisme acquis*.

Niera-t-on cependant que ces mouvements ont été *appris* autrefois et que leur *automatisme actuel* aurait jamais pu s'acquérir sans une éducation motrice antérieure? — Non, évidemment, et il est bien certain qu'une telle éducation n'a pu se faire qu'avec le concours effectif de la *volonté d'agir*, et d'*agir dans un but* bien précis.

La conclusion qui s'en dégage est qu'une intervention des centres corticaux a été jadis nécessaire pour la coor-



dination de ces mouvements, encore qu'aujourd'hui elle semble superflue.

Objectera-t-on, à propos de notre exemple, que la plupart des mammifères nagent sans avoir jamais appris?

— Si la natation, chez eux, semble spontanée, cela tient à ce que, pour se maintenir sur l'eau, ils font, à très peu près, les mêmes mouvements que pour la marche. Leur éducation natatoire se trouve donc déjà presque complètement faite le jour où ils savent marcher.

Ces considérations physiologiques nous conduisent à distinguer parmi les réactions motrices :

D'abord, de *simples réflexes spinaux*, où ne se reconnaissent *aucune coordination, aucune systématisation fonctionnelle*. La volonté ne peut exercer aucune influence sur leur production et ne peut que très exceptionnellement, sinon jamais, amener leur répression. C'est à ce groupe qu'appartiennent les mouvements des *spasmes*.

Ensuite, des *actes moteurs fonctionnels*. Parmi eux : les uns essentiels, comme la respiration, la succion, se montrent dès la naissance, *coordonnés en vue d'une fonction* déterminée; les autres plus tardifs, comme la marche, la mastication, n'acquièrent leur coordination complète qu'à la suite d'une *éducation* plus ou moins longue; d'autres enfin, plus tardifs encore, et n'ayant rien de nécessaire, sont engendrés par des *idées*, mais acquièrent bientôt, eux aussi, tous les caractères des actes fonctionnels. Les premiers se manifestent sans le concours de la volonté; elle est nécessaire au perfectionnement des seconds, indispensable à la création des derniers. Sur les uns comme sur les autres la volonté est capable d'exercer son action frénatrice. A l'exécution de ces actes l'écorce cérébrale a pris ou peut prendre part.



C'est à ce second groupe de réactions motrices qu'appartiennent les mouvements des tics.

### Tic et Coordination.

Ainsi le mouvement d'un tic est un acte *coordonné*, ou, comme on dit encore, *systématique*, c'est-à-dire, *orienté vers un but défini*. Nous en verrons bientôt plus d'une preuve.

D'ailleurs, la majorité des auteurs sont d'accord sur ce point. Il existe cependant quelques divergences, plus apparentes que réelles, et qui, comme toujours, proviennent d'interprétations différentes données aux mots. Il est nécessaire de dissiper dès à présent tout malentendu à ce sujet.

Dans son premier mémoire sur l'affection qui porte aujourd'hui son nom, M. Gilles de la Tourette qualifiait d'*incoordination motrice* l'ensemble des mouvements convulsifs de ses malades. M. Georges Guinon s'attacha à démontrer que ces mouvements étaient systématisés et reproduisaient, mais d'une façon involontaire, des mouvements coordonnés de la vie de chaque jour. M. Gilles de la Tourette a bien reconnu depuis lors qu'il en était parfois ainsi; mais souvent, ajoute-t-il, « ces mouvements sont réellement incoordonnés ». Il ne s'agit que de s'entendre sur la signification du mot.

« L'incoordination des mouvements musculaires, dit LITTRÉ, est un état dû à certaines maladies du système nerveux, dans lequel le malade ne peut coordonner les mouvements musculaires pour marcher, saisir un objet, etc..... »

« Incoordonné » est donc également applicable aux gesticulations du tiqueur, du choréique, de l'athétosique,



aux mouvements de l'ataxie, aux tremblements de la sclérose en plaques, de la paralysie agitante, etc.

Un qualificatif aussi général ne saurait avoir une valeur diagnostique. Bien plus, il prête à confusion.

C'est justement dans leur *manière* d'être incoordonnés que les types cliniques diffèrent les uns des autres. Et l'on doit s'efforcer de distinguer les gesticulations de la chorée variable, des gestes d'un sujet atteint de la maladie de Gilles de la Tourette, comme on différencie le tremblement parkinsonien de celui d'une sclérose en plaques.

Il faut donc bien préciser le sens de l'expression *incoordination motrice*. Nous serons entièrement d'accord sur ce point avec M. G. Guinon.

La véritable incoordination motrice, dit-il, c'est celle du tabétique qui lance ses jambes de droite et de gauche, qui ne peut arriver à prendre une cuiller sur une table, par exemple, parce que ses doigts s'agitent dans le vide à côté de l'objet à saisir. Il n'existe rien de tel chez les malades affectés de tics. Bien au contraire, et ce fait a dans l'espèce une très grande importance, ils conservent toujours dans leurs mouvements volontaires, une assurance parfaite. Tel dont les bras gesticulent en dehors des mouvements volontaires, ne porte jamais en mangeant sa fourchette à sa joue ou à son oreille et ne renverse pas une goutte d'eau en buvant un verre plein. Tel autre qui s'arrête en marchant pour fléchir les genoux, ou pour étendre violemment le membre inférieur en frappant du pied par terre, n'embarrasse pas ses jambes l'une dans l'autre et ne tombe jamais.

M. Letulle, dans son bel article du Dictionnaire Jacoud, distingue deux espèces de tics :

Le *tic convulsif*, constitué par une série de convulsions partielles, et le *tic coordonné* dont les contractions musculaires, régulièrement adaptées à un but, ont pour expression tel ou tel mouvement complexe et réglementé.....



... Le *tic convulsif* est une convulsion locale, partielle, un acte incohérent de la contractilité musculaire. Le mouvement produit est irrégulier, anormal, inutile : c'est une secousse musculaire qui s'éteint sans effet après s'être produite sans raison.

... Tout autres, ajoute M. Letulle, sont les caractères des *tics coordonnés*.

Tout individu possède, à l'état normal, les éléments générateurs d'un tic coordonné. C'est « un geste habituel, un mouvement de prédilection », dont la cause est « le besoin d'une contenance, la recherche d'une attitude, le désir de cacher une timidité innée souvent invincible, de dissimuler une préoccupation, de se donner un temps de réflexion.

Ces contractions musculaires, volontaires à l'origine, deviennent souvent, tôt ou tard, automatiques. Elles sont encore régulières dans toute leur complexité, bien coordonnées, mais elles ne sont déjà plus conscientes; et c'est ainsi que, par transitions insensibles, le geste habituel et voulu tourne au *tic coordonné*, systématique, et entre de plein pied dans la pathologie.

La distinction opérée par M. Letulle entre les *tics convulsifs* et les *tics coordonnés* est loin d'être absolue. Il le laisse entendre lui-même :

... La valeur séméiotique (des tics coordonnés) est tout à fait comparable à celle de leurs congénères, les tics convulsifs, dont ils diffèrent d'habitude par l'étendue plus notable, la complexité plus grande des mouvements, ainsi que par la durée plus considérable....

Dans le tic convulsif, à la vérité, il s'agirait de *convulsion*, et dans le tic coordonné de *contraction musculaire*. Faut-il entendre par là que dans ce dernier cas on ait affaire à un phénomène normal? — Evidemment non. D'ailleurs, M. Letulle le dit, le tic coordonné, une fois constitué, « entre de plein pied dans la pathologie ».

Le *tic convulsif* serait une *convulsion locale, partielle*,



*irrégulière, anormale....* — Mais tous ces caractères suffisent-ils à le différencier du tic coordonné? Le mordillement des lèvres (tic coordonné selon M. Letulle), n'est-il pas un acte musculaire *local, partiel, irrégulier, anormal*? Les tics coordonnés seraient *plus étendus, plus complexes*, et d'une *durée plus considérable.....* — Mais le *hem!* ce bruit laryngé, explosif (encore un tic coordonné selon M. Letulle), est-il un phénomène tellement complexe? N'est-il pas surtout d'une brièveté extrême?....

Un autre caractère distinctif du tic convulsif est, selon M. G. Guinon, que celui-ci reproduit « le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire ». C'est un mouvement « systématisé, adapté à un but ». — Or, nous avons vu que le tic coordonné de M. Letulle était constitué par « des contractions musculaires régulièrement adaptées à un but ». Autrement dit le *tic convulsif* de M. Guinon et le *tic coordonné* de M. Letulle sont *l'un et l'autre systématiques* : le mot est appliqué par ces deux auteurs aux deux variétés de tics qu'ils s'efforcent de distinguer.

Cette apparente contradiction est facile à comprendre. Tel geste qui nous paraît aujourd'hui incohérent, inutile si nous n'en trouvons pas la raison, nous semblera demain judicieux, logique, « adapté à son but », si ce but nous est révélé. Tel mouvement inexplicable pour l'un de nous sera logiquement expliqué par un autre.

Un sujet a pris l'habitude de cligner de l'œil à la suite d'une conjonctivite et cette habitude a persisté, alors même que sa paupière est complètement guérie. Si nous ignorons l'origine de ce tic, disons-nous qu'il est *convulsif*, sous prétexte qu'il nous semble inutile? Et si nous la connaissons, pourrions-nous dire qu'il est *coordonné*, alors que la contraction n'intéresse qu'un seul muscle?...



La distinction entre les deux variétés de tic admises par M. Letulle, serait donc acceptable pour certains cas, mais non pour tous. Nous préférons, pour notre part, ne pas chercher à établir une division basée sur ce que la contraction musculaire peut avoir de restreint ou d'étendu, de logique ou d'incohérent.

Il n'est pas difficile, dit fort judicieusement M. NOIR, de trouver des intermédiaires entre ces deux classes, car nous savons que les tics convulsifs reproduisent toujours un geste automatique ou réflexe et sont toujours plus ou moins coordonnés. Certaines grimaces de la face, certains mouvements des membres, tels que le haussement des épaules, les mouvements de pronation et de supination, sont parfois difficiles à placer dans l'une de ces deux classes. Il n'y a donc pas de différence essentielle entre les tics convulsifs et les tics coordonnés.

Ces deux espèces de tics, lorsque réellement il s'agit bien de tics, tendent donc à se confondre en une seule. Laissons donc de côté cette distinction. A notre sens, dans ce que nous appelons *tic*, les phénomènes moteurs sont toujours de mouvements *systématiques, coordonnés*. Car, nous excluons des tics tous les réflexes simples de centres spinaux ou bulbaires. Nous n'y faisons rentrer que des actes musculaires qui sont toujours *systématiquement coordonnés* en vue du but qu'ils doivent atteindre. C'est précisément ce qui permet de les distinguer des spasmes.

Les spasmes cloniques, dit M. BRISSAUD, à l'inverse des tics, sont des mouvements involontaires où il est impossible de reconnaître la moindre systématisation fonctionnelle. On n'y voit participer que des muscles ou des groupes de muscles dont la synergie active ne tend pas vers un but connu.



### Genèse du Tic.

Nous venons de le voir, il existe des actes moteurs *coordonnés*, dirigés vers un but. Par la suite, grâce à l'éducation, à la répétition, ces mouvements peuvent, nous l'avons vu également, devenir *automatiques*. S'ils ne se produisent qu'à l'occasion du but poursuivi, même en s'exécutant de façon automatique, ils restent simplement des actes automatiques, comme l'acte de se gratter, de marcher, etc.

Mais voici un acte coordonné qui se répète automatiquement, *sans cause* et *sans but*... Qu'est-ce que cette anomalie?

Exemple : Une jeune fille inclinait sa tête sur l'épaule dans le but de calmer les douleurs d'un abcès dentaire. Acte provoqué par une cause réelle, réponse musculaire parfaitement voulue, réfléchie, incontestablement dérivée d'une intervention de l'écorce. La malade *voulait* calmer sa douleur en comprimant et en réchauffant sa joue. Elle-même avait décidé cet acte, en vue d'un but bien précis. L'abcès persistant, le geste s'est répété, de moins en moins voulu, de plus en plus habituel, à la fin automatiquement. Mais il avait encore sa cause et son but. Jusque là, rien d'anormal.

Or, l'abcès a guéri, la douleur a cessé. Cependant la jeune fille continue à incliner par moments sa tête sur son épaule. Quelle est maintenant la cause de ce geste? Quel est son but? — Disparus l'un et l'autre. Qu'est-ce donc que cet acte, primitivement voulu, coordonné, systématique, lequel aujourd'hui se répète encore automatiquement, mais sans cause et sans but? — C'est un tic.

Charcot avait excellemment décrit ce processus :



Les mouvements convulsifs appelés tics, quelque complexes et bizarres qu'ils puissent paraître, ne sont pas toujours, comme on est porté à le croire lorsqu'on y regarde superficiellement, dérégles, incoordonnés, contradictoires au premier chef. Ils sont au contraire *systématisés* en général, en ce sens qu'ils reparaissent toujours les mêmes chez un même sujet, et, de plus, ils reproduisent, en les exagérant cependant, *certaines mouvements automatiques complexes, d'ordre physiologique, appliqués à un but*; ce sont en quelque sorte, en d'autres termes, la caricature d'actes, de gestes naturels... Le mouvement complexe du tic n'est pas absurde en soi; il est absurde, illogique, parce qu'il s'opère hors de propos, sans motif apparent. L'acte de se gratter se produit alors qu'il n'existe pas de démangeaison, le clignotement a lieu en l'absence de tout corps étranger<sup>1</sup>...

Nous le verrons en effet, surtout par l'étude étiologique, la première manifestation d'un tic est, très souvent, un mouvement, un geste, primitivement adapté à un but défini. Ce geste est répété à plusieurs reprises, volontairement d'abord, puis passe à l'état d'habitude, se reproduit bientôt sans raison et devient incompréhensible, lorsque la cause qui l'avait provoqué n'existe plus.

Pourquoi le même geste plusieurs fois répété, ne prend-il pas chez tous les individus les caractères d'un tic? — C'est qu'il ne suffit pas pour devenir tiqueur de réitérer un mouvement plusieurs fois sans raison. N'est pas tiqueur qui veut : une prédisposition psychique que justifie l'hérédité, la débilité de la volonté surtout, sont nécessaires pour que le tic s'établisse avec l'allure pathologique qui lui est propre.

L'état mental joue donc un rôle capital dans la genèse du tic. Nous aurons à en parler longuement.

Ce que nous voulons faire voir, dès à présent, c'est que

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1889, p. 464.



la première manifestation motrice d'un tic est, dans la majorité des cas, sous la dépendance de la volonté, autrement dit qu'au début une intervention de l'écorce est nécessaire. L'observation clinique en fournit maintes preuves.

Sans doute, malgré l'enquête la plus minutieuse, la cause initiale d'un tic peut être difficile à préciser, soit que le sujet l'ignore, soit qu'il l'ait oubliée, soit qu'on ne sache la dépister. Un long questionnaire et les interrogatoires de l'entourage suffisent cependant dans la plupart des cas pour reconstituer la pathogénie des accidents.

Nous avons eu, depuis plusieurs années, l'occasion d'observer un assez grand nombre de tiqueurs, et nous avons recherché dans chaque cas le mode de début de telle ou telle localisation de leurs accidents. Dans presque toutes nos observations il nous a été possible de retrouver d'abord la cause provocatrice du tic, et corollairement, l'explication de la réaction motrice qui fut, à l'origine, la réponse volontaire du sujet à cette provocation.

Souvent, avec le temps, le mouvement primitif se défigure; en l'analysant avec soin, on arrive pourtant à reconnaître ses traits essentiels dans la « caricature » qu'en a fait le tic.

Quelques exemples feront comprendre ce mécanisme psycho-physiologique, variable d'ailleurs suivant les sujets, mais, au demeurant, toujours soumis à la même règle générale.

Un sujet porte un col trop étroit dont le bord déchiré vient irriter son cou : cuisson au point irrité. Brusquement, le cou s'éloigne du corps irritant : simple mouvement réflexe de défense, comparable à celui de la patte de la grenouille fuyant devant la goutte d'acide : ce n'est qu'un réflexe spinal.



Mais voici le sujet averti par la sensation douloureuse. Il *veut* l'éviter. Comment faire? — Éloigner son cou de la cause d'irritation, pencher la tête du côté opposé. C'est le même mouvement que précédemment, mais ce mouvement est de toute autre nature. Le premier était involontaire, celui-ci est voulu. Le premier n'était qu'un réflexe spinal, le second est la manifestation d'un phénomène cortical. Est-ce un tic? — Non certes. Mais ce pourra devenir un tic, et voici comment :

Le lendemain le col est changé, remplacé par un autre qui n'est ni déchiré ni trop serré. Plus d'irritation cutanée, partant plus de raison d'incliner la tête. Peut-être, le souvenir de la sensation désagréable éprouvée la veille pourra-t-il inciter le sujet à vérifier par quelques mouvements de tête si la cause d'irritation a disparu. L'expérience faite, si réellement la gêne n'existe pas, il ne sera plus question de ce geste : il n'a plus de raison d'être, et si même l'idée de le réitérer se présentait, la volonté suffirait à refréner ce désir intempestif. C'est ainsi que les choses se passent chez les sujets normaux.

Pour le candidat au tic, il n'en est plus de même. On le verra répéter le geste d'hier, bien que celui-ci ne soit plus nécessaire. Pourquoi? Dans quel but? La cuisson n'existe plus.... Est-ce pour rechercher la sensation éprouvée la veille, pour savoir si elle s'est atténuée, si elle a disparu? — Oui, souvent au début, telle est réellement la cause de son mouvement. Elle est plausible. Mais une ou deux expériences lui donneront-elles satisfaction et bornera-t-il là son enquête? — Non. Le candidat au tic ne se satisfait pas ainsi. Il renouvelle le geste à maintes reprises, il se complait à ces enquêtes réitérées. Ayant éprouvé hier une sensation anormale, il veut, aujourd'hui, savoir si elle persiste. Il va jusqu'à réveiller



l'ancienne cuisson par une pression plus forte, quitte à la faire cesser en répétant le geste correcteur. Peu à peu même, il oublie le mal initial; il lui suffit de réitérer le mouvement. Ce geste devient *habitude*; il se reproduit *automatiquement*; logique hier, aujourd'hui superflu, sinon préjudiciable : C'est un tic.

L'écorce est bien intervenue dans sa genèse, et l'inopportunité de cette intervention témoigne en outre d'un certain désordre des fonctions psychiques.

Autre exemple : Une escarbille entre sous la paupière : douleur, clignotement. Est-ce un tic? — Non. C'est un spasme : acte réflexe qui s'effectue sans le concours de l'écorce. L'escarbille disparaît, mais la conjonctive reste irritée, le clignotement persiste; c'est encore un spasme. Toute trace d'irritation disparaissant, le clignotement persiste, il se répète et se répète encore. — Ce peut être un tic.

En quoi consiste donc ici le rôle de la sphère corticale? Ne semble-t-elle pas être restée complètement étrangère à la manifestation motrice? — Oui, tant que le corps étranger n'a fait que provoquer un simple mouvement réflexe. Mais la cause irritative disparue, l'écorce a pu intervenir à son tour, comme dans le cas précédent, pour commander la reprise du geste.

Et si l'on ne retrouve pas toujours la preuve certaine de cette intervention, du moins doit-on reconnaître que la persistance de l'acte inopportun témoigne encore d'une imperfection psychique : l'insuffisance du pouvoir inhibiteur de la volonté, qui se trouve impuissante à réprimer un geste intempestif.

M. Georges Guinon avait bien remarqué que dans les tics de clignotement, les malades attribuaient l'origine de



leurs mouvements convulsifs à des corps étrangers situés sous les paupières; mais, disait-il, « si ces mouvements ressemblent extérieurement tout à fait au tic simple, ils en diffèrent cependant complètement sous le rapport de leur essence et au point de vue du pronostic que l'on doit y attacher ». Il s'agirait alors « de mouvements involontaires d'origine réflexe causés par une sensation anormale, le plus souvent douloureuse ». Et M. G. Guinon cite, comme type de ces mouvements réflexes involontaires, le « tic douloureux » de la face. — Rien de plus vrai, si la douleur persiste : de tels mouvements ne sont pas des tics, mais bien des spasmes. Au contraire, le jour où la cause provocatrice et la douleur ayant disparu, le mouvement continue à se produire sans cause et sans but, ce jour-là, il est permis de supposer qu'on se trouve en présence d'un tic.

Ainsi un tic peut succéder à un spasme. Et il n'est pas douteux que, dans bien des cas, une réaction motrice franchement *spasmodique* puisse déterminer la forme et la localisation d'un tic.

Mais la première manifestation d'un tic peut être aussi, un geste voulu, adapté à un but défini, nécessité par une cause précise. Cette cause sera le plus souvent une sensation anormale, une gêne, une légère douleur, que le sujet cherche à atténuer par un geste approprié, — mouvement volontaire, acte coordonné.

Si la cause vient à disparaître, chez l'individu normal le geste protecteur disparaît également. Chez le futur tiqueur, on le voit persister : c'est la conséquence de son imperfection mentale.

Le candidat aux tics est un déséquilibré. Une vive souffrance peut le laisser indifférent. Par contre, une minime



douleur, une simple gêne, peuvent le préoccuper à l'extrême. Pour s'en débarrasser, il aura recours à toutes sortes d'inventions, en particulier il adoptera les positions les plus bizarres. De là, des mouvements plus ou moins compliqués, des attitudes étranges, graines de tics toutes prêtes à germer sur un terrain approprié.

*Éviter une sensation anormale* : tel est bien le premier but d'un grand nombre de ces réactions motrices, incontestablement commandées par l'écorce.

Mais ce n'est pas tout. La sensation anormale ayant disparu, le tiqueur n'est pas débarrassé de son inquiétude : il redoute de l'éprouver à nouveau ; il veut s'assurer de son absence : il va à sa recherche. Il s'ingénie à la retrouver, et pour y parvenir, il multiplie les gestes et les attitudes bizarres, jusqu'à ce qu'il soit arrivé à ses fins : *éprouver de nouveau la sensation anormale*.

Et de même qu'au début il ressentait une satisfaction, lorsqu'il était parvenu à *éviter* la gêne ou la douleur, de même maintenant, il n'est satisfait que lorsqu'il a *trouvé* cette gêne ou cette douleur. Dans l'un et l'autre cas, ses gestes, ses attitudes, furent bien des actes volontaires, coordonnés ; mais leur destination inusitée, leur répétition à outrance, trahissent, à n'en pas douter, ce déséquilibre mental sans lequel il n'existerait pas de tiqueurs.

L'histoire de M. O... nous a fait connaître une série d'exemples très démonstratifs de ce processus pathogénique ; celle du jeune J... n'est pas moins édifiante ; en voici quelques extraits :

En 1896, pendant les vacances, un tic apparut : *tic du nez*, nettement provoqué par une petite ulcération nasale, devenue croûteuse. L'enfant prit alors l'habitude de froncer son nez, de tortiller sa lèvre supérieure, tantôt cherchant par toutes



sortes de grimaces à *éviter la gêne* causée par la petite plaie nasale, tantôt au contraire prenant plaisir à *rechercher cette sensation* inusitée. Le « reniflement » devint bientôt involontaire, passa à l'état de tic. Pendant deux mois, ce tic du nez fut prédominant. La croûte nasale était tombée depuis déjà longtemps que les mouvements du nez persistaient encore.

Une nouvelle cause vint provoquer un nouveau geste, qui, à son tour, devint un nouveau tic, lequel se substitua au précédent.

Pendant l'hiver, les lèvres se couvrirent de gerçures. Ce fut l'origine d'un *tic de léchage* et de *mordillage*. A la première excoriation labiale, le jeune garçon commença à passer sa langue sur ses lèvres pour les humecter; d'où de nouvelles gerçures, bientôt suivies de nouveaux léchages, puis de mordillages. Et ainsi de suite pendant toute la durée des froids.

En mars 1899, le jeune homme eut une grippe assez forte, accompagnée de fièvre et de douleurs dans les articulations. Il se plaignit alors d'éprouver dans la nuque une sorte de gêne avec des *craquements*, plus désagréables que douloureux. Tantôt pour les *éviter*, tantôt au contraire pour *chercher à les reproduire* (comme on s'amuse parfois à faire craquer les jointures des doigts) il multiplia les mouvements de la tête dans tous les sens; il prit rapidement cette mauvaise habitude. Ainsi naquit un *tic du cou* qui resta prépondérant pendant quelques mois.

Ainsi, le *besoin d'aller à la recherche d'une sensation*, s'observe très fréquemment chez les tiqueurs. Et c'est pour satisfaire ce besoin que le geste est exécuté.

M. J. Noir a attiré l'attention sur un tic que l'on observe fréquemment chez les idiots aveugles.

Il consiste, dit-il, en mouvements rapides, exécutés avec un doigt devant les yeux. L'explication de ce tic, que nous avons observé chez la plupart des aveugles du service des enfants de Bicêtre, paraît être la suivante : La cécité n'est pas généralement assez complète pour empêcher la rétine de percevoir une faible impression lumineuse; par les mouve-



ments de va-et-vient rapides d'un doigt devant les yeux, l'aveugle amenant des sensations intermittentes d'ombre et de lumière, en est plus fortement impressionné et son tic n'est autre que la recherche de cette impression.

M. Dubois (de Saujon) rapporte le fait suivant :

La malade (une jeune fille de vingt ans) heurte son coude droit contre sa poitrine, l'avant-bras étant plié sur le bras; elle le heurte quinze, vingt fois par minute, elle le fait jusqu'à ce que le coude ait violemment touché la baleine du corset; ce coup plus violent est accompagné d'un petit cri guttural.... Il semble que la malade n'ait la satisfaction de son tic que lorsqu'elle a provoqué ce choc du coude accompagné du cri. Alors elle cesse quelques minutes pour recommencer dans les mêmes conditions. Le choc du coude contre la paroi du thorax est tel, qu'à la longue s'est formée une érosion sous un point bien limité et c'est lorsque la sensation de contact avec le point érodé s'est fait sentir, que le petit cri est poussé et que la malade cesse momentanément de tiquer. Mais si le coude est au repos, la tête remue se déviant plusieurs fois par minute de gauche à droite et en haut <sup>1</sup>.

On observe aussi, chez les tiqueurs, une sorte de *besoin de répéter avec excès* un acte fonctionnel.

Enfin, la *répétition* qui est une des particularités des actes moteurs fonctionnels existe dans les réactions motrices des tics, mais avec un caractère d'exagération et d'inopportunité, véritablement pathologique.

La mère d'un des malades dont M. J. Noir a rapporté l'observation, avait eu des tics dans sa seconde enfance. Toutes les fois qu'elle faisait un mouvement dans un but quelconque, elle était tentée de le répéter, alors même que le but du mouvement n'existait plus.

1. DUBOIS (de Saujon), Traitement des tics convulsifs par la rééducation des centres moteurs, obs. I. *Bulletin général de thérap.*, 30 avril 1901.



En outre, tous ces besoins sont spécialement impérieux et l'exécution de l'acte est suivie d'une *satisfaction* singulière. Par là, on peut déjà reconnaître une ressemblance entre le tic et l'obsession. Nous aurons l'occasion d'y revenir en étudiant l'état mental des tiqueurs. D'ores et déjà il importait de signaler ces phénomènes psychiques, car ils sont essentiels pour comprendre la pathogénie du tic, et d'une grande importance pour le diagnostic.

On constate également dans beaucoup de tics les caractères des phénomènes émotionnels.

Il se produit, à l'origine du tic, dit M. ERNEST DUPRÉ, un phénomène analogue à celui qui préside à la genèse des obsessions ou des impulsions, et que l'on a qualifié de *choc émotionnel*<sup>1</sup>.

L'exemple de M. O., celui du jeune J. sont à cet égard très significatifs.

Chez J., durant les vacances, survint une amélioration légère, suffisante cependant pour permettre la reprise des études à la rentrée des classes.

Mais, au début de l'année 1900, une atteinte de grippe fut l'occasion d'une reprise des tics du cou.

En même temps, le jeune homme se plaignit d'une fatigue invincible; tout exercice physique, tout travail intellectuel lui devinrent extrêmement pénibles. Il était triste; il s'inquiétait exagérément de son avenir. Il avait des crises de larmes et de désespoir. Par moments, il éprouvait de l'anxiété, de l'angoisse même, avec des rougeurs ou des pâleurs subites, des sueurs abondantes; bref un véritable état de mal obsédant causé surtout par la préoccupation de sa santé, et aggravé par les inquiétudes mal dissimulées de son entourage.

Il tiquait alors de façon excessive. La moindre douleur, la

1. Soc. de Neurol. de Paris, 18 avril 1901.



moindre gêne était un prétexte à tiquer. Bien plus, *l'idée de tiquer, la peur de ses tics*, l'incitaient encore à tiquer davantage.

Il semble s'être ingénié alors à inventer de nouveaux mouvements; et, oubliant aussitôt qu'il les avait créés lui-même, il s'en alarmait comme d'un signe certain de l'aggravation de sa maladie.

On retrouvera des détails analogues dans toutes les observations de tiqueurs où l'on s'est attaché à étudier parallèlement le trouble mental et le trouble moteur. Celui-ci est presque toujours intimement lié à celui-là. Si parfois la liaison échappe, il est prématuré d'en conclure qu'elle n'a pas existé.

Pour notre part, nous estimons qu'un tic ne saurait être un tic si l'état mental ne présente pas un certain degré de déséquilibre et d'imperfection.

Car, alors même que les phénomènes que nous venons d'examiner n'apparaissent pas dans toute leur netteté, il est un signe psychique dont on ne peut nier l'évidence et qui trahit indubitablement la désharmonie mentale des tiqueurs : ce sont les *anomalies de la volonté*.

#### Tic et Volonté.

Un tic, semble-t-il, ne saurait être volontaire sous peine de cesser d'être un tic. Cependant, si l'on admet que le tic a souvent pour origine la répétition fréquente d'un mouvement primitivement volontaire, si l'on répète, avec tous les auteurs, que la volonté peut arrêter, « transformer » ou « faire avorter » le tic, on reconnaîtra d'autre part que la volonté joue un certain rôle dans le tic.

Il en est du tic comme de la marche : mouvement volontaire au début chez l'enfant, peu à peu elle devient



automatique; même chez l'adulte, parfois la marche est *voulue*; parfois, plus souvent d'ailleurs, elle est automatique. De presque tous nos gestes coutumiers on pourrait en dire autant.

La vérité est que le *tic constitué* a toutes les apparences d'un mouvement involontaire. Mais la clinique nous apprend également que la volonté joue souvent un rôle à l'origine du tic et qu'en outre elle est capable de modifier ses manifestations.

*L'action inhibitrice de la volonté* sur le mouvement du tic est un fait de grande importance.

Rien ne peut empêcher le spasme, acte réflexe, dit M. BRISAUD. Peut-on arrêter le bol alimentaire à son entrée dans le pharynx? — Non, ou du moins, c'est au prix de tels efforts, qu'on bouleverse tout le fonctionnement de la déglutition. Dans le tic au contraire, acte cérébral cortical, la volonté intervient ou peut intervenir.... L'inhibition est donc possible, et c'est parce que le phénomène est cortical. Or, il n'y a guère de tiqueurs qui ne puissent, par instants, s'empêcher de tiquer pourvu que leur volonté soit momentanément assez puissante. Ici, *l'état mental a toujours une large participation*.

Or, c'est précisément, *l'insuffisance du pouvoir inhibiteur de la volonté* chez les tiqueurs qui constitue leur principale imperfection mentale.

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point :

C'est grâce à l'insuffisance du pouvoir inhibitoire, ont dit BLOCQ et ONANOFF, que persistent les idées fixes de mouvement qui se traduisent par les mouvements involontaires.

M. J. Noir, en mettant fort judicieusement à profit les belles études de M. Ribot, est un de ceux qui ont le mieux mis en évidence le rôle de la volonté dans la genèse des tics.



L'activité du nouveau-né, dit-il, est purement réflexe, elle se manifeste par une telle profusion de mouvements, que le travail de l'éducation consistera longtemps à en supprimer ou à en restreindre le plus grand nombre.

Ce travail de l'éducation dont parle Ribot est absolument sous la dépendance de la volonté, ou plutôt du pouvoir inhibitif de la volonté.

Il est donc bien probable que les tics coordonnés dont il est facile de déterminer l'origine, proviennent de mouvements exécutés naturellement par l'enfant et auxquels la volonté nulle ou mal développée n'a pu mettre un terme. Ceci nous rend compte aussi de la fréquence de ces mouvements chez les idiots qui, à ce point de vue, restent des enfants. M. Séguin a bien fait ressortir cet excès d'activité musculaire des idiots, et l'on peut dire que plus l'idiotie est complète, plus l'état mental de l'idiot est rudimentaire, et plus aussi les tics sont persistants et complexes.

Ces remarques ne sont pas seulement applicables aux idiots, aux imbéciles et aux arriérés. Elles s'appliquent à tous les tiqueurs. Un *infantilisme mental* s'observe toujours chez eux à des degrés divers. Nous en donnerons bientôt des preuves. Dès à présent, il importe de le signaler, car, au point de vue pathogénique, cette disposition psychique apparaît comme la condition essentielle du déséquilibre des actes volontaires.

Le tiqueur a une volonté d'enfant : capricieuse et débile. Quel que soit son âge, il ne sait pas vouloir. S'il veut parfois avec excès, il ne veut jamais assez longtemps.

Ses gestes intempestifs, il serait capable de les réprimer, s'il était capable de vouloir ; mais les efforts de sa volonté sont minimes et éphémères.

Voilà en quoi consiste toujours son imperfection mentale, sans parler des autres troubles psychiques qu'il peut présenter et qui jouent parfois un rôle prépondérant dans la genèse des tics.



### Tic et Habitude.

L'influence néfaste de la débilité volontaire apparaît clairement, si l'on considère que le tic n'est pas autre chose qu'une *habitude motrice anormale*.

Le rôle de l'habitude dans la genèse de ce dernier est en effet de toute première importance. La majorité des auteurs ont insisté avec raison sur ce point.

Qu'est-ce que l'habitude? — « Une disposition acquise par la répétition des mêmes actes. » (LITTRÉ.)

*La répétition d'un acte crée donc une habitude.*

Tel est, nous l'avons vu, le but et le résultat de l'éducation. On conçoit ainsi qu'une habitude motrice puisse engendrer l'automatisme, c'est-à-dire créer un mode de réaction motrice qui se produira toujours le même, sans le concours actuel de la volonté.

Cette *répétition automatique* d'un acte toujours identique à lui-même est un caractère qui se retrouve dans la manifestation motrice du tic. Mais il existe une différence capitale entre les habitudes que peuvent acquérir les sujets normaux et celles des tiqueurs.

Les premiers sont capables, par un effort de volonté, de refréner ou de modifier une habitude.

Les seconds ne le peuvent pas toujours, car leur volonté est trop instable ou trop débile. De ce fait, chez eux l'habitude acquiert un caractère anormal de ténacité et d'irrésistibilité.

Ce qui appartient en propre aux tiqueurs, a dit M. ERNEST DUPRÉ<sup>1</sup>, c'est le fait de l'établissement d'un arc diastaltique réflexe sensitivo-moteur entre les excitations périphériques, quelles qu'elles soient, et leur département musculaire correspondant par l'intermédiaire des centres corticaux; c'est

1. *Soc. de Neurologie de Paris*, 18 avril 1901.



la création, grâce à une prédisposition particulière, d'une *habitude* qui, par sa persistance, prend bientôt un *caractère pathologique*.

M. Letulle a fort exactement analysé le rôle de l'habitude dans la genèse de ce qu'il appelle « tics coordonnés ». Cependant M. G. Guinon a refusé à ces derniers le droit de cité dans la nosographie. « Ce n'est en somme, dit-il, qu'une *mauvaise habitude* enracinée, et non un fait pathologique. »

Or, M. G. Guinon définit le tic de la façon suivante : « Un mouvement convulsif, *habituel* et conscient, résultant de la contraction involontaire d'un ou plusieurs muscles du corps, et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire. » Ainsi, le tic convulsif de M. G. Guinon est *habituel*; et les tics coordonnés de M. Letulle, — M. G. Guinon le dit lui-même, — « ne consistent au fond qu'en de mauvaises habitudes ».

Aussi bien pour les tics appelés « convulsifs » par M. G. Guinon, que pour ceux que M. Letulle nomme « coordonnés », le rôle de l'habitude est incontestable.

Est-ce à dire que toutes les « mauvaises » habitudes motrices soient des tics?

Une foule de gestes familiers que nous appelons avec raison des « habitudes » et qui sont superflus, déplacés ou même détestables, ne méritent pas le nom de tics.

Ils sont bien le résultat d'une éducation motrice. La volonté qui, au début, les commanda, n'intervient plus à la longue. Ils semblent bien réellement automatiques au moment où ils se produisent. Ils peuvent avoir la même origine que les tics :

... Que de gestes habituels, dit M. LETULLE, dont la raison d'être existait souvent au début! Cet enfant qui se tette le



pouce sans le moindre repos, cet homme qui se cure à tout moment les dents ou encore qui se frotte continuellement les yeux, les lèvres, le menton ou l'oreille; cet autre qui se gratte la tête ou la barbe un nombre considérable de fois par minute, tous ces malades... ont été presque toujours, au début, sollicités à répéter ce geste par un besoin réel (éruption des dents, carie dentaire, blépharite ciliaire, eczéma de la face, pytiriasis capitis, etc.). Mais chez un grand nombre la cause occasionnelle du geste habituel a eu beau disparaître, le mouvement est resté : tel cet individu qui avait pris l'habitude de se lisser perpétuellement les cheveux, et qui devenu complètement chauve, n'en continuait pas moins son geste favori.

Ces gestes automatiques, ces habitudes sont-ils donc vraiment des tics? — Non, si le mouvement exécuté conserve dans sa forme les caractères d'un geste normal. Pareil mouvement, malgré son inopportunité, malgré son absurdité même, n'est pas un tic. Il appartient plutôt au groupe des *stéréotypies* dont M. Séglas a bien montré à la fois l'étroite parenté avec les tics et la différence qui les distingue : dans la stéréotypie, l'acte moteur conserve l'allure d'un mouvement normal.

Dans le tic, au contraire, la contraction musculaire est viciée, trop brève ou trop durable : il y a convulsion, clonique ou tonique. — En outre, le sujet qui en est atteint se sent poussé à exécuter son geste invinciblement; la répression en est pénible, parfois angoissante.

Sans doute, la victoire n'est pas absolument impossible. Le tic peut être réfréné, pour un temps plus ou moins long; mais l'acte d'arrêt, de répression, s'accompagne d'une sorte de *souffrance*. Et vraiment, il s'agit d'un phénomène qui mérite le nom de pathologique, — car, moralement au moins, il est *douloureux*.

Maintes habitudes motrices bizarres et illogiques, au



contraire, ne méritent pas, elles, le nom de tics, parce que leur exécution n'est pas d'une impériosité irrésistible, parce que leur répression ne s'accompagne pas d'un malaise pénible, angoissant.

Elles sont bien connues. On les voit apparaître surtout lorsque l'attention se concentre sur un sujet, pendant un travail cérébral absorbant. Sont-ce là des tics? — Non, chez celui qui peut, à volonté, cesser de faire l'un de ces gestes et qui ne *souffre* pas de leur répression. Il n'y a là rien de pathologique. Mais ce sont des tics si le sujet est *incapable de maîtriser le besoin* d'exécuter ces actes habituels, et s'il *souffre* de ne pouvoir les exécuter. La constatation de cette souffrance morale est le point essentiel du diagnostic.

Un autre fait permet encore d'opérer la distinction : un effort de l'attention atténuée généralement, supprime même parfois un tic, tandis qu'inversement une simple mauvaise habitude motrice se manifeste de préférence quand l'attention est concentrée sur un point.

Une lecture nous passionne, une affaire nous préoccupe, dans l'ardeur d'un travail physique ou intellectuel, qui n'a pas sa grimace coutumière ou son geste favori?

L'un frise sa moustache jusqu'à briser tous les poils, un autre tortille sa barbe, celui-ci se gratte le front, cet autre le menton; une moue par-ci, un clignement d'œil par-là, une crispation des doigts, un dodelinement de la tête, un balancement du pied, du bras, du corps entier...

Ces gestes involontaires sont innombrables pendant la lecture, pendant la récitation, le discours, pendant tout exercice physique ou mental qui concentre l'attention.

Mais qu'on se surveille, que l'on s'observe, qu'on dérive un peu de l'attention concentrée sur un point pour



enrayer ces gestes de distraction, aussitôt ils disparaissent, quitte à reparaitre d'ailleurs quand l'esprit sera de nouveau, comme on dit, « absorbé ».

Charcot, en travaillant, tortillait ses cheveux autour de son index, au point qu'un jour il fallut couper une mèche pour dégager le doigt : — geste de distraction, mais non pas tic.

Chez le tiqueur, au contraire, les actes moteurs intempestifs apparaissent surtout lorsque l'esprit et le corps sont inoccupés. Ils cessent ou s'atténuent en général lorsque l'occupation captive leur attention. Et il ne s'agit pas seulement de l'attention à ne pas tiquer, mais de *toute espèce d'effort attentif*, de tout ce qui est capable de concentrer quelque part l'attention.

Trousseau cite le cas d'une jeune fille souffrant au plus haut degré de mouvements involontaires, qui jouait parfaitement bien du piano, sans que ses tics la troublassent le moins du monde pendant toute l'exécution d'un morceau.

Nous avons nous-même, dit M. G. GUINON, observé des malades très gravement atteints, dont l'un jonglait sans broncher avec un couteau, et dont l'autre dansait sur une des grandes scènes de ballet de Paris, sans que le moindre mouvement, la plus légère contraction musculaire involontaire lui fissent faire une grimace ou un faux pas.

Une jeune fille, L..., passionnée pour la danse, ne tique jamais en dansant. M. O..., grand amateur de billard, ne tique pas en jouant; il ne tique pas davantage lorsqu'il pêche à la ligne, lorsqu'il fait à l'escrime un assaut entraînant; et cela sans nul effort, sans malaise aucun.

Mais quand l'une ne danse pas, quand l'autre ne joue ni ne pêche, ils n'arrivent qu'à grand'peine à maîtriser leurs mouvements. — Ce sont de vrais tiqueurs.

Un jeune homme, au contraire, ne peut frapper une



balle de tennis sans tirer la langue; son partenaire mord ses lèvres à chaque coup difficile. Cependant, au repos, ni l'un ni l'autre ne font la moindre grimace ni n'éprouvent de contrainte à garder l'immobilité. Leurs grimaces, toujours les mêmes et maintes fois répétées, ne sont pourtant pas des tics. Elles peuvent d'ailleurs être maîtrisées par un effort volontaire qui n'a rien de pénible.

Ainsi, dans le premier cas, il s'agit d'un geste intempestif dont la répression s'accompagne d'une véritable souffrance et qui disparaît au moment d'un effort d'attention. — C'est un tic.

Dans le second, le mouvement inutile se produit à l'occasion d'un vif effort attentif; il peut être réprimé sans peine. — Ce n'est qu'un geste de distraction superflu, ou, si l'on veut, une stéréotypie chez un sujet psychiquement normal.

Le tic, au contraire, comme le dit M. Brissaud, est une *habitude morbide*. Et certains auteurs ont pu fort judicieusement décrire le tic comme une *maladie de l'habitude*.

Sans doute, entre ces gestes familiers qui ne sont pas des tics et les tics véritables, on trouvera pratiquement tous les intermédiaires. Mais il faudrait renoncer à la nosographie si l'on voulait envisager toutes les formes de transition entre l'état de santé et l'état de maladie, quelle que soit cette dernière. Si la distinction précédente n'est pas absolue, du moins peut-elle être mise à profit dans la majorité des cas.

L'assimilation du tic à une habitude se justifie encore si l'on considère un caractère qui leur est commun : *la répétition de l'acte moteur*. Car l'habitude, née de la répétition primitivement volontaire d'un même acte, se manifeste une fois constituée par la répétition automatique de cet acte; — le tic pareillement.



Mais, dans le tic, la *répétition se fait à la fois hors de propos et avec excès*. L'acte n'est pas seulement déplacé; il est exagéré dans l'espace et dans le temps. C'est une caricature dont les exemplaires se multiplient à profusion. A ce titre encore, le tic est bien une habitude morbide, caractérisée par une anomalie dans la répétition de l'acte habituel.

### Tic et Idée.

Dans les phénomènes réflexes corticaux, deux cas peuvent se présenter.

D'abord, une excitation venant de la périphérie peut être le point de départ d'un réflexe cortical se traduisant par une réaction motrice. Ensuite, nous l'avons vu, cette réaction peut aussi être sollicitée par une incitation venant primitivement de l'écorce elle-même. Autrement dit, une idée peut être le point de départ d'un mouvement. Ce mouvement pourra-t-il dégénérer en tic? — Sans contredit.

L'acte moteur, en pareil cas, est incontestablement d'origine corticale; il est essentiellement coordonné, adapté à un but, qualités nécessaires aux mouvements des tics. De plus, cet acte moteur, primitivement volontaire, peut devenir automatique, par la répétition, par l'habitude. Tout ce que nous avons dit précédemment lui est également applicable.

Quand et pourquoi méritera-t-il le nom de tic? — Le jour où il viendra à se répéter de façon inconsidérée, sans cause ni sans but, le jour où le besoin de le réitérer, hors de tout motif plausible, apparaîtra impérieux, irrésistible, où sa répression s'accompagnera d'un réel malaise, et par contre son exécution d'un véritable soulagement. Il aura alors en effet tous les caractères d'un tic.



Les tics de ce genre auxquels on a donné parfois le nom de *tics d'idée* sont nombreux. On peut, en envisageant leur cause première, en faire un groupe spécial. Mais leur processus pathogénique est celui de tous les tics.

« La pensée d'un fait, disait Charcot en rappelant Herbert Spencer et Bain, c'est déjà ce fait qui s'accomplit. Lorsque nous pensons au mouvement de l'extension de la main, nous esquissons déjà ce mouvement; si l'idée est trop forte, nous l'exécutons. »

M. Grasset rappelle fort spirituellement à ce propos que les peuples méridionaux ont une aptitude singulière à mimer leurs discours.

Dans le Midi, dit-il, on réussit toujours la petite expérience suivante : Demandez dans un salon à dix personnes successivement, ce que c'est qu'une crécelle ou quelque chose de compact, toutes vous répondront en faisant le geste expressif de quelque chose qui tourne ou de quelque chose de tassé. Donc, sous notre latitude plus que partout ailleurs, on peut dire que la pensée d'un fait, c'est déjà ce fait qui s'accomplit; la pensée et le geste sont à peu près inséparables.

Ce que M. Grasset dit des méridionaux s'observe sous toutes les latitudes. Les exemples, comme on dit, « crèvent les yeux ».

Les tiqueurs n'échappent pas à cette loi. Ils en exagèrent même l'évidence. Mais ce qui les différencie des sujets les plus exubérants, c'est d'abord que leurs gestes se répètent toujours les mêmes, hors de propos, sans cause et sans but, c'est souvent aussi, qu'ils ne peuvent pas les refréner, sinon au prix d'un réel malaise.

Voici un fait qui, tant par sa bizarrerie que par les déductions qu'on en peut tirer, nous a paru mériter d'être rapporté.



Il s'agit d'un tiqueur doué d'une faculté d'assimilation remarquable, instruit, artiste, grand amateur de voyages, et ayant en effet parcouru les pays les plus divers, dans les buts les plus variés. Outre ses tics, qui se traduisaient par de brusques secousses de la face, des bras et des jambes, cet homme avait pris l'habitude d'accompagner ses discours d'une singulière mimique de sa composition.

Non content de faire accorder un geste avec un mot, il décomposait les mots par syllabes et à chaque syllabe correspondait un geste approprié. De là de véritables *calembourgs mimiques* de l'effet le plus imprévu.

Ainsi, en prononçant cette phrase : « Nous étions sur un *bateau à aubes*, il y avait le *capitaine*, le *commissaire* et le *médecin* », notre homme imitait d'abord le mouvement des roues (*aubes*), puis portait la main à la hauteur de son front, trois doigts écartés (la casquette à trois galons du *capitaine*). Enfin, pour mimer le mot *commissaire*, il serrait sa main droite dans sa main gauche (*comme il serre!*) et pour exprimer *médecin*, il faisait mine de saisir sur sa poitrine des mamelles imaginaires (*mes deux seins*). Ces calembourgs par gestes suivaient exactement la parole. Volontairement exécutés au début, ils étaient devenus entièrement automatiques et accompagnaient invariablement les mots correspondants.

Étaient-ce destics? — Non. Car, quelque singulière que fut cette mimique, elle était appropriée à son objet.

Par contre, les grimaces, les haussements d'épaule, les coups de pied, qui se reproduisaient à chaque instant sans raison ni sans but, étaient vraiment des tics.

Ainsi, quand on nous demande ce que sont une « crécelle » ou des « brandebourgs », si, immanquablement, nous faisons avec la main le geste de tourner la crécelle, ou si, avec notre doigt, nous dessinons des brandebourgs



fictifs sur notre vêtement, — les deux expériences réussissent toujours, — nous exécutons ces mouvements dans un but logique : nous cherchons à exprimer par une mimique une idée, au moment même où cette idée est éveillée dans notre esprit. Mais ces gestes faits, l'idée ayant disparu, nous ne les répétons pas. Le tiqueur au contraire, dont le geste initial a pu être, logiquement, la traduction mimique d'une idée, continuera à répéter ce geste alors même que l'idée qui l'a commandé aura disparu.

Observez une personne qui parle avec animation au téléphone : elle fait avec ses mains, avec son visage, mille gestes absolument inutiles, puisque son interlocuteur ne peut pas les voir. Voilà bien des actes fonctionnels, des actes automatiques, et, qui plus est, superflus, intempestifs. Songera-t-on cependant à les qualifier de tics? — Jamais. Car si, dans le cas présent, cette mimique est inutile, du moins ne se manifeste-t-elle pas sans raison. Un homme normal, quelle que soit son exubérance, ne fera un sourire ou un geste d'affirmation du bras que s'il veut traduire une idée agréable ou exprimer énergiquement une conviction. Mais si, n'ayant aucun motif de traduire la joie, ni rien à affirmer, son visage se met soudain à sourire, son bras à gesticuler, alors : oui, cet homme sera un tiqueur.

Il ne suffit donc pas que le geste soit intempestif à l'instant où il s'exécute; il faut être certain qu'au moment même de son exécution l'acte n'est plus lié à l'idée qui, dans le passé, lui a donné naissance. Si, en outre, cet acte se fait remarquer par sa trop fréquente répétition, sa constante inopportunité, l'impériosité de son exécution, la difficulté de sa répression, la satisfaction qui lui succède : c'est un tic.



Tant que l'harmonie existe dans le fonctionnement cortical, une réaction motrice est convenablement coordonnée en vue du but à atteindre. Si, au contraire, un désordre psychique apparaît, si telle idée devient prévalente, si les phénomènes inhibiteurs normaux sont perturbés, la réaction motrice sera excessive ou insuffisante, intempestive le plus souvent.

Tel est encore le processus pathogénique de certains tics. Aussi Charcot a-t-il pu dire qu'il existe des « tics de la pensée qui se traduisent par des tics du corps ».

C'est ainsi qu'une phobie peut commander un geste de défense, qui, par la répétition, par l'habitude, devient automatique et persiste même alors que la phobie a disparu. Ce geste peut être un tic.

Mais dira-t-on que tout mouvement se produisant sous l'influence d'une idée pathologique est un tic? — Certainement non. Quel que soit le caractère de l'idée, la réaction motrice qu'elle provoque ne mérite le nom de tic, que si elle se manifeste d'une façon anormale, et se répète avec insistance, en dehors de tout commandement cortical, autrement dit lorsque l'acte est devenu automatique.

Le geste du phobique qui, cent fois par jour, va secouer un bouton de porte par ce qu'il redoute les courants d'air et veut s'assurer que la porte est bien fermée, ce geste, malgré sa coordination, sa répétition et son inopportunité, n'est pas un tic. Sans doute il est absurde, mais parce que l'idée qui le commande est elle-même absurde : cependant l'acte reste étroitement associé à l'idée.

Celui au contraire qui, par peur d'un mal imaginaire, a pris peu à peu l'habitude de faire avec la tête ou le bras un geste, bientôt devenu automatique, et qui se répète alors même que la phobie n'existe plus, celui-ci peut être un tiqueur.



Dans la pratique, cette distinction n'est pas toujours aisée à établir. Il est cependant nécessaire de délimiter ainsi les frontières du tic; sinon, on s'expose à étendre son domaine à tous les actes accomplis sous l'impulsion d'un phénomène mental pathologique.

Au plus minime degré, le trouble mental peut être constitué par une simple *hallucination psycho-motrice*. Mais le phénomène ne se traduisant objectivement par aucun geste ne saurait mériter le nom de tic.

J'ai vu, dit M. SÉGLAS, une malade qui *se croyait* atteinte de mouvements spasmodiques du bras droit. Ce n'était qu'un trouble hallucinatoire survenu après qu'elle eut fait la rencontre d'une choréique dans une salle d'électrothérapie. Elle en était revenue avec la sensation que son bras droit était agité de secousses convulsives; et, cependant, aucun signe objectif ne venait révéler cet état spasmodique.

Ce n'était pas un tic.

Mais un degré de plus, et le phénomène hallucinatoire peut s'extérioriser. Le mouvement ainsi produit pourra un jour devenir un tic. Nombre de tics reconnaissent cette origine et peuvent être, comme le dit M. Brissaud, provoqués par « on ne sait quelle minuscule hallucination psycho-motrice ». Ces tics, à n'en pas douter, sont liés à une manifestation corticale.

Les hallucinés moteurs, dit M. SÉGLAS, prennent des habitudes qui nous indiquent bien la nature et le siège de leurs hallucinations. Ils tiennent leur langue serrée entre leurs dents; ils suspendent leur respiration; ils se bourrent la bouche de cailloux. Quelquefois ils se compriment l'épigastre avec la main, s'imaginant que là est le point de départ de leurs voix.

Ces gestes, ces attitudes, peuvent engendrer cette variété de tic que nous avons appelée *tic tonique* ou *tic d'attitude*,



s'ils continuent à se produire alors que l'hallucination a disparu. Mais, même en pareil cas, nous ne leur donnerons le nom de *tics* que si la réaction motrice se présente sous les allures d'un phénomène convulsif, clonique ou tonique. S'il s'agit au contraire de contractions normales, quelque déplacées et absurdes qu'elles soient, nous dirons, avec M. Séglas, que ce sont là des *stéréotypies*. Nous y reviendrons d'ailleurs ultérieurement.

### Tic et Conscience.

Le tic « convulsif », dit M. G. Guinon, est *conscient*. La preuve, c'est que « les malades décrivent leur maladie avec un discernement entier et se rendent compte par le plus solide raisonnement des phénomènes qui se passent en eux ».

Dans le tic « coordonné » de M. Letulle, la conscience est aussi conservée, au début tout au moins, puisque « ces mauvaises habitudes ne deviennent inconscientes qu'à la fin ».

Mais le tic « convulsif » de M. G. Guinon est-il *toujours* conscient?... — S'il est vrai, en effet, que bien des malades sont capables d'apprécier sainement leur maladie, lorsqu'on attire leur attention sur ce sujet, ils n'en sont pas moins la plupart du temps complètement *inconscients de leur tic au moment même où celui-ci se manifeste*. C'est pour cette raison d'ailleurs que M. Letulle considère les tics, quels qu'ils soient, comme « habituellement inconscients ».

Certains auteurs ont attaché une telle importance à ce caractère qu'ils ont proposé de diviser les tics en deux catégories. Blocq et Onanoff<sup>1</sup> en particulier, distinguent

1. BLOCC et ONANOFF, *Maladies nerveuses*, 1892.



les *tics conscients*, les plus fréquents; et les *tics inconscients*, « mouvements d'abord habituels, puis devenus automatiques ».

Cette distinction prête à l'ambiguïté; elle nous semble obscurcir et compliquer inutilement l'idée qu'on doit se faire des tics.

M. Letulle d'une part, M. G. Guinon de l'autre, ont raison tous les deux, bien qu'ils semblent en désaccord dans leurs conclusions. Le tiqueur convulsif de M. G. Guinon est conscient, en ce sens qu'il sait bien que son tic existe. Dirà-t-on cependant que son geste est « conscient », alors qu'il l'exécute pendant que son esprit est occupé de tout autre chose?... Le tiqueur coordonné de M. Letulle se mordille les lèvres « inconsciemment »; mais, pour peu qu'il y songe, il est parfaitement « conscient » de sa mauvaise habitude. Tout aussi bien que le « convulsif », le « coordonné » est capable de décrire avec un parfait discernement le geste qu'il vient d'exécuter.

Ces divergences d'appréciation dépendent donc uniquement de l'instant où l'on considère le sujet. *Avant*, comme *après* son geste intempestif, le tiqueur est en mesure d'apprécier correctement son état, mais non *pendant*. Le phénomène est tout à fait comparable à celui qui se produit dans l'obsession dont nous montrerons bientôt l'étroite parenté avec le tic. En sorte qu'on peut dire de toute espèce de tic qu'il est *alternativement conscient et inconscient*.

D'ailleurs, on en peut dire autant de toute espèce de spasme. Chez un sujet atteint de spasme avéré, produit par une lésion irritative d'un nerf, dûment constatée, la contraction spasmodique, au moment même où elle se produit, et à ce moment-là seulement, n'est pas consciente; mais elle le devient aussitôt que le sujet a été



averti de son existence par la sensation musculaire ou cutanée que provoque le mouvement.

Faut-il faire intervenir ici un mot consacré par les psychologues, et dire qu'il s'agit d'un état de *subconscience*?... M. Pierre Janet n'admet pas l'inconscience absolue de l'habitude. Et même, lorsque la mauvaise habitude est devenue un tic, pour lui le tic n'est pas un acte qui se passe absolument en dehors de la conscience.

Nous voici donc dans le domaine périlleux du subconscient. Tout en reconnaissant les heureuses applications qu'ont pu faire de cette notion psychologique ceux qui l'ont étudiée avec discernement, — M. Pierre Janet parmi les premiers, — nous préférons n'y point faire appel.

« Certains tics, dits *psychiques*, selon M. Cruchet, n'ont *jamais été conscients*. » Et il cite à l'appui « ceux qu'on observe chez les idiots, ou bien beaucoup de ces tics par *imitation* notés surtout chez les enfants ».

La conscience des adultes, — des adultes d'esprit normal, — est déjà fort malaisée à définir. Mais la conscience des enfants, la conscience des idiots, la conscience des déséquilibrés,... quel problème!...

Et c'est ce qu'a fort bien exprimé M. Cruchet lui-même :

Quand nous nous trouvons en présence d'un malade atteint de tic convulsif, nous ne savons pas et ne pouvons pas savoir le plus souvent si, à un moment donné, son tic a été conscient ou non.

Non, en vérité, la question des tics ne nous paraît pas s'éclaircir par l'intervention de données aussi difficiles à apprécier que la conscience, l'inconscience ou surtout la subconscience d'un tiqueur. Ces notions, en tout cas, sont certainement insuffisantes pour établir entre les tics des distinctions utiles.



Tout ce qu'on peut dire, c'est que, dans un tic, *la conscience intervient ou disparaît à des degrés et à des moments divers*.

Aller plus loin serait, pour le présent, s'aventurer dans un domaine peu sûr. Les tics risqueraient d'y sombrer.

### Tic et Polygone.

M. Grasset a proposé d'appliquer à l'interprétation pathogénique des tics, la théorie très séduisante de son *polygone cortical*.

Nous allons l'exposer brièvement en employant le vocabulaire de l'auteur. C'est une langue différente de la nôtre, mais parfaitement compréhensible, pourvu qu'on attribue aux mots le sens que M. Grasset leur donne.

Il importe de rappeler d'abord ce que M. Grasset entend par *polygone*<sup>1</sup>.

A l'extrémité centrale de l'échelle physiologique, est le système supérieur ou cortical (neurones de perception). Les corps cellulaires de ces neurones (sensoriels, moteurs et sensitivo-moteurs) forment la substance grise des circonvolutions cérébrales.

En physiologie et en clinique, on est obligé de dédoubler ce dernier système de neurones supérieurs en deux groupes : le groupe des neurones de l'automatisme psychologique et le groupe des neurones de la cérébralité supérieure, volontaire et libre.

...Cette fonction psychique inférieure n'est pas l'arc réflexe ordinaire, puisqu'elle aboutit à des actes coordonnés, intelligents, conscients même à un certain point de vue; elle doit être aussi soigneusement distinguée de la fonction psychique supérieure, siège de l'intellectualité supérieure, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité.

1. GRASSET, *Anatomie clinique des centres nerveux*, Paris, 1900, p. 5.



L'activité de ces neurones (psychiques inférieurs) apparaît :

1° Chez les individus tout à fait sains, dans le sommeil naturel, les rêves et une série d'actes de distraction; 2° chez les nerveux, dans les cauchemars, les rêves parlés et actifs, les tables tournantes, le Cumberlandisme, la lecture de la pensée, la baguette divinatoire, l'écriture automatique de certains médiums, le spiritisme; 3° chez les malades, dans le somnambulisme, la catalepsie, les paralysies, anesthésies et autres symptômes de l'hystérie, certains symptômes de l'épilepsie, l'hypnotisme et l'état de suggestibilité, les dédoublements de la personnalité, certains cas d'aphasie et d'autres troubles comme l'astasia-abasie.

Toutes les manifestations de ce psychisme inférieur sont *spontanées* (ce qui les distingue des actes réflexes) et ne sont *pas libres* (ce qui les distingue des actes psychiques supérieurs).

Les nombreux neurones qui président à ce psychisme inférieur sont dans l'écorce cérébrale et y forment ce que j'ai appelé le *polygone cortical*. Au-dessus (physiologiquement) sont réunis les neurones du psychisme supérieur, dans ce que j'ai appelé le centre O.

Quelle est donc, suivant M. Grasset, l'idée générale que l'on peut se faire des tics au point de vue de la physiologie pathologique?

Le tic est un acte complexe ou associé (c'est ce qui le différencie du réflexe pur). Mais il y a plusieurs grands groupes de centre où s'élaborent les actes complexes, associés, et notamment : l'axe bulbo-médullaire et ce que nous avons appelé le polygone cérébral.

L'axe bulbo-médullaire sert de centre non seulement aux réflexes simples (mouvements simples succédant à une impression centripète simple), mais aussi à de vrais mouvements associés : telles, la déviation conjuguée de la tête et des yeux, la marche chez le canard décapité, etc.

On conçoit donc un premier groupe de tics non mentaux, c'est-à-dire de *tics* reproduisant des mouvements associés *d'origine bulbo-médullaire*. Mais ce groupe s'étendra beau-



coup plus, si l'on tient compte de notre polygone formé par les divers centres de l'automatisme psychologique <sup>1</sup>.

Les actes qui ont leur centre dans le polygone, sont beaucoup plus compliqués que les actes réflexes simples, et même que les actes associés d'origine bulbo-médullaire : c'est par exemple la parole, l'écriture.

Ce sont des actes ayant toutes les apparences de la spontanéité, traduisant un certain degré d'intellectualité et de mémoire, mais distincts des actes supérieurs, qui ont leur centre en O : les actes polygonaux ne sont ni libres, ni conscients.

En O est le siège du moi personnel, conscient, libre et responsable. De là partent les actes qui ont tous ces caractères : parole volontaire, écriture volontaire, marche volontaire, etc., en un mot, toute la vie libre.

Au-dessous, est le polygone des centres automatiques. D'un côté sont les centres sensoriels de réception (audition, vision, sensibilité générale); de l'autre, les centres moteurs de transmission (parole, écriture, divers mouvements du corps).

Ces divers centres sont reliés entre eux, au centre O, et à la périphérie.

Par ces communications du polygone avec O, on peut agir volontairement, modifier volontairement les actes automatiques, avoir conscience de ces actes automatiques.

Dans certains cas au contraire, il y a une sorte de dissociation entre O et le polygone; alors l'activité propre de ce polygone éclate. Les exemples ne manquent pas : cette activité propre du polygone se voit dans le sommeil (on rêve avec son polygone), dans la distraction (quand Xavier de Maistre, sorti pour aller à la Cour, se trouve à la porte de Mme de Hautcastel, il y est allé avec son polygone, O s'étant oublié à s'occuper de toute autre chose que de la direction de ses jambes). D'autre part, la parole est souvent automatique.

Dans les états intermédiaires entre l'état physiologique et l'état pathologique, cette activité polygonale propre et indé-

1. GRASSET, *Leçons de clinique médic.*, 3<sup>e</sup> série, 1<sup>er</sup> fasc., 1896. *Des diverses variétés cliniques de l'aphasie*, p. 5 et *De l'automatisme psychologique : psychisme inférieur, polygone cortical*, p. 33.



pendante, peut éclater d'une manière remarquable : cauchemars, baguette divinatoire, tables tournantes et parlantes, cumberlandisme, écriture des médiums.

Enfin, il y a une pathologie vraie du polygone : aphasies, agraphies, somnambulisme, automatisme ambulateur, catalepsie, certains symptômes hystériques, hypnotisme et état de suggestibilité.

Ce qui caractérise cette activité polygonale (physiologique et pathologique), c'est d'être psychique, c'est-à-dire compliquée, coordonnée, intelligente, et de n'être pas libre et consciente, de n'être pas mentale : *toute la mentalité est en O*.

Psychisme n'est donc plus synonyme de mental : *le mental ou psychisme supérieur a son centre en O, l'automatisme ou psychisme inférieur a son centre dans le polygone*.

C'est en me basant sur cette distinction, que je me refuse à classer définitivement dans les maladies mentales, les maladies comme l'hystérie, dont beaucoup de manifestations élevées sont purement polygonales : l'hystérie devient mentale dans certains cas ; elle ne l'est pas dans certaines manifestations psychiques inférieures, qui sont purement polygonales.

Cela dit, vous pouvez concevoir une seconde catégorie de tics, correspondant à des mouvements associés polygonaux : ce sont les *tics polygonaux*.

Ces tics sont associés, coordonnés, psychiques, mais ils ne sont pas mentaux. Ils appartiennent au psychisme inférieur, polygonal, automatique, et non au psychisme supérieur libre et conscient qui est en O.

Donc, en définitive, on peut admettre *trois espèces de tics : le tic bulbo-médullaire, le tic polygonal, le tic psychique proprement dit*.

Les caractères différentiels en sont faciles à établir : le tic psychique est celui qui dépend directement et étroitement d'une idée actuelle, qui réside en O, dans l'intellectualité vraie ou supérieure ; le tic bulbo-médullaire (à l'autre bout de l'échelle) n'a aucun des caractères du psychisme ; entre les deux, le tic polygonal a les caractères du psychisme, mais du psychisme inférieur, automatique.



Nous avons tenu à reproduire avec détails la conception de M. Grasset, car elle constitue, avec celle de M. Brissaud, les deux plus récentes contributions à l'étude de la pathogénie des tics.

Il semble à première lecture qu'il ne soit guère possible de les accorder l'une avec l'autre. Cependant, ici encore, il s'agit plutôt d'une différence d'interprétation des mots que d'une divergence réelle entre les idées.

« Le tic, dit M. Brissaud, est un acte automatique coordonné et par conséquent d'origine corticale. »

Mais, répond M. Grasset, tout acte automatique coordonné n'est pas nécessairement d'origine corticale. La déviation conjugée de la tête et des yeux peut être d'origine corticale, mais elle peut être aussi d'origine bulbaire... Il y a même des actes spinaux qui sont coordonnés et automatiques. On peut marcher avec sa moelle ou tout au moins avec ses centres bulbo-médullaires, la corticalité étant distraite, c'est-à-dire occupée à toute autre espèce de choses. Quand le canard récemment décapité fait encore le tour de la cour, il accomplit des actes parfaitement coordonnés et automatiques, dans la production desquels la substance corticale ne peut plus intervenir... On ne peut pas conclure à l'origine corticale du tic par ce seul fait que c'est un acte automatique et coordonné.

Eh bien ! si l'on lit avec la même attention impartiale M. Brissaud et M. Grasset, on ne tarde pas à s'apercevoir que la discussion porte sur un seul mot, le mot *origine*.

M. Grasset ne paraît pas avoir employé ce terme dans la même acception que M. Brissaud. Celui-ci considère *l'origine du tic dans le temps*, celui-là *l'origine dans l'espace*.

M. Brissaud montre l'origine du tic au *moment* où le tic apparaît. M. Grasset envisage le *lieu* où le mécanisme du tic s'opère. Le premier parle de l'origine du tic *dans le passé*, le second cherche son lieu d'origine *dans le présent*.



C'est bien probablement de cette équivoque involontaire née du double sens du mot *origine* que provient l'apparente divergence des deux auteurs.

Si l'on parle la langue de M. Grasset, on peut parfaitement dire : le tic *constitué*, celui qui se produit dans le moment présent, n'est qu'une manifestation de l'activité polygonale.

Mais, avec M. Brissaud, on peut dire non moins justement : « L'acte qui peut devenir un tic est un acte dans l'exécution duquel, à *l'origine*, — *dans le passé*, — l'écorce cérébrale pouvait intervenir. » Nous avons essayé de montrer comment.

Le vocabulaire de M. Grasset est assurément compréhensible, pour qui s'est pénétré de la signification du « polygone ». On peut souhaiter cependant d'en voir disparaître une cause d'ambiguïté, qui provient de l'emploi de deux mots, étymologiquement synonymes : ce sont les mots *psychique* et *mental*. M. Grasset explique d'ailleurs fort bien ce qu'il veut dire : la *mentalité*, c'est le *psychisme supérieur* ; le *psychisme inférieur*, ni tout à fait libre, ni tout à fait conscient, c'est *l'activité polygonale*.

Mais il est à craindre que cette judicieuse distinction entre deux phénomènes bien différents ne soit pas toujours aussi clairement comprise qu'elle mérite de l'être, si l'on s'habitue à l'exprimer par deux termes qui pour la majorité et d'après leur étymologie, ont exactement le même sens.

Nous n'emploierons donc pas la dénomination de *tic psychique*, pas plus d'ailleurs que celle de *tic mental*, et moins encore celle de *tic psycho-mental* proposé par M. Cruchet. Quant au *tic bulbo-médullaire*, ce tic paraît se confondre de bien près avec le *spasme*, si même il n'est



pas précisément le spasme, tel que nous avons défini ce dernier, — à moins qu'il ne s'agisse d'un tic engendré par un spasme, auquel cas nous nous verrions encore s'accorder M. Brissaud et M. Grasset.

### Tic et Fonction.

Chemin faisant, nous avons déjà fait entrevoir que les tics peuvent être considérés comme des perturbations d'*actes fonctionnels*. Il est nécessaire d'entrer à ce propos dans quelques développements <sup>1</sup>.

Le terme de *fonction* est appliqué à des phénomènes biologiques très divers, tant par leurs manifestations que par leur destination.

Certaines fonctions, dites de la vie végétative, comme la circulation, la digestion, l'urination, etc., s'exécutent en dehors de toute intervention de la volonté. Les phénomènes moteurs qu'on y remarque sont sous la dépendance d'un système musculaire spécial, à fibres lisses, dont une intervention de l'écorce ne saurait modifier le mécanisme. Jamais une perturbation de ces phénomènes fonctionnels ne pourra mériter le nom de tic.

D'autres mouvements fonctionnels sont exécutés par des muscles striés sur lesquels l'action volontaire peut se faire sentir.

Parmi ces actes moteurs fonctionnels, les uns, ceux de la respiration, par exemple, sont essentiellement vitaux. Si les mouvements respiratoires s'arrêtent, l'asphyxie, la mort, surviennent à brève échéance. Une fonction de ce genre est donc d'une nécessité absolue, et se confond presque avec les fonctions de la vie végétative.

D'autres, comme la nictitation, la mastication, ou la

1. HENRY MEIGE, Tic et Fonction, *Revue Neurologique*, n° 9, 1902.



marche, sont également de très grande importance. Si l'œil cesse d'être humecté par les larmes — c'est le but du clignotement, — il est exposé aux plus graves dangers. Si l'on peut être nourri sans avoir besoin de mastiquer, si l'on peut vivre avec une paraplégie des membres inférieurs, ce n'est que grâce à l'assistance d'autrui. L'homme, abandonné à lui-même, privé de la locomotion et de la mastication, ne saurait longtemps suffire à sa propre subsistance. Ces fonctions sont donc encore indispensables à la conservation de l'individu isolé. Elles sont communes à tous.

D'autres actes fonctionnels, bien que fort utiles à l'individu, n'ont plus un caractère de nécessité aussi absolu : telle la sputation. Il y a des gens qui ne savent pas cracher. C'est une imperfection : elle peut être nuisible à la santé ; mais elle n'est pas fatale à l'existence. Voilà une fonction qui n'est plus universelle.

Enfin, l'enfant, nous l'avons vu, apprend en grandissant à exécuter une foule d'actes, qui, de volontaires au début, deviennent bientôt automatiques. Nous avons déjà parlé de la natation. Elle devient rapidement aussi automatique que la marche ; on peut dire que c'est encore un acte fonctionnel, dont le but est la locomotion dans l'eau, but qui peut être utile, mais n'est pas indispensable à la conservation. Combien de gens ne savent pas nager !

Et de même l'enfant apprend à écrire. Les mouvements de l'écriture lui deviennent bientôt tellement familiers qu'il les exécute avec le même automatisme que ceux de la marche. On dit que la fonction de l'écriture est constituée.

Puis, plus tard, c'est un jeu, un exercice physique, c'est un métier manuel, quel qu'il soit, depuis le coup de bêche du terrassier jusqu'au pianotage de la dactylographe. Tous



ces mouvements ne tardent pas à s'exécuter avec la même régularité et le même automatisme que ceux de la mastication, de la marche, et même de la respiration. Ils sont donc devenus des actes fonctionnels. Leur automatisme est adapté au but poursuivi.

Mais ces fonctions ne sont pas indispensables à la vie; elles ne sont pas communes à tous.

On voit, par ces seuls exemples, combien le terme de *fonctionnel* est compréhensif. L'observation nous montre tous les liens de transition entre les fonctions motrices les plus essentiellement vitales et tous les actes fonctionnels résultant de l'éducation motrice, quelle qu'elle soit.

Dans la pratique, et surtout lorsque l'on aura à envisager les troubles que la maladie peut apporter aux actes fonctionnels, il sera indispensable de distinguer ceux qui tendent à perturber une fonction *indispensable* à la vie, de ceux qui peuvent nuire à une fonction simplement *utile* à l'existence. On conçoit aisément qu'un trouble fonctionnel de la respiration comportera une tout autre gravité pronostique qu'un trouble fonctionnel de la marche, et surtout qu'un trouble de la fonction de l'écriture. Un sujet qui respire mal est exposé à des dangers que n'a pas à redouter celui qui écrit mal, ou qui même, ne peut plus écrire du tout.

On a distingué aussi des *troubles fonctionnels* et des *troubles professionnels*, — la profession pouvant, elle-même, être considérée comme une fonction de l'individu par rapport à la société. Ne dit-on pas, en effet, « fonction sociale »?...

Le terme de *professionnel* a le défaut d'être trop restrictif. N'observe-t-on pas des troubles de la fonction de l'écriture chez des gens qui ne font pas *profession* d'écrivain?... Bien plus, ce qu'on appelle la « crampe » profes-



sionnelle des écrivains ne se rencontre pas nécessairement chez les écrivains de profession, ni même chez ceux qui écrivent le plus. Ne peut-on avoir la « crampe » professionnelle du pianiste, sans être pianiste de profession ? — Il serait plus exact de dire qu'il s'agit de troubles des *actes d'occupation*, étant entendu que ces actes ont acquis, par la répétition, le caractère automatique des actes fonctionnels.

Voyons maintenant quels sont les principaux caractères des actes fonctionnels.

Dans toute fonction on observe la *répétition*. C'est une loi absolue dont les fonctions dites de la vie végétative nous donnent maints exemples : la digestion, l'urination, etc. La périodicité est de règle ; le rythme est plus ou moins simple et régulier ; il est flagrant dans la circulation. Pour les fonctions sexuelles, s'il semble faire défaut chez l'homme, du moins le retrouve-t-on chez la femme avec une remarquable exactitude : la menstruation. Mais la fonction de reproduction doit être mise à part, son but étant la perpétuation de l'espèce, et non un acte utile à l'individu.

Dans les autres fonctions, la *répétition de l'acte moteur* n'est pas moins évidente. La marche, la mastication, sont des actes qui se répètent de la même façon, avec un rythme régulier ; la régularité de la répétition du phénomène moteur est plus typique encore dans la respiration. Et il semble que cette régularité du rythme soit d'autant plus nette que plus grande est l'importance vitale de la fonction, que plus ancien est l'établissement de son automatisme.

Or, maintes causes venues de l'extérieur sont capables de modifier le caractère ou le rythme de ces actes fonc-



tionnels. Une sensation douloureuse nous fait cligner ou respirer plus vite. L'action de la volonté n'est pas moins manifeste. Nous pouvons à volonté ralentir ou accélérer notre respiration, mastiquer plus ou moins vite.

Il existe aussi des différences individuelles. Même à l'état de santé, l'amplitude et le nombre de ces mouvements fonctionnels varient d'un individu à l'autre. Deux hommes ne clignent pas des yeux avec la même fréquence, ni ne font exactement le même nombre d'inspirations par minute.

Mais il existe une amplitude et un rythme de ces mouvements que l'on peut considérer comme normaux pour chaque individu. C'est le rythme et l'amplitude qui correspondent exactement au but fonctionnel proposé, et qui, pour l'atteindre, se conforment à la loi naturelle du *moindre effort*. Cette loi ne souffre guère d'exceptions, hormis les cas pathologiques. Ce sont précisément ceux que nous voulons envisager.

Si, pour atteindre un but fonctionnel, un sujet, désobéissant à la loi du moindre effort, fait des mouvements superflus, trop fréquents ou trop étendus, trop violents ou trop prolongés, il est certain qu'il s'agit là d'une perturbation par excès de l'acte fonctionnel.

La *nictitation*, par exemple, est une fonction qui a normalement pour but d'humecter le globe oculaire. Automatique, involontaire, inconsciente chez l'adulte, l'est-elle également à la naissance?.... On n'en peut guère douter. A la vérité, le nouveau-né n'a pas le clignotement périodique de son père. C'est peu à peu seulement que se régularisent le rythme et l'intensité de la contraction palpébrale. La nictitation n'est une fonction parfaite qu'après un certain temps d'éducation; le rythme nécessaire et suf-



fisant s'acquiert par la répétition de l'acte du clignotement.

Cette propriété une fois acquise, le mouvement palpébral s'exécute régulièrement, aussi souvent et aussi fort qu'il est nécessaire pour atteindre son but : l'humectation du globe oculaire; et, de plus, il ne se fait ni plus souvent, ni plus fort que de besoin, chez le sujet normal.

Or, voici qu'une personne se présente avec des clignotements incessants, avec des contractions violentes des orbiculaires, infiniment plus fréquentes et plus fortes qu'il ne serait utile pour humidifier son œil. Sa fonction de nictitation est évidemment anormale; elle est excessive, hypertrophiée, si l'on peut dire. Qu'est-ce donc que cette perturbation fonctionnelle? — Ce sera peut-être un *tic de nictitation*.

Un grand nombre de tics, en effet, ne sont pas autre chose que des perturbations fonctionnelles de ce genre. Du moins peut-on le plus souvent y reconnaître *des actes fonctionnels dont le rythme ou l'amplitude dépassent le but à atteindre*.

Ainsi voit-on des tics respiratoires par exagération du nombre ou de la force des mouvements nécessaires à la respiration; on admettra bien qu'il s'agit là d'une perturbation d'un acte fonctionnel normal : la respiration.

Un autre mode de perturbation consiste dans l'*exécution d'un acte fonctionnel à un moment où ce dernier n'a pas de raison de se manifester*.

Tel un sourire quand le sujet n'a aucune pensée joyeuse, tel un cri, un mot, qui ne traduit aucune idée, tel un geste de grattage quand il n'existe pas de démangeaison, un mouvement de mastication quand la bouche est vide d'ali-



ments. Tous ces actes fonctionnels intempestifs, s'ils viennent à se reproduire avec ce caractère d'*inopportunité*, méritent souvent le nom de tics.

*Anomalie du rythme, de l'amplitude, de l'intensité d'un acte moteur, inopportunité de cet acte : voilà en quoi un tic peut être considéré comme une perturbation fonctionnelle.*

La fonction a encore d'autres caractères.

Son exécution est *précédée d'un besoin, suivie d'une satisfaction*.

La miction, la défécation le prouvent péremptoirement. Dans la respiration, dans la nictitation, le besoin prémonitoire n'est pas moins évident, comme aussi la satisfaction consécutive. Il suffit d'observer ce qui se passe lorsque ces fonctions sont plus ou moins longtemps entravées.

Le besoin est plus atténué dans les fonctions motrices comme la marche, la mastication. Il existe cependant; chez certains sujets, le besoin de marcher se fait vivement sentir.

Eh bien! le mouvement du tic, nous l'avons vu, est souvent, lui aussi, précédé d'un besoin, suivi d'une satisfaction. Et le tic peut être encore considéré comme une perturbation fonctionnelle en ce sens qu'il représente un *acte commandé par un besoin exagéré, intempestif, auquel succède une satisfaction excessive, déplacée*.

Nous avons besoin de cligner nos paupières pour humecter notre conjonctive, mais ce besoin ne se manifeste que lorsque notre globe oculaire n'est plus suffisamment humecté. Si, avant ce moment-là, le besoin de la nictitation apparaît, n'est-ce pas une perturbation fonctionnelle?....



Nous n'éprouvons pas le besoin de « renifler » si aucune mucosité n'encombre nos fosses nasales. Si ce besoin survient sans cause, et si cependant l'aspiration nasale a lieu, n'est-ce pas un acte fonctionnel qui s'exécute de façon inopportune?....

*Besoin exagéré, besoin intempestif, d'exécuter l'acte alors que ce dernier est superflu, — voilà en quoi le tic se montre encore une perturbation fonctionnelle.*

Un tic peut donc être considéré comme une anomalie d'une fonction normale, commune à tous.

Mais tous les tics ne rentrent pas dans cette catégorie. Il existe en effet, nous l'avons vu, un grand nombre d'actes auxquels on donne aussi le nom de *fonctionnels*, mais qui n'appartiennent pas à tous les individus ; on les appelle, disions-nous, *actes professionnels*.

Ces actes peuvent, eux aussi, être perturbés dans leur fonctionnement. En pareils cas dira-t-on encore qu'il s'agit de tics?.... En d'autres termes, les affections qu'on a décrites sous le nom de *crampes*, *spasmes*, *névroses*, *impotence professionnels*, sont-elles des tics?

Pour notre part, nous considérons qu'il est légitime de rapprocher des tics la plupart de ces accidents. Ils sont, en effet, l'expression clinique d'un trouble survenu dans un acte qui, par la répétition, a acquis l'automatisme des actes fonctionnels. L'observation nous fait voir d'autre part la coïncidence ou l'alternance fréquente de ces accidents avec les tics. Ils sont bien de la même famille.

Cependant certains caractères permettent d'opérer entre eux une distinction.

D'abord, une courte parenthèse pour s'entendre sur les mots.

Ce que l'on appelle d'une façon générale « crampes



professionnelles » sont des phénomènes moteurs qui se traduisent objectivement par un *arrêt* du mouvement qu'il s'agissait d'exécuter. *Spasme* exprime le mouvement, *crampe* signifie l'arrêt. Un *mouvement spasmodique* est un mouvement qui se produit avec excès, une *crampe* immobilise un membre.

D'ailleurs nous ne retrouvons pas dans les « crampes professionnelles » les caractères du *spasme*, tel que nous l'avons défini. Nous y verrions plutôt des analogies avec cette variété de tic de forme *tonique* dont nous avons déjà parlé et dont nous donnerons plus loin des exemples.

Ceci dit, si l'on considère l'accident appelé « crampe professionnelle », on reconnaîtra qu'il s'agit ici encore d'une *anomalie fonctionnelle*; celle-ci se traduit par un défaut dans l'intensité et dans l'amplitude de l'acte moteur. La répétition ne se fait plus de façon à atteindre le but en suivant la loi du moindre effort. Certains muscles se contractent trop, d'autres trop peu, et surtout ils ne se contractent plus au moment précis où ils étaient habitués à le faire.

Mais un caractère très spécial appartient aux « crampes professionnelles ». C'est qu'elles se produisent *uniquement à l'occasion de l'acte fonctionnel dont elles sont l'anomalie* : la crampe des écrivains pendant l'écriture, celle des danseurs pendant la danse, etc. Comme les tics, elles sont bien une sorte de caricature d'un geste. Mais elles n'apparaissent qu'avec ce geste, jamais en dehors de lui.

Nous les rapprochons donc volontiers des tics, avec lesquels elles ont encore cette étroite affinité qu'on les voit survenir chez des sujets atteints du même déséquilibre mental. Mais ce sont des tics d'une espèce particulière : une seule cause, — le geste d'occupation, — peut les révéler. Autrement, rien ne permet de soupçonner



leur présence ; le sujet lui-même n'en est pas incommodé. Un télégraphiste qui n'aurait plus l'occasion de télégraphier ne serait nullement gêné par sa « crampe professionnelle ». La fonction cessant, son trouble disparaît.

La majorité des tics, au contraire, se manifestent à propos de tout comme à propos de rien.

Certains gestes parfois semblent cependant plus aptes que certains autres à les déclancher. Mais, en dehors de ces gestes, on les voit apparaître encore. C'est là un caractère distinctif capital.

Aussi, tout en reconnaissant de grandes similitudes entre ces deux sortes d'anomalies motrices fonctionnelles, nous pensons qu'il est juste de ne pas les confondre sous une même dénomination. Toutes réserves faites sur le terme de « crampes professionnelles », mais faute d'un meilleur mot <sup>1</sup>, nous emploierons encore cette désignation pour désigner les troubles qui ne se produisent qu'*au moment où s'exécute un acte d'occupation*.

Nous avons passé en revue un certain nombre d'actes fonctionnels, les uns indispensables, les autres simplement utiles, à l'individu, d'autres enfin qui sont des acquisitions dont ce dernier pourrait être privé sans préjudice pour sa santé. Nous avons vu que des tics ou des « crampes » pouvaient être l'expression clinique des troubles survenus dans ces actes fonctionnels.

Il nous reste à envisager encore un groupe d'actes fonctionnels qui, par eux-mêmes, sont, non seulement superflus, mais encore préjudiciables, à celui qui en est à la

1. Le terme d'*impotence* serait assurément préférable à celui de *crampe*, si la locution *impotence fonctionnelle* n'était pas usitée déjà, plus généralement, pour désigner l'incapacité de mouvement qui résulte d'une absence de contractions musculaires causée par une paralysie, une amyotrophie, etc.



fois le créateur et la victime. Ce sont là des fonctions créées de toutes pièces sous l'impulsion d'une idée déraisonnable, en vue d'un but absurde. Plus d'un tic est ainsi engendré.

Un sujet remarque un jour qu'un mouvement de son bras détermine un craquement dans l'articulation de l'épaule. Ce bruit, cette sensation inusités attirent son attention et éveillent chez lui l'idée qu'il doit avoir une lésion articulaire. Il refait le même mouvement : le bruit se reproduit. L'idée de lésion s'accroît, s'exagère, devient une préoccupation constante, une idée fixe, une phobie. Cette idée pousse le sujet à répéter le geste une fois, deux fois, cent fois, de plus en plus violemment. Par la répétition, l'acte devient bientôt automatique. C'est bien un *acte fonctionnel* ; mais son point de départ est une *idée absurde*, son but ne répond à rien de nécessaire ; il est superflu ; bien plus, il peut être préjudiciable à la santé.

Acte fonctionnel qui se répète avec excès, dans un but inutile, ou même nuisible, n'est-ce pas encore une perturbation fonctionnelle ? — Oui, et c'est aussi un tic.

On y retrouve encore la *répétition* du mouvement, le *besoin* prémonitoire, la *satisfaction* consécutive, qui sont le propre des phénomènes fonctionnels. Mais les caractères de la fonction sont ici anormaux : l'acte moteur se répète trop souvent et trop violemment ; le besoin prémonitoire devient impérieux, irrésistible, la satisfaction consécutive est disproportionnée. En outre, cette fonction est inopportune, sinon dangereuse.

Ainsi, un tic peut être comparé à une fonction inusitée, intempestive, — *fonction parasite*, — engendrée par un phénomène mental anormal.

Bien plus, le tiqueur perfectionne par l'éducation cette fonction anormale.



La loi immuable d'action et de réaction entre l'organe et la fonction se vérifie, même lorsqu'il s'agit de phénomènes pathologiques. Le centre fonctionnel qui coordonne les mouvements inopportuns subit la réaction de ces mouvements. Par l'habitude, par la répétition de l'acte, il devient de plus en plus apte à le reproduire.

Inversement, on voit le muscle se fortifier, s'hypertrophier même, par suite de la répétition incessante des contractions intempestives, tout aussi bien qu'on le voit augmenter de volume lorsqu'il doit exécuter des actes fonctionnels normaux, volontairement réitérés.

En résumé, si l'on envisage la série des actes qualifiés de fonctionnels, — exception faite pour les fonctions de la vie végétative, — on peut dire que les tics sont toujours des sortes de perturbations fonctionnelles.

On y retrouve les caractères des actes fonctionnels : la répétition, le besoin. Mais, dans le tic, ces caractères sont viciés : le rythme moteur n'obéit plus à la loi du moindre effort, le besoin devient excessif, l'acte se produit inopportunément.

Tantôt c'est un trouble d'une fonction indispensable à la vie, — tics respiratoires, — ou à la santé, — tics de nictitation. Tantôt il s'agit d'une perturbation d'un acte fonctionnel dont l'importance vitale est moindre, — tic de la phonation, et qui peut même faire défaut chez certains sujets, — tic de sputation.

Le tic peut donc être un trouble d'une fonction normale, utile à l'individu.

Il existe en outre des actes — l'écriture, la danse, etc., — qui, par l'éducation, arrivent à s'exécuter comme les actes fonctionnels les plus essentiels. De ces actes on peut observer aussi des perturbations qui, tout en restant



étroitement apparentées aux tics, en diffèrent surtout par ce fait qu'elles ne se produisent qu'au moment même où l'acte fonctionnel devrait se manifester. Ces accidents — tics ou crampes dits « professionnels » — sont encore des troubles d'une fonction, fonction qui n'est pas commune à tous, mais dont le but est logique, utile.

Or, dans tous ces cas, le trouble fonctionnel paraît être sous la dépendance d'une imperfection de la volonté dont l'action frénatrice se montre insuffisante pour rétablir la régularité de l'acte fonctionnel, lorsque ce dernier, pour une cause quelconque, vient à se modifier.

Et même, quand le tic est l'expression clinique d'une fonction inusitée, inopportune, ou même préjudiciable à l'individu, quand il apparaît comme un acte fonctionnel créé par une anomalie mentale, l'insuffisance de l'intervention volontaire se manifeste encore ici par ce fait que le sujet laisse s'établir chez lui cette fonction parasite et se montre impuissant à la détruire.

On voit donc, en définitive, que l'apparition d'un tic dénote une imperfection de l'état mental, en particulier de la volonté. L'observation clinique en donne des preuves non douteuses.



## L'état mental des Tiqueurs.

L'existence d'un certain désordre psychique chez les sujets atteints de tics a été constatée depuis longtemps. « Le tic, a dit Charcot, est une maladie qui n'est matérielle qu'en apparence, c'est par un côté une maladie psychique..., c'est un produit direct de la vésanie<sup>1</sup>. » M. Brissaud a insisté sur l'influence de cet état mental spécial aux tiqueurs. Nous avons nous-mêmes étudié à plusieurs reprises la genèse de leurs manifestations motrices intempestives<sup>2</sup>.

Le plus souvent, le geste du tiqueur primitivement voulu et adapté à son but, est réitéré, logiquement d'abord; puis, passant bientôt à l'état d'habitude, il se répète hors de propos et alors même que la cause qui l'avait provoqué n'existe plus.

Pourquoi le sujet, qui, au début, a exécuté volontairement et logiquement le mouvement initial, continue-t-il à le faire involontairement et de façon intempestive? Et pourquoi le tic, une fois établi, ne peut-il être que diffi-

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1887-88, p. 124.

2. Communication faite au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, Limoges, 2 août 1901. — Soc. de Neurol., 18 avril 1901, et *Gaz. des Hôp.*, 4 juin 1901. — *Progrès médical*, n° 36, 7 sep. 1901.



cilement refréné? C'est que, précisément, celui qui en est victime présente un déséquilibre psychique dont il n'est pas maître de corriger spontanément les effets. « Les tiqueurs, dont l'intervention volontaire pourrait empêcher la convulsion, sont par malheur de ceux chez lesquels la volonté est le plus débile, des cérébraux, des faibles... » Ils ont « un état mental spécial, des bizarreries, de l'excentricité, bref une tournure d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibration » (Brissaud).

C'est aussi ce qu'écrivait M. J. Noir :

Si on observe soigneusement le malade, on ne tarde pas à s'apercevoir que le phénomène moteur ne tient en réalité que la seconde place dans l'affection et que, derrière lui, sont des troubles psychiques; ces derniers peuvent passer pour des bizarreries du caractère, des *caprices d'enfant*, mais n'en sont pas moins les premières manifestations d'idées fixes et de manies...

Les caractères de cet état mental se prêtent mal à la description. Ils offrent en effet une variabilité extrême dont la diversité des manifestations motrices est bien l'exacte traduction. A ce polymorphisme de leurs troubles psychiques, on reconnaît déjà que les tiqueurs appartiennent à ce vaste groupe d'individus auxquels on a donné le nom de « dégénérés »; aussi pourrait-on se contenter de décrire le tic comme une des manifestations polymorphes de la dégénérescence mentale, ainsi que l'a fait M. Magnan. Il est parfaitement exact, en effet, que l'on peut retrouver chez les tiqueurs nombre de stigmates physiques et mentaux qui appartiennent également aux dégénérés non tiqueurs.

M. Magnan<sup>1</sup> a mis excellemment en lumière le déséquilibre mental des dégénérés, tiqueurs ou non.

1. MAGNAN, *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 116.



Ce qui prédomine dans la folie des héréditaires, dit-il, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre, non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites d'une part, les sentiments et les penchants d'autre part, mais encore la désharmonie des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère.

Il est nécessaire cependant de préciser davantage les caractères psychiques d'une catégorie de malades qui, par les troubles de leur motilité, constituent, en neuropathologie comme en psychiatrie, une espèce cliniquement distincte. Au point de vue théorique d'abord, la connaissance de cet état mental permet d'éclairer la pathogénie des accidents moteurs. Au point de vue pratique surtout, on trouve là de précieuses indications sur le mode de traitement qu'il convient d'appliquer aux tics.

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse d'un tic et quelle que soit la forme affectée par lui, on peut toujours dire qu'il s'agit d'un déséquilibre des fonctions motrices. Or, ce déséquilibre moteur correspond à un déséquilibre psychique.

Hâtons-nous de le dire, on peut être dupé par les apparences. Les tiqueurs ont souvent des dons naturels qui dissimulent leurs défauts. Leur intelligence peut être parfaite, leur esprit vif, alerte, primesautier, leur imagination féconde; ils ont parfois des idées ingénieuses, de l'à-propos, de l'originalité, qui séduisent de prime abord. Leurs imperfections ne sont pas moins réelles; mais un examen attentif, prolongé, est nécessaire pour les révéler.

Nous nous sommes attachés pour notre part à faire scrupuleusement cette enquête chez tous les tiqueurs qu'il nous a été donné d'observer. En y joignant les constatations faites par d'autres auteurs, nous croyons qu'on peut, dès à présent, donner la description de leur état mental.



Charcot avait bien fait ressortir les qualités intellectuelles des tiqueurs :

Chez eux, disait-il, un certain nombre de marques, ou *stigmates psychiques*, comme M. Magnan les appelle dans son enseignement, qui placent dans la catégorie des *dégénérés*, ou autrement dit des *déséquilibrés*. Je préfère l'emploi de cette dernière dénomination par la simple raison que, fort souvent, parmi ces prétendus dégénérés, on rencontre à côté de certaines anomalies psychiques quelquefois bien effacées, des qualités intellectuelles de premier ordre <sup>1</sup>.

M. Ballet <sup>2</sup>, développant ces idées, ajoute :

Ce qui frappe, chez les déséquilibrés (dégénérés supérieurs), c'est moins le développement insuffisant que le développement inégal des facultés. Dans son ensemble l'intelligence est suffisante, on peut même relever des aptitudes remarquables, aux arts par exemple, à la littérature, à la poésie, plus exceptionnellement aux sciences. Les individus de ce groupe ne font pas seulement figure dans la société, ils y font parfois bonne figure : on en trouve beaucoup parmi ceux qu'on tient pour des gens de talent et même parmi ceux qu'on qualifie d'hommes de génie. Mais on est surpris de constater qu'à côté de facultés éminentes, il y en a qui sont restées embryonnaires : l'intelligence présente des lacunes et des trous. Ce sera, par exemple, chez un musicien ou un poète, l'inaptitude absolue aux mathématiques ou au calcul ; ou bien le développement remarquable de la mémoire, de la faculté d'élocution, contrastera avec le manque absolu de jugement. D'autres fois les facultés intellectuelles seront dans leur ensemble pondérées et même brillantes, mais on constatera un manque plus ou moins complet de sens moral...

Ces mêmes anomalies psychiques se rencontrent chez les tiqueurs qui appartiennent d'ailleurs, pour la plupart,

1. *Leçons du mardi*, 23 oct. 1888.

2. GILBERT BALLET, État mental des dégénérés, *Traité de médecine*, vol. VI, p. 1158.



au groupe des dégénérés dits *supérieurs* ou *déséquilibrés simples* (Ballet).

L'histoire de M. O... en est un exemple bien significatif.

En voici un autre, observé par l'un de nous :

Chez J..., l'intelligence est parfaite; son esprit est vif, ingénieux; il s'assimile toutes choses avec une remarquable rapidité. Au lycée, il était un des meilleurs élèves, on n'avait que des éloges à lui adresser. Tout travail lui serait aisé; il est musicien; il a des aptitudes et du goût pour la poésie; il est adroit : seul il s'est occupé de petites installations électriques; il s'est passionné pour la photographie; il n'y a guère que les mathématiques pour lesquelles il ait peu de dispositions.

En somme, les anomalies mentales se manifestent de la même façon que les vices du développement physique, tantôt par des absences, des arrêts, des retards, tantôt au contraire par des surplus, des avances, des exagérations. Bien plus, il n'est pas rare d'observer chez le même sujet la coexistence de ces processus contraires. Ainsi s'affirme encore le déséquilibre de l'évolution physique et mentale.

Mais un caractère sur lequel il ne nous semble pas qu'on ait suffisamment insisté, et dont la constance est presque absolue, c'est que : *petits ou grands, les tiqueurs présentent l'état mental d'un âge inférieur à celui qu'ils ont en réalité.*

Déjà, en 1825, Itard avait fait cette remarque et signalé chez ces malades « une grande mobilité des idées et une légèreté d'esprit et de caractère, qui n'appartiennent qu'à la première jeunesse et qui résistent au progrès de l'âge ».

Rien n'est plus exact, et l'on peut dire que tous les tiqueurs ont un *état mental infantile*.



Ne constate-t-on pas, en effet, normalement chez l'enfant cette absence de l'équilibre psychique que l'homme n'acquiert qu'en approchant de l'âge adulte? Les anastomoses cortico-spinales font défaut chez le nouveau-né. Au fur et à mesure qu'elles s'établissent et se perfectionnent, les actes volontaires font leur apparition. Mais au début, leur harmonie et leur équilibre sont loin d'être parfaits. Les interventions corticales sont ou trop faibles ou trop vives, encore mal pondérées. L'enfant a la volonté légère, instable, versatile; il a des désirs subits, des caprices passagers; il saute facilement d'une occupation à une autre, entreprend maintes besognes sans les perfectionner. Il a de brusques impatiences, de vives colères, mais de courte durée. Il est, à la fois, timide et imprudent, naïf et entêté; une futilité le fait rire, la moindre contrariété le fait pleurer. Ses affections comme ses répulsions sont sans mesure.

Cet état mental qui appartient en propre à l'enfance, est bien aussi celui que nous avons observé chez les tiqueurs. Un retard, parfois même un arrêt dans le perfectionnement des actes volontaires, tandis que se poursuit l'évolution corporelle et psychique, telle paraît être la principale raison de leur déséquilibre mental.

On peut, judicieusement, considérer ce dernier comme un stigmate de dégénérescence, si l'on envisage l'évolution de l'espèce. Mais, quand on se contente d'observer l'individu, par comparaison avec les sujets normaux de son âge, il est nécessaire de préciser davantage ce caractère psychique anormal. Et c'est alors qu'on s'aperçoit qu'il s'agit surtout d'une sorte d'arrêt du développement de la volonté. C'est ce qui nous paraît caractériser surtout l'*infantilisme psychique*.

« Les soi-disant héréditaires sont avant tout des con-



génitaux, des infantiles et même des juvéniles (Cotard). »

Chez l'enfant, le défaut d'équilibre des facultés mentales est généralement corrigé par la discipline d'une éducation bien comprise; mais, si celle-ci est mal dirigée, le déséquilibre persiste et s'aggrave. Or, il arrive fréquemment que l'éducation des futurs tiqueurs laisse à désirer. Leurs parents, leur entourage, présentent souvent, eux aussi, un déséquilibre mental qui les rend de déplorables éducateurs. Tantôt d'une excessive faiblesse, tantôt d'une sévérité injustifiée, tour à tour indulgents ou exigeants à l'extrême, trop tendres ou trop rigoureux, leur volonté inégale, le manque de pondération de leurs actes ou de leurs paroles sont le plus fâcheux exemple et la pire des disciplines éducatrices pour un jeune prédisposé. De là, les enfants *mal élevés*, les *enfants gâtés*, chez qui l'on voit persister et s'accentuer, malgré les progrès de l'âge, les dispositions psychiques propres à l'enfance. C'est donc surtout parmi les enfants gâtés que se recrutent les tiqueurs; car les tics ne sont le plus souvent que de *mauvaises habitudes motrices*, qu'une surveillance attentive pourrait enrayer à leur début et que, malheureusement, la négligence et la faiblesse des parents laisse s'installer, se propager, s'invétérer, au point qu'elles deviennent de véritables infirmités. Et, s'il est vrai que les tiqueurs, en avançant en âge, conservent encore une mentalité enfantine, on s'explique qu'ils soient incapables de refréner eux-mêmes leurs mauvaises habitudes motrices. Ce sont de *grands enfants mal élevés*, accoutumés à céder à tous leurs caprices, n'ayant jamais appris à discipliner leurs actes volontaires. On conçoit donc, sans que nous voulions y insister ici davantage, qu'une des premières indications du traitement des tiqueurs soit de les habituer à



une bonne *discipline psychique*, orientée surtout vers l'*équibration de leurs actes moteurs*.

Exemple :

Le Jeune J... a dix-neuf ans; sous peu, il sera majeur; il est intelligent, instruit; il serait bachelier sans les retards apportés à ses études. A le voir, on le juge bien près d'être un homme fait.

Or, ce conscrit de demain conserve aujourd'hui encore le même état mental qu'il avait à l'âge de dix ans : des naïvetés, des pusillanimités surprenantes, une émotivité toute enfantine, des élans de tendresse entremêlés de colères absurdes; il rit d'une futilité; il éclate en sanglots à la moindre réprimande, passant avec une insouciance et une légèreté extrêmes d'une occupation à une autre, s'impatiant, s'enthousiasmant, se désespérant d'une minute à l'autre, à l'occasion des motifs les plus insignifiants.

Son état mental est demeuré *infantile*. Car c'est bien là l'enfantillage des actes et des paroles qu'on retrouve dans les caprices des enfants, surtout des enfants « gâtés » ou « mal élevés ».

J... a 1 m. 83 de taille : c'est presque un géant. Or, ce géant, il faut que sa maman le couche et qu'elle l'habille comme un bébé. Il a dix-neuf ans : il faut qu'on lui coupe sa viande et que même on le fasse manger!...

Il est nécessaire d'insister sur la grande ressemblance de cet état mental avec celui des jeunes enfants : on y voit clairement la persistance, malgré les progrès de l'âge, d'une manière d'être qui normalement n'appartient qu'à l'enfance.

Le même état psychique s'observe dans l'*infantilisme* proprement dit, où les arrêts du développement corporel s'ajoutent aux arrêts du développement mental.

Chez les infantiles, en effet, « l'état mental concorde en général avec celui qui correspond à l'âge que paraît conserver le corps : légèreté, naïveté, pusillanimité,



pleurs et rires faciles, irascibilité prompte mais fugace, tendresses excessives ou répulsions irraisonnées ». On pourrait appliquer cette description au jeune J...

Au point de vue morphologique, il présente également quelques stigmates atténués d'infantilisme; sa grande taille ne saurait en imposer, c'est un caractère physique qui ne peut rien faire présager de l'état viril; bien au contraire, les hautes statures vont souvent de pair avec les arrêts de développement génital. Chez J..., malgré ses dix-neuf ans, on ne voit encore que peu de poils au pubis et sous les aisselles; la voix est eunuchoïde, bien qu'elle tende à « muer ».

Bref, abstraction faite de sa taille, il apparaît par son corps comme un garçon de treize ou quatorze ans entrant dans la puberté, mais ayant conservé l'état mental d'un enfant de dix ans.

Voici M<sup>lle</sup> R..., âgée de vingt-six ans :

Le développement de son état mental est notoirement en retard sur son âge. C'est celui de la fillette de douze ans qu'elle était lorsqu'ont apparu ses premiers tics. Frêle, timide, naïve, sans grâce et sans coquetterie elle n'est pas du tout femme; d'ailleurs, elle est irrégulièrement et faiblement réglée.

Et cet autre :

Le jeune M..., âgé de treize ans, est atteint de tics du visage, de la tête et des épaules, depuis l'âge de dix ans.

Il est de petite taille, mais bien conformé et n'a aucune anomalie physique apparente, sauf un singulier mélange de blond et de brun dans les poils de ses cheveux et de ses sourcils. Les dents sont mauvaises, mal plantées; beaucoup de dents de lait persistent. Pas le moindre duvet au pubis ni aux aisselles. Il est d'une bonne santé, n'a eu que des maladies d'enfance très bénignes, rougeole, varicelle, etc.; mange bien, dort très bien.

Son caractère est doux, il est docile à l'ordinaire. Cependant il a parfois des impatiences, une irritabilité, une émoti-



vité excessives pour son âge. Son intelligence est assez vive, mais il est paresseux ; il faut qu'on l'habille, qu'on lui lace ses chaussures. Sa légèreté est inconcevable. Il apprend aisément, mais il oublie très vite. Son caractère est demeuré tout à fait infantin : « pour la raison, dit sa mère, c'est un bébé de sept ans ».

La débilité de sa volonté, sa versatilité, la soudaineté de ses manifestations émotives, sont en effet celles de la première enfance ; il existe une discordance manifeste entre son état mental actuel et son âge réel.

Chez une autre de nos malades, L... :

L'intelligence paraît bien être celle de la plupart des jeunes filles de son âge et de sa condition.

Mais c'est une « enfant », une enfant gâtée, dont les parents, d'une excessive faiblesse, n'ont fait qu'exagérer tous les caprices en exagérant l'importance de ses « mouvements nerveux ». Malgré ses dix-huit ans, son *infantilisme mental* apparaît dans tous les actes de sa vie, comme si elle avait conservé l'âge de dix ans auquel ont débuté ses premiers troubles moteurs.

Sous l'influence du traitement, elle a fait des progrès psychiques très sensibles, parallèles à l'amélioration des symptômes physiques. Elle surprend son père par des audaces inaccoutumées ; n'a-t-elle pas osé dernièrement traverser *seule* la chaussée d'un boulevard, et faire *seule* une emplette dans un magasin, exploits qu'on n'aurait jamais cru lui voir accomplir de sa vie !

X..., tiqueur des yeux, à l'âge de quarante-huit ans, nous avouait : « Je ne suis pas un père, mais un « copain » pour mes enfants. Il me semble que je suis de leur âge. »

Et rappelons ici le mot de M. O..., âgé de cinquante-quatre ans : « Vous ne sauriez imaginer, disait-il, combien je suis resté jeune de caractère ! »

M. S..., qui a trente-sept ans, est, par l'esprit, un véritable enfant. Enfant gâté, turbulent, paresseux, impatient, entrant



pour un rien dans des colères terribles, où il crie, frappe, se débat, puis soudain fond en larmes, et cela, sous le prétexte le plus futile, à l'occasion de la plus minime contrariété.

Chez les tiqueurs, c'est donc surtout d'un *déséquilibre* de la volonté que dépend le déséquilibre des fonctions motrices.

Les faits confirment entièrement cette manière de voir ; tous les tiqueurs sans exception mériteraient le qualificatif de *déséquilibrés*, déjà par ce seul fait que leur volonté ne fonctionne pas suivant le mode normal.

Il est aussi malaisé de dire ce qu'est l'équilibre de la volonté que de définir ce qu'il faut entendre par l'état de santé physique ou mentale. Mais de la même façon qu'on peut décrire des maladies sans avoir besoin de préciser au préalable les caractères de la bonne santé, on peut signaler les anomalies de l'activité volontaire sans qu'il soit nécessaire de préciser auparavant les caractères de la volonté normale.

La volonté peut être troublée par excès ou par défaut, ces modifications dans l'un ou dans l'autre sens entraînant nécessairement le déséquilibre des fonctions volontaires. On retrouve chez les tiqueurs ces deux modes de perturbation.

La faiblesse du pouvoir de la volonté se traduit par la légèreté de l'esprit, la grande variabilité des idées, le manque de persévérance. L'excès de la volonté se manifeste par des désirs soudains, des caprices impérieux.

L'enfant est ainsi à l'état normal : sa débilité n'exclue pas les impulsions subites. La même débilité se retrouve chez les tiqueurs accompagnée des mêmes tendances impulsives : eux aussi sont enclins aux brusques déterminations, impatients de réaliser leurs désirs. Mais décon-



certés par la première difficulté, rebutés par le plus minime retard, s'irritant au moindre insuccès, ils ne sont pas capables de surmonter un obstacle.

Ils sont mous, légers, versatiles ; et cependant fougueux, violents, irascibles. Ils ne savent pas vouloir : ils veulent trop ou trop peu, trop vite et pour trop peu de temps.

En somme, les tiqueurs ont tous une *volonté débile et instable*.

Pour n'en citer qu'un exemple, considérons cette manifestation du pouvoir volontaire qui constitue *l'attention*.

M. Georges Guinon a signalé avec raison la diminution de l'attention volontaire chez les tiqueurs. C'est une conséquence obligée de leur état d'instabilité mentale, et en particulier de la versatilité de leur volonté.

Il leur est impossible d'attacher l'attention d'une façon suivie à un sujet quelconque. Ils sautent continuellement d'une idée à une autre et oublient aussi vite une occupation qu'ils ont mis de rapidité et d'empressement à s'y appliquer.

La diminution de l'attention volontaire, dit encore M. G. Guinon, se constate très facilement dans une opération à la fois intellectuelle et physique, il est vrai, mais très ordinaire et faisant partie intégrante de la vie habituelle d'un homme. Les malades, quand ils sont assez gravement atteints, deviennent absolument incapables de lire. On les voit faire un effort pour concentrer fortement leur attention, ce qui amène une diminution immédiate des tics. Mais ils ne peuvent lire les lignes et les mots à la suite comme tout le monde. Leurs yeux sautent brusquement d'une ligne à une autre sans ordre, et après bien des essais infructueux, ils sont obligés de rejeter le livre qu'ils avaient tenté de lire. Il existe là une impossibilité à peu près complète de l'attention volontaire.

L'excès des actes volontaires se traduit par une foule de *manifestations impulsives*.

L'ébauche d'*idées de suicide* ou d'*homicide* que nous



avons vue chez M. O..., se retrouve encore chez ce douteur, présenté par Charcot :

M. CHARCOT (au malade). — Racontez-nous, s'il vous plaît, ce que vous avez dit l'autre jour, relativement aux rasoirs.

LE MALADE. — Eh bien, lorsque je vois un rasoir ou un couteau, je tressaille, j'ai peur. Il me vient à l'idée que je pourrais tuer quelqu'un ou me tuer moi-même, et cela me cause une très grande émotion. Il en est de même lorsque je vois un fusil, ou seulement lorsqu'il me vient à l'esprit l'idée d'un fusil. Cette simple pensée me rend anxieux au plus haut point. Il me vient à l'idée que je pourrais tuer quelqu'un, et jusqu'à un certain point, je ressens l'envie de le faire. J'ai aussi une manie qui me trouble beaucoup : il me prend souvent une envie irrésistible de battre quelqu'un, et c'est souvent à la vue d'un cocher de fiacre que je me sens poussé à cela. Pourquoi les cochers de fiacre plutôt que les autres, je n'en sais absolument rien<sup>1</sup>.

De même l'insuffisance du pouvoir inhibiteur de la volonté se reconnaît en maintes circonstances.

Nous avons déjà parlé des étroits rapports qui unissent entre eux les idées et les actes moteurs. Entre la pensée d'un mouvement et l'exécution de ce mouvement, il n'y a pas de transition appréciable, si la volonté ne vient pas exercer son action frénatrice. Chez le sujet normalement équilibré, le frein volontaire agit au moment opportun. Chez le déséquilibré au contraire, chez celui dont la volonté débile ou versatile n'agit que trop faiblement ou hors de propos, l'acte moteur se manifeste sans rencontrer de répression. Tel est le cas de l'enfant, tel est aussi le cas du tiqueur qui a conservé une mentalité enfantine.

*L'impatience* des tiqueurs traduit ces anomalies.

A la hâte, J.... engloutit ce qu'on lui sert, ne prenant pas le temps de mâcher, et dès que son assiette est vide, il quitte

1. *Leçons du mardi*, 23 octobre 1889.



la table pour circuler dans la maison. Puis il revient au plat suivant, l'avale avec la même précipitation, s'impatiente s'il n'est pas de son goût ou si le service a quelque retard, se lève encore, fait un tour, reparait, exigeant que chacun se presse, trouvant toujours que le repas dure trop longtemps.

Pour la famille laborieuse, cette heure, qui devrait être un temps de repos, est devenue un vrai supplice. Outre les tics dont ils s'alarment plus que de raison, les parents souffrent cruellement des exigences et des caprices tyranniques de ce bébé gigantesque, qui se comporte comme le pire des enfants gâtés.

L'*instabilité mentale* des tiqueurs se traduit souvent par une *instabilité motrice* générale qu'on observe dans les intervalles de repos qui séparent les manifestations tiqueuses.

Le malade éprouve une difficulté singulière à conserver l'immobilité. A chaque instant, il remue un doigt, un pied, un bras, la tête. Il passe la main sur son front, sur ses cheveux, se frotte les yeux, les lèvres, chiffonne son vêtement, son mouchoir, s'empare d'un objet, l'agite de mille façons, croise et décroise ses jambes, etc.

Aucun de ces gestes ne mérite vraiment le nom de tic, car s'ils sont très fréquents, ils diffèrent constamment les uns des autres; le même geste ne se répète pas chaque fois de la même façon.

On ne peut pas dire davantage qu'il s'agisse de mouvements choréiques, car si chacun d'eux est superflu, déplacé, il n'a rien d'exagéré, rien d'incorrect. Ce sont des gestes réguliers, mais surabondants. Ils trahissent, non point tant une hyperactivité motrice qu'une insuffisance du contrôle de la volonté sur les manifestations motrices.

. Ce ne sont pas de vrais tics, mais des germes de tics.

Les tiqueurs sont des *émotifs*, et comme leur volonté, leur émotivité manque aussi d'équilibre. Le moindre



changement dans leurs habitudes les déconcerte ; un fait, un mot, un regard imprévu, suffisent à les troubler. Ils sont *timides* à l'excès, perdent toute contenance dès qu'ils se sentent observés. Nous verrons que ces phénomènes émotifs peuvent être le point de départ de certains tics.

Leur *affectivité* n'est pas moins désordonnée. Ils ont des attractions, des amitiés excessives, auxquelles peuvent succéder des inimitiés et des répulsions disproportionnées, ou tout simplement l'indifférence, l'oubli. Ils ont parfois la crainte ou la répulsion de certaines personnes, véritables phobies ; et inversement on observe chez eux des tendresses excessives, des *philies*, si l'on peut ainsi parler, dont la zoophilie est une des plus caractéristiques.

La *vanité*, l'*orgueil* même, sont fréquents.

M. S. est plein de jactance ; il parle de lui avec satisfaction, se glorifie des choses les plus futiles, se reconnaît des qualités qui précisément lui font défaut. Il parle avec emphase d'entreprises merveilleuses dont il s'attribue la paternité, dont il fait valoir exagérément les avantages, et que d'ailleurs il est complètement incapable de conduire à bonne fin.

Mais ces anomalies qui font partie de l'apanage mental des déséquilibrés, n'ont rien de caractéristique chez les tiqueurs. Elles ne font que confirmer le *manque de pondération* de leur activité psychique.

La connaissance de l'état mental des tiqueurs permet, en outre, de comprendre comment certains tics peuvent revêtir telle ou telle modalité.

Un tic, nous l'avons dit, peut être provoqué par une idée motrice. On tique alors comme on pense.

A l'état mental infantile, dont la caractéristique est sur-



tout l'inconstance et la variabilité des idées, correspondent des *tics variables*. Les tics variables ne sont pas autre chose que le mode d'extériorisation d'idées motrices, variables elle aussi, qu'une volonté trop faible et trop capricieuse ne peut pas refréner.

Chez les jeunes enfants où domine toujours ce caractère d'instabilité et de variabilité des idées, les tics sont rarement localisés. On les voit se produire tantôt en un point, tantôt en un autre. C'est seulement lorsqu'avec l'âge certaines idées prennent peu à peu quelque prépondérance, que les phénomènes moteurs ont plus de tendance à se fixer. Bien entendu il existe des exceptions et cela se conçoit aisément, l'évolution de l'état mental étant sujet à de nombreuses variations. Mais d'une façon générale, il est parfaitement exact que chez les tout jeunes sujets les tics sont moins localisés que chez leurs aînés.

Tous les tics de ce genre ne sont pas variables. On conçoit qu'il en puisse être ainsi lorsqu'une idée motrice devient prépondérante. On a alors affaire au *tic localisé* à un seul muscle ou à un même groupe musculaire; ceux-ci sont généralement plus tenaces.

L'existence d'un tic unique n'est d'ailleurs pas contradictoire avec la disposition psychique que nous avons qualifiée d'*infantile*; celle-ci représente le fonds même de l'état mental des tiqueurs. Sur ce fonds, peuvent se greffer de nouveaux troubles mentaux.

Parmi eux, les *idées fixes*, les *obsessions*, les *phobies*, sont les plus fréquentes.

Un tic peut naître d'une *idée fixe*, si cette idée fixe entraîne une réaction motrice; il est alors aussi difficile à déraciner que l'idée fixe elle-même.

D'ailleurs les idées fixes pouvant se succéder les unes



aux autres à des intervalles plus ou moins éloignés, on peut voir apparaître une série de tics localisés qui leur correspondent successivement.

Les *obsessions*, ou tout au moins, une tendance manifeste aux obsessions, se retrouvent chez un grand nombre de tiqueurs. Ce n'est pas une simple coïncidence.

Faut-il définir ici les obsessions? — Contentons-nous d'en rappeler l'excellente classification qu'en a donné M. Régis. Pour ce dernier, il s'agit bien de *maladies de la volonté*.

La volonté peut être lésée dans sa force d'arrêt ou dans sa force d'action (Régis).

Dans le premier cas on aurait les *obsessions impulsives* se subdivisant en : *obsessions-indécisions* telles que la « folie du doute » simple, — *obsessions-craintes*, par exemple l'agoraphobie, — *obsessions-propensions*, comme les obsessions de suicide ou d'homicide.

Dans le second cas, on aurait affaire aux *obsessions-aboulques*, telles que l'impossibilité de se lever (anastasie) ou de monter (ananabasié) ou cette forme particulière d'astasié-abasié que M. Séglas a proposé de distinguer, il y a quelques années, sous le nom d'*astasié-abasié émotive*, et aussi l'*akathisié* de M. Haskowec.

On peut y ajouter encore avec M. Séglas les obsessions qui ont trait à des phénomènes de sensibilité générale ou spéciale — topoalgies, — et même à des troubles hallucinatoires.

Dans toutes ces formes de l'obsession, l'insuffisance ou l'excès des interventions de la volonté ne semble pas douteux.

Le tic n'est-il pas, lui aussi, sous la dépendance d'une perturbation de la volonté?



Et comparons maintenant les stigmates psychiques des obsédés.

Ceux-ci, dit M. SÉGLAS, se résument dans un développement inégal, un manque d'harmonie, d'équilibre entre les facultés. Ces individus sont intellectuellement des êtres partiels, incomplets, déséquilibrés. Ils peuvent avoir une mémoire prodigieuse, mais ne peuvent arriver à fixer leur attention. Mobiles et distraits, leur instabilité mentale est parfois extrême.

En même temps, ils sont abouliques, apathiques, avec des accès de grande excitabilité, des « emballements » inexplicables. Ce sont des originaux, des excentriques, des rêveurs d'imagination dérégulée, à tendances romanesques.

Enfin ce sont des émotifs, des timides, sensibles à l'excès, impressionnables et susceptibles, égoïstes et orgueilleux...

Voilà les vrais stigmates de cette constitution psychopathique qui représente un terrain favorable au développement possible, mais non fatal, des accidents psychiques à forme d'obsessions. »

Tel est également l'état mental des candidats aux tics. On conçoit donc qu'un tiqueur puisse être aussi un obsédé, et réciproquement.

Le parallèle peut se poursuivre dans la symptomatologie des deux accidents.

Comment naît l'idée obsédante? — Parfois sans cause connue. Ce qui ne veut pas dire que cette cause n'ait jamais existé. Souvent, en effet, elle se rattache à un fait précis, à une sensation, à une émotion bien définies : un incendie crée la peur du feu, un accident de voiture l'amaxophobie.

L'idée obsédante, comme le tic, est *irrésistible*; « l'acte semble précéder la pensée ». La lutte est possible; la volonté peut triompher un instant; mais, étant débile et mobile, elle s'épuise rapidement. L'attention, la distrac-



tion arrêtent le tic comme l'idée obsédante, mais généralement pour un court délai.

Le tic a donc encore de commun avec l'obsession son *irrésistibilité*. Ce caractère avait été déjà signalé par Roth, en 1850, dans son mémoire intitulé *Histoire de la musculation irrésistible ou de la chorée anormale*. Pour lui les manifestations motrices des tics étaient des phénomènes de *musculature irrésistible*.

Dans l'obsession, la conscience est intégralement conservée *avant* et *après* les manifestations paroxystiques, mais non *pendant*. De même pour le tic.

L'obsession s'accompagne d'une *angoisse* concomitante et se termine par un sentiment de *satisfaction*. Le tiqueur éprouve pareille angoisse avant l'exécution de son mouvement, pareille satisfaction lorsqu'il l'a accompli.

Le malade dit fort bien M. G. Guinon, est poussé d'une façon invincible à former son idée, à accomplir son mouvement ou son acte. En outre, si la volonté ne cède pas, si les idées, les mouvements, trouvent un obstacle à leur formation, à leur exécution, il en résulte un sentiment d'*angoisse*. Au contraire, s'ils trouvent la voie libre devant eux, s'ils peuvent se donner carrière, le malade en éprouve immédiatement un sentiment très vif de *satisfaction*.

M. J. Noir a judicieusement remarqué que chez les idiots affectés de krouomanie, et qui ne présentent pas de troubles de la sensibilité, les chocs, les coups, les morsures, qui au premier abord peuvent sembler pénibles, procurent à ces malades des sensations qui les soulagent dans une certaine mesure, si même elles ne leur sont pas agréables.

Lam... est atteint de balancement et rotation de la tête presque continuels. Lorsqu'il peut s'asseoir près d'un mur, il



se cogne la tête latéralement contre ce dernier au point de se blesser et paraît éprouver à cela une véritable satisfaction <sup>1</sup>.

Un tic peut donc naître d'une idée obsédante si celle-ci provoque une réaction motrice. Cette pathogénie est très fréquente, en particulier, pour les tics toniques; on conçoit aisément, en effet, qu'une obsession puisse engendrer une attitude.

M. Grasset cite le cas d'une jeune fille qui présentait cette manie bizarre de ne jamais s'adosser à un siège quelconque, chaise, fauteuil ou banquette de chemin de fer. Elle se tenait habituellement debout ou assise sur le bord du siège afin de ne point venir au contact du dossier. C'était une habitude motrice engendrée par une obsession, une sorte de stéréotypie d'attitude.

Et voici un tic d'attitude, chez le jeune J :

Debout ou assis, il apparaît le bras gauche collé contre son corps, l'avant-bras demi-fléchi s'appuyant fortement sur l'épigastre, dans cette attitude qui rappelle celle des hémiplegiques.

Et vraiment, à voir la position et l'apparente inertie de ce bras gauche, l'hésitation et la maladresse de ses mouvements, on pourrait croire qu'il ne jouit pas d'une mobilité normale. Tous les gestes usuels sont exécutés par le bras droit et le malade invente les procédés les plus compliqués pour éviter au membre opposé la plus minime intervention.

Or, cette impotence est purement apparente. Il suffit d'un ordre pour que le membre immobilisé de la sorte exécute librement, avec justesse et même avec énergie, tous les mouvements, tous les gestes que l'on commande. La main gauche, qui semble inapte à tout usage, saisit avec aisance les objets, quels qu'ils soient, où qu'ils soient; elle peut manier un couteau, boutonner un bouton, lacer une chaussure, etc.; elle peut même tenir une plume et écrire.

1. J. NOIR. Obs. XVIII (thèse, p. 40).



Il s'agit bien ici d'un *tic d'attitude*, et l'origine mentale de ce phénomène n'est pas douteuse.

En effet cette position du bras a été délibérément choisie par le malade. Elle a eu, dans son esprit, un but précis : l'immobilisation du membre afin d'atténuer une prétendue douleur de l'épaule. C'est un subterfuge de son invention, prémédité et réfléchi, auquel il attribua une action frénatrice souveraine.

Ce geste correcteur, primitivement volontaire, est passé bientôt à l'état d'habitude et se reproduit automatiquement. »

Ce tic d'attitude avait été provoqué par l'idée obsédante d'une douleur.

Rappelons encore ces autres désordres moteurs observés chez le même sujet et qui reconnaissent la même origine :

L'attitude d'élection du jeune J... lui réussit assez bien, pendant les premiers jours. Mais, comme on pouvait le prévoir, sa vertu frénatrice s'épuisa peu à peu. Il fallut inventer autre chose.

C'est alors que la main droite fut appelée à la rescousse. Son rôle était tout indiqué : saisissant l'autre main, elle vint l'appliquer plus énergiquement sur l'épigastre, assurant ainsi la fixation du membre supérieur gauche. De là une attitude plus compliquée encore, à laquelle les deux bras participaient en même temps. Comme le premier, ce procédé d'immobilisation se montra efficace au début; puis bientôt devint insuffisant à son tour.

J... se mit à la recherche d'un autre stratagème. Et il pensa : « L'immobilisation est nécessaire pour atténuer mon mal, toutefois, la façon dont je la pratique ne doit pas être la bonne. La position de mon bras gauche doit être modifiée; il faut procéder par tâtonnements et expérimenter les positions les plus diverses. » Dès lors, il employa sa main droite, non plus à maintenir son autre main appliquée contre son corps, mais à faire exécuter à la main, au poignet, à l'avant-bras et au bras gauches, toute une série de mouvements passifs, sans jamais d'ailleurs découvrir la position rêvée.

Cette gymnastique était incessante, et bientôt la main



droite n'eut plus d'autre occupation. Tantôt saisissant le poignet gauche elle le tirait, le tordait, pendant que l'épaule et le bras gauche lui opposaient une forte résistance. Tantôt elle empoignait les doigts, les dépliant, les repliant, les tortillant, le membre gauche restant toujours collé le long du corps et résistant à toutes les tractions.

D'autres fois, saisissant le bras, un peu au-dessous de l'aisselle, elle le massait, le pressait, le tordait, s'efforçant de l'écarter ou de le rapprocher du thorax, — et toujours le bras gauche opposait une résistance invincible à tous les efforts, en quelque sens qu'ils soient dirigés.

D'autres fois enfin, la main droite venait comprimer le coude, malaxer les muscles de l'avant-bras, du bras, les saillies osseuses, les tendons, etc. Souvent même elle se mettait à frapper brutalement, le poing fermé.

Ce fut une sorte de bataille perpétuelle entre le bras gauche et la main droite, où celle-ci employa mille subterfuges pour déplacer, mobiliser, tirailler, tortiller celui-là.

La victoire restait toujours au bras malade.

Mais chaque fois qu'il s'était livré sur lui-même à cet absurde combat, le malade en éprouvait un soulagement manifeste : il ressentait même un certain bien-être lorsqu'il avait cédé à l'impérieuse obsession motrice, — satisfaction éphémère, car il était bientôt obligé de recommencer sur de nouveaux frais.

Par contre, s'il était contraint de résister à la tentation, il en résultait pour lui un malaise extrême; on le voyait alors s'agiter désespérément sur sa chaise, croiser, décroiser ses jambes, balancer sa tête, faire une grimace, pousser un soupir, se frotter les yeux, se gratter le nez, mordre ses lèvres, ses ongles, contorsionner sa bouche, tirer ses cheveux, sa moustache naissante, son col de chemise, un bouton d'habit, etc., et il était anxieux, angoissé, il rougissait, pâlissait, son visage se couvrait de sueur. Enfin, n'y tenant plus, il lui fallait céder : la bataille stérile des membres supérieurs recommençait alors plus bruyamment que jamais.

On reconnaît bien là les caractères du syndrome *obsession* : irrésistibilité de l'idée obsédante, angoisse concomitante, satisfaction consécutive.



Mais, inversement aussi, un tic peut devenir obsédant, si c'est la réaction motrice, qui est la cause provocatrice de l'obsession.

« Dans nombre d'états psychopathiques, dit M. Ernest Dupré<sup>1</sup>, chez les psychopathes génito-urinaires en particulier, le même mécanisme pathogénique se retrouve. Une épine pathologique, localisée au début dans la sphère périphérique (vessie, urètre, prostate, vésicules séminales, etc.) sollicite une réaction des centres sensitivo-moteurs corticaux. L'arc diastaltique réflexe se traduit alors par les manifestations centrifuges d'une série de phénomènes moteurs. Ceux-ci à leur tour font naître toutes sortes d'idées fixes, d'obsessions, d'impulsions qui font partie intégrante du syndrome; mais, en définitive, le mécanisme initial est toujours le même. »

Les caractères des tics devenus obsédants sont encore ceux qu'on retrouve dans toute idée obsédante, motrice ou autre; *irrésistibilité* de l'idée, *angoisse* concomitante, *satisfaction* consécutive.

On observe d'ailleurs chez les tiqueurs un grand nombre d'obsessions qui n'ont pas de rapport direct avec leurs tics.

Elles peuvent se manifester même chez les enfants par des *scrupules* excessifs, la crainte perpétuelle de mal faire, un manque absolu de confiance en soi ou simplement par une *timidité* extrême, des délicatesses outrées, des hésitations interminables.

Nous avons vu de jeunes tiqueurs, âgés d'une dizaine d'années, témoigner en maintes circonstances de ces dispositions d'esprit qui, plus tard, prennent un caractère obsédant plus accentué. Ils sont intelligents, travailleurs,

1. Soc. de Neurol., 18 avril 1901.



reçoivent presque toujours des éloges de leur maître, occupent les premières places dans leur classe et cependant, jamais satisfaits de leur tâche, ils sont perpétuellement hantés par la crainte d'avoir laissé échapper une faute dans leur devoir; ils n'osent affirmer qu'ils savent leurs leçons, hésitent dans leurs réponses, se méfient de leur mémoire, se gardent de tout engagement, de toute promesse, témoignent ainsi d'une insécurité, d'un manque de confiance en eux-mêmes qui les affecte profondément, car ils apprécient avec justesse les conséquences de cet état d'esprit.

Le jeune J..., élève modèle, a été constamment tourmenté par la crainte de mal faire et de ne pas réussir. Toujours il a *douté* de lui-même. Jamais sa tâche accomplie ne l'a satisfait. Dans un devoir il croyait sans cesse avoir laissé échapper quelques fautes. Cette préoccupation le hantait durant les heures de récréation ou de congé. Véritable *obsession* dont il souffrait visiblement et qui entraînait de grandes crises de désespoir. Aujourd'hui encore, la pensée que sa maladie, l'obligeant à interrompre ses études, compromet l'avenir rêvé, provoque de temps à autre des scènes lamentables.

La petite G..., âgée de dix ans, qui tique de la face, hésite constamment à indiquer une heure, une mesure, une date, un chiffre, uniquement par crainte scrupuleuse de ne pas faire une réponse absolument exacte.

Tel est encore l'exemple suivant rapporté dans les *Leçons du mardi* :

M. CHARCOT (au malade). — Voulez-vous nous parler de ce qui vous arrive lorsqu'il s'agit pour vous de cacheter une lettre que vous venez d'écrire, ou encore de la mettre à la poste?

LE MALADE. — Je cache bien la lettre, en général, je mets l'adresse et je vais la porter à la poste. Mais lorsque je veux la mettre dans la boîte, j'hésite et je la retire quatre ou



cinq fois de l'ouverture, avant de l'y laisser tomber. Lorsqu'elle m'a définitivement échappé, j'éprouve une grande émotion.

M. CHARCOT. — Eh bien, vous avez compris par là de quoi il s'agit : l'inquiétude règne dans son esprit. Il a des scrupules. L'adresse est-elle bien mise? Aurait-il laissé échapper, en écrivant, quelle chose d'incorrect, de compromettant?

Quelquefois il décachette la lettre déjà fermée et la relit plusieurs fois avant de la cacheter définitivement. Sans doute nous avons tous, plus ou moins, parfois, dans les mêmes circonstances, de ces doutes, de ces scrupules; mais ils se présentent à nous à l'état d'idées faibles que nous refoulons facilement, sans émotion. C'est l'exagération de ce phénomène physiologique, l'émotion qui l'accompagne, l'intensité de l'idée, son caractère irrésistible, qui constituent l'état pathologique.

Chez les enfants, par exemple, l'émotion de la première communion favorise souvent le développement des scrupules religieux. S'il s'agit d'un jeune tiqueur, il se produit alors, par une sorte de métastase, une diminution des accidents convulsifs en même temps que s'accroissent les phénomènes mentaux. Puis, passé le temps des exercices religieux, les scrupules s'atténuent et les tics s'exagèrent.

Un état d'esprit analogue se traduit par l'*arithmomanie*.

Chez certains malades, c'est le besoin de compter jusqu'à un certain nombre avant d'accomplir un acte. Tel, par exemple, avant de se lever de son siège, compte un, deux, trois, quatre, cinq, sept, en passant le nombre six qui lui est particulièrement désagréable. Tel autre est obligé de répéter deux, trois, dix fois le même mouvement, de tourner dix fois le bouton d'une porte avant de l'ouvrir, de faire cinq pas en cercle avant de se mettre en marche (GUINON).

Un homme présenté par Charcot comptait sans raison



« un, deux, trois, quatre, » regardait trois ou quatre fois sous son lit et ne se couchait qu'après s'être bien assuré que sa porte était fermée au verrou<sup>1</sup>.

Autre exemple rapporté par M. Dubois (de Saujon) :

Jeune fille de vingtans chez laquelle, vers l'âge de quinze ans, se sont manifestés les premiers tics convulsifs. Brusquement l'enfant se précipitait à terre comme pour ramasser un objet, mais avec cette particularité qu'il fallait que le *dessus* de la main touchât le sol, sans quoi elle recommençait. Elle faisait cela vingt, trente fois par jour. Entre temps elle tournait la tête, toujours à droite, regardant en haut des rideaux dans le coin d'une fenêtre, laissant entendre un bruit de gloussement comme un appel sourd qui attirait l'attention des personnes présentes. De neuf à onze ans ces deux tics ont été les principaux; ils s'accompagnaient de manies : compter jusqu'à trois, regarder trois fois un objet ou une personne. Peu à peu, les mouvements convulsifs se généralisèrent. En même temps survinrent diverses phobies (peur des bêtes à cornes, des vers de terre, des chats, de la rouille, etc...)

L'*onomatomanie* est une autre manifestation.

Tantôt c'est la peur de prononcer un mot considéré comme néfaste. Tantôt c'est le besoin d'intercaler un autre mot, qui passe pour tutélaire.

On a donné le nom de *folie du pourquoi* à un besoin irrésistible qui pousse certains sujets à trouver une explication aux faits les plus ordinaires : « Pourquoi ce vêtement a-t-il six boutons?... Pourquoi un tel a-t-il les cheveux blonds?... Pourquoi Paris est-il sur la Seine?... etc. » Ce mode d'obsession, fréquent chez les tiqueurs, rappelle singulièrement une tournure d'esprit familière aux enfants, et ici encore apparaît le caractère

1. *Leçons du mardi*, 21 février 1888.



infantile de l'état mental sur lequel nous avons insisté précédemment.

Parmi les troubles mentaux qui s'observent chez les tiqueurs, on pourrait signaler toutes les *phobies* : peur de la mort, de la maladie ; peur de l'eau, peur des couteaux, des armes à feu ; topophobie, agoraphobie, claustrophobie, etc.

Voici l'observation très significative d'un malade que l'un de nous a pu suivre de près pendant plusieurs mois :

Un jour à l'âge de quinze ans, M. S. eut, paraît-il, un premier torticolis (à gauche). Sa mère dont les bizarreries mentales ne sont pas moins nombreuses (en particulier la nosophobie des courants d'air), attribua cet accident à un refroidissement causé par un flocon de neige tombé sur le cou, pathogénie que M. S., fils aveuglement soumis, accepte sans réserve. Ce torticolis d'ailleurs fut de très courte durée, deux ou trois jours à peine.

Il y a cinq ans, un nouveau torticolis est survenu, qui persiste encore aujourd'hui. M. S. explique son origine de la façon suivante :

« En ce temps-là, je travaillais dans un bureau où j'écrivais debout, tournant constamment la tête à gauche pour regarder des chiffres que j'avais à transcrire. Je répétais ce geste pendant deux heures environ. Au bout de quelques mois, j'ai commencé à éprouver dans le cou et dans la nuque des douleurs qui bientôt m'ont obligé à cesser mon travail. Depuis lors, ma tête est restée tournée vers la gauche. »

Actuellement, M. S. se présente la tête en rotation à gauche, au maximum de torsion, l'épaule du même côté un peu relevée, le torse incliné à gauche également. La tête est maintenue dans cette position de façon permanente, et lorsque le malade veut regarder à droite, il est obligé de tourner son torse ou de faire un quart de tour sur lui-même. La tête fait alors quelques mouvements d'oscillation qui la rapprochent de la rectitude, mais elle ne tarde pas à repartir vers la gauche.



Le sterno-mastoïdien du côté droit fait une saillie énorme.

M. S. a donc un torticolis mental en rotation à gauche. Tourner la tête à droite lui est très difficile; mais il éprouve surtout une vive appréhension pour ce mouvement. Ainsi quand il passe sur un trottoir et que les maisons sont à sa droite, il s'en éloigne toujours : « Il me semble, dit-il, que j'ai peur d'aller me cogner contre elles. » Par un phénomène inverse, fréquent dans les phobies de ce genre, il éprouve également un besoin de s'en rapprocher, et il lui arrive de marcher en se frottant contre les murs qui sont à sa droite.

M. S. a appris autrefois à monter à bicyclette. Il a fait cette éducation dans un manège, non sans peine, car pendant longtemps il se cramponnait désespérément à son guidon. Au début, lorsqu'il était très préoccupé de ne pas tomber, il tenait sa tête parfaitement droite; puis peu à peu, lorsqu'il a été plus sûr de son équilibre, il l'a reportée à gauche, ce qui ne l'empêchait pas de pédaler convenablement. Mais un beau jour, sur une route, ayant croisé une voiture, et sans d'ailleurs qu'il ait failli être renversé, il a éprouvé une peur excessive. Depuis lors, il a renoncé complètement à la bicyclette.

Contrairement à ce que font certains sujets atteints de torticolis mental, qui cherchent à ramener leur tête vers la rectitude avec des cols très hauts et très résistants, M. S. a progressivement fait diminuer la hauteur de ses faux-cols et, dès qu'il le peut, il les retire. Il est en effet extrêmement effrayé de la saillie que fait son sterno-mastoïdien droit, qu'il considère comme une « enflure » du cou très inquiétante. Il dit lui-même que, au début de sa maladie, « son cou a commencé par enfler » en cet endroit et que telle a été la cause de son torticolis. Aussi a-t-il une peur terrible d'augmenter cette « enflure » par la compression.

Il est convaincu que la cause première de l'enflure de son cou a été l'usage de cols trop étroits. Il avait coutume en effet d'entourer son col d'une cravate serrée à l'étrangler, afin d'empêcher l'air de pénétrer, — toujours par crainte de s'enrhumer en « prenant froid ».

On comprend alors par suite de quel raisonnement erroné le torticolis a pu s'installer : la *peur d'un courant d'air* inspirée à M. S. par sa mère l'a conduit d'abord à comprimer



son cou exagérément. Lorsqu'il copiait ses chiffres en tournant la tête à gauche et en bas, ce qui exigeait la contraction du sterno-mastoïdien droit, la compression du col se faisait surtout sentir sur le muscle contracté. Cette sensation conduisit M. S. à regarder dans une glace cette région de son cou. Il fut très ému d'apercevoir la saillie musculaire, et n'hésita pas à y voir un phénomène anormal, une « enflure ». Il l'attribua à la compression du col, desserra celui-ci, en changea; mais la « grosseur » persistant toujours, il en fut de plus en plus effrayé. A force de vouloir l'examiner, de la palper, il prit bientôt l'habitude de contracter à tout propos, et surtout hors de propos, son sterno-mastoïdien. De là son torticolis dont l'origine mentale n'est pas contestable.

En expliquant à M. S. le rôle du sterno-mastoïdien dans la rotation de la tête et en lui montrant que sa prétendue « enflure » n'était que le résultat d'une contraction permanente du muscle, on a pu lui faire comprendre l'absurdité de son interprétation; il s'est exercé peu à peu à décontracter son sterno-mastoïdien droit, et en voyant de la sorte disparaître l'« enflure », il a fini par se rendre compte de son innocuité. Ce dont il a éprouvé une grande satisfaction qui s'est bientôt traduite par une amélioration notable.

Une petite malade de M. Oddo (de Marseille) avait un singulier *tic de génuflexion*.

La note dominante du caractère de cette fillette est la poltronnerie : elle a peur de tout. C'est ainsi que tous les soirs, avant que son père ne rentre, elle regarde à plusieurs reprises dans le couloir pour voir s'il ne vient personne; sitôt que son père est rentré, elle ferme brusquement la porte à clef de peur que quelqu'un ne survienne. Elle écoute très souvent à la porte, ayant peur que quelqu'un ne marche. Et d'après le dire de sa mère, le mouvement qu'elle fait pour écouter est devenu comme un tic, une mauvaise habitude dont on n'a jamais pu la déshabituer, malgré les remontrances et les moqueries.

Ces phobies vont de pair avec une tendance évidente



aux *idées mélancoliques* et hypochondriaques. Les tiqueurs sont souvent préoccupés plus que de raison de leur santé. Ils s'observent avec une minutie excessive, analysent avec soin leurs moindres sensations, s'efforcent d'en trouver les explications les plus singulières, généralement afin d'en tirer de fâcheux pronostics. Ils sont, comme l'a rappelé M. Briant, au plus haut point, des *introspecteurs*.

A l'inverse des phobies, qui englobent toutes les craintes et toutes les répulsions irraisonnées, on peut observer également des *prédilections saugrenues*, des attractions absurdes : un sujet ne peut s'asseoir que sur un siège, dormir que dans un lit, ne se servir à table que d'un couvert spécial; tel autre ne peut entrer dans un appartement que par une porte; un autre fera de grands détours pour passer par la même rue, et dans cette rue prendra toujours le même trottoir, et sur ce trottoir s'astreindra à poser les pieds sur les mêmes dalles..., etc.

L'un de nous se rappelle l'histoire d'un malheureux commissionnaire, qui ne pouvait faire une course dans Paris sans que son point de départ fut la place Clichy. On devine les crochets et les détours interminables de son itinéraire lorsqu'il avait à se rendre de Montrouge à la Bastille.

Dans le même ordre d'idées, rentre *l'amour exagéré de l'ordre*, qu'on est tout surpris de rencontrer chez des sujets dont le désordre mental est parfois extrême. Il en est qui ne pourraient s'endormir sans avoir rangé leurs vêtements dans un ordre toujours le même; un malade, dit M. G. Guinon, s'arrangeait toujours de telle façon que les objets placés devant lui, soient une moitié à sa droite,



une moitié à sa gauche. Ces déséquilibrés sont complètement désorientés, tant qu'ils n'ont pas satisfait à cet impérieux besoin d'équilibre.

A propos d'une petite hydrocéphale de neuf ans, atteinte de tics avec écholalie, M. J. Noir fait cette remarque :

Le fond du caractère de cette enfant, peut se résumer dans une grande vanité et dans un *esprit d'ordre* poussé très loin. Dri... est coquette, elle est heureuse quand on lui donne des habits neufs, en prend un soin extrême, les plie et est toujours très propre. Elle veut toujours se parer. Avec de vieux morceaux de tarlatane, elle se fait des bracelets, des colliers. Elle les serre parfois si fort qu'elle a failli une fois s'étrangler, on dut la punir à diverses reprises pour l'empêcher de recommencer. Elle est maniaque, a ses habitudes. En se couchant elle plie ses habits toujours dans le même ordre. Elle est aussi fort jalouse, ce qui est encore une conséquence de sa vanité et est furieuse lorsqu'on s'occupe d'une autre malade sans songer à sa présence.

M. Noir insiste sur cet état mental qu'il a déjà observé chez d'autres hydrocéphales<sup>1</sup>.

La même tendance se traduit encore par une recherche exagérée de la *précision* dans les plus futiles détails. De là, dans les discours, des digressions interminables, des parenthèses qui engendrent des parenthèses, si bien que l'idée première étant rapidement perdue de vue, la conclusion devient impossible.

Une foule d'autres singularités mentales, vulgairement appelées *manies*, ne sont, comme le dit M. Grasset, que des diminutifs de l'idée fixe et obsédante; elles représentent des degrés inférieurs de l'obsession. Ainsi M. Grasset raconte que lui-même n'a pu, pendant un temps, entrer dans un wagon sans se sentir irrésistiblement poussé à

1. Noir, obs. LIX, *Thèse*, p. 121.



diviser le chiffre représentant le numéro du wagon par le numéro du compartiment.

Il cite aussi une personne, parfaitement raisonnable par ailleurs, qui, lorsqu'elle a un pied sur une pierre un peu saillante, se sent obligée à rechercher pour l'autre pied une sensation analogue; de même, lorsqu'elle a placé une main sur du marbre ou tout autre objet froid, elle est contrainte à faire subir à l'organe symétrique une impression de même nature.

Bien des gens, passant devant telle ou telle maison, se sentent poussés à compter le nombre des fenêtres ou des barreaux de la grille, et ne sont tranquilles qu'une fois leur numération accomplie.

D'autres personnes ont la manie, partout où elles se trouvent, de rechercher la symétrie; elles ne peuvent s'empêcher de mettre en ordre, au gré de leur manie, les objets mal placés ou asymétriquement disposés.

Tel lecteur assidu ne se sentira tranquille que lorsqu'il aura, sans égard pour la continuité de sa lecture, fait soigneusement disparaître le point noir qu'un correcteur inattentif aura laissé graver sur la page de son livre (GRASSET).

Semblables « manies » s'observent chez les tiqueurs, sans d'ailleurs être caractéristiques de leur état mental.

Tous ces accidents psychiques ne leur sont pas spéciaux; mais ils s'implantent avec une facilité singulière sur le même terrain mental où l'on voit éclore les tics.

Pareillement, des *hallucinations*, et même de véritables *délires*, peuvent apparaître et provoquer des réactions motrices qui, elles-mêmes, sont capables de devenir des tics.

Rappelons-nous, dit M. Letulle, quelle tendance invincible chacun de nous possède à un mouvement, à une expression, à une série d'idées, toujours les mêmes.

Cette impulsion au tic, que les hommes les plus sensés



connaissent et contre laquelle ils sont parfois obligés de lutter, éclate dans toute sa force chez certains individus frappés de maladie mentale et poursuivis par des idées fixes, délirantes (hallucinations persistantes, délire de persécution). Au début, il s'agit de certains mouvements réguliers, incessants, ayant leur raison d'être dans l'idée délirante elle-même : telle femme, par exemple, passe régulièrement la main devant ses yeux en poussant un cri aigu : elle chasse, dans son imagination, les oiseaux qui viennent lui crever les yeux. Plus tard, tombée en démence, n'ayant probablement plus d'hallucination, elle continue de faire encore ce mouvement habituel qui est devenu un tic incurable.

Un autre malade s'essuie sans cesse les mains, ou crache en passant près des personnes qu'il rencontre. La raison en est dans la crainte d'être empoisonné par des ennemis imaginaires et ce geste persiste jusqu'à la fin de la vie, en pleine déchéance intellectuelle, alors que toute idée délirante a forcément disparu.

Sous le nom de *Maladie des tics impulsifs*, Wille<sup>1</sup> a rapporté l'histoire d'un jeune homme de vingt-deux ans, à hérédité psychopathique chargée, d'humeur irritable dès son enfance, atteint d'obsessions pendant ses études. Bientôt survinrent des mouvements systématiques du visage, des épaules et des bras, accompagnés de coprolalie.

Les symptômes psychiques avaient un caractère circulaire et le malade souffrait d'hallucinations, au moment des exaspérations vespérales de ses symptômes. Il eut deux crises d'excitation mentale, mais il guérit au bout de quatre ans.

On pourrait se demander si, d'après la description de l'auteur, son cas ne se rapporterait pas à la démence précoce, plutôt qu'au vrai type de la maladie de Gilles de la Tourette. Les troubles mentaux sont en effet notablement plus accentués dans ce cas que d'ordinaire. Cepen-

1. WILLE, *Monatsch. f. Psychiatrie*, 1898, p. 210, R IV 1899, p. 873.



dant les tics s'observent au cours des plus graves vésanies.

Voici un autre exemple rapporté par Bresler<sup>1</sup> où le désordre mental est encore très accentué.

C'est l'histoire d'un malade chez lequel, à l'âge de neuf ans, apparurent des contractions de la face et des extrémités. Pendant quelques années, il fut sujet également à des accès d'épilepsie; ces accidents se seraient développés à la suite d'une frayeur causée par un chien. Des voies de fait contre sa mère, des propos obscènes et une tentative d'attentat à la pudeur vis-à-vis de sa sœur, son incorrigible paresse, son caractère querelleur, des actes de brutalité et de destruction, bris de fenêtres, de portes, etc., déterminèrent son internement.

Le malade est atteint de tic convulsif de la face et de l'épaule; la parole est trainante, heurtée, interrompue par des interjections gutturales qui coïncident avec la manifestation du tic et ne peuvent être contenues.

En outre, à la suite de contrariétés insignifiantes, ou même sans raison apparente, il est pris de colère et brise les carreaux; ce dernier acte est toujours accompli avec la soudaineté d'une impulsion. Il accuse parfois ses camarades de dortoir de se permettre des privautés à son égard et pense qu'ils y sont poussés par les religieuses. Cependant on peut penser qu'il s'agit là d'élucubrations d'un esprit débile plutôt que d'idées délirantes proprement dites. A plusieurs reprises, le malade fut pris d'accès d'agitation, qui nécessitèrent sa mise en cellule.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur les tics qui s'observent au cours des diverses psychopathies. Nous parlerons plus loin des tics des idiots et des arriérés.

Des constatations qui précèdent nous voulons seulement retenir ce qui suit :

On est amené à considérer dans l'état mental du

1. BRESLER, Contribution à l'étude de la maladie des tics convulsifs, *Neurol. Central. bl.*, 1896, n° 21.



tiqueur deux éléments : l'un, qui constitue le fonds même de la mentalité, est ce que nous avons désigné sous le nom d'*état mental infantile*. L'autre se compose de *troubles psychiques surajoutés*, affectant des formes diverses, mais traduisant toujours, en les amplifiant exagérément, les tendances défectueuses de la disposition psychique fondamentale, en particulier les imperfections de la volonté.

Cette distinction, dont les observations cliniques confirment l'exactitude, permet d'expliquer les différences qui existent entre les tics, selon qu'ils relèvent de l'état psychique fondamental ou des troubles mentaux surajoutés. Elle pourra servir de guide lorsqu'il s'agira d'éclaircir la pathogénie d'un tic en particulier. Elle permettra également d'apprécier le degré de sa ténacité.

Enfin, la connaissance de l'état mental des tiqueurs a une importance pratique de premier ordre. Le traitement, en effet, doit avoir un double objectif : la correction de la manifestation motrice intempestive et la correction des anomalies psychiques du tiqueur. On agira d'autant plus efficacement sur les troubles moteurs que l'on connaîtra mieux les défectuosités mentales auxquels ils sont intimement reliés.

Les stigmates (manies, obsessions, phobies) de la maladie des tics, dit M. GRASSET, ces phénomènes anormaux qui, au dire des auteurs, caractérisent et affirment la maladie comme les stigmates de l'hystérie affirment la névrose..., ces stigmates ne sont autre chose que des *tics psychiques*, c'est-à-dire des formes symptomatiques, des manifestations spéciales de la névrose. A ce titre, leur constatation est fréquente, habituelle, mais ils peuvent manquer et leur absence n'infirmes point l'idée de névrose. Ce sont, en un mot, au même titre que la coprolalie ou les salutations, des symptômes souvent notés, mais contingents<sup>1</sup>.

1. GRASSET. *Clinique médicale*, 1891.



Nous sommes parfaitement d'accord avec M. Grasset sur ce dernier point, et nous l'avons déjà dit : aucun de ces phénomènes psychiques anormaux n'est constant chez les tiqueurs.

Mais lorsqu'ils existent, faut-il donc leur donner le nom de *tics*? — Oui, s'ils s'accompagnent d'une réaction motrice, ayant des caractères particuliers. Au cas contraire, il manque pour constituer le tic un des deux éléments dont il se compose; l'élément psychique seul existe, l'élément moteur fait défaut.

En nous excusant de tant insister sur les mots, il nous semble que la question des tics ne peut que gagner en clarté, si l'on prend soin de n'appliquer la dénomination de *tics* qu'à des accidents dans lesquels il est possible de reconnaître deux éléments essentiels et inséparables : *l'élément psychique* et *l'élément moteur*.

S'il n'en est pas ainsi, on se trouve conduit à qualifier de *tic*, une idée fixe, une obsession, une phobie, quelle qu'elle soit. En vérité, le mot *tic* est déjà interprété de trop de façons pour qu'on puisse songer à lui donner une acception encore plus compréhensive.

Cet abus de langage conduit fatalement à la confusion. C'est ainsi que M. J. Noir, qui dans sa consciencieuse étude, a montré en maintes occasions qu'il avait très bien observé et judicieusement interprété les tics, a été amené, sous la pression des mots, à écrire :

Les tics de l'idée sont les idées fixes et obsédantes, la folie du doute, la misophobie, l'arithmomanie, les impulsions, etc.; ils sont reliés aux tics moteurs par des manifestations psychomotrices, qui sont isolées ou unies entre elles, simples ou compliquées de tics moteurs ou de purs *tics de l'idée*.



Ou ceci encore :

Les *tics de l'idée*, véritables maladies mentales peuvent affecter, dans le tic impulsif, une forme motrice qui doit clore la série des véritables tics.

Pour nous, ces formules : « tic de l'idée, tic psychique, tic mental, tic moteur, etc. », doivent être supprimées, sous peine d'aggraver encore les causes de confusion. Nous appellerons *obsession* l'obsession ; *idée fixe*, une idée fixe ; *phobie*, une phobie. Nous ne leur donnerons jamais le nom de tics. Car l'obsession, l'idée fixe, la phobie, peuvent exister indépendamment de toute réaction motrice.

Mais si l'obsession, l'idée fixe, la phobie, engendrent un phénomène moteur, et si celui-ci, devient par l'habitude, un acte automatique qui se répète avec excès, sans cause et sans but, — alors, et seulement alors, nous donnerons au syndrome ainsi constitué le nom de *tic*.

S'il n'en est pas ainsi, on en arrive forcément à dire, comme M. Cruchet : « Le *tic purement mental* ou *tic d'idée*, ne se traduit extérieurement par aucun signe. » Nous nous refusons formellement à appeler *tic* un phénomène psychique qui ne s'accompagne pas d'une manifestation motrice *objective*.

En d'autres termes, et pour la précision du langage :

*Obsession*, *phobie*, *idée fixe* ne doivent pas, ne peuvent pas être synonymes de *tic*.

A la vérité, un tic ne peut mériter le nom de *mental* que si l'on sous-entend qu'il s'agit d'une réaction motrice visible liée à un *trouble mental*. Et il faudra préciser encore les caractères du trouble mental en question, de même qu'on précisera les caractères objectifs du phénomène moteur.



Un tic ne peut pas être un phénomène *uniquement* mental, pas plus qu'il ne peut être *uniquement* moteur. Un phénomène mental, sans réaction motrice, est et demeure purement et simplement un phénomène mental. Ce n'est pas un tic.

Il ne saurait donc y avoir ni *tic purement mental* ni *tic purement moteur*.

Quant à la dénomination de *tic psycho-mental* proposée par M. Cruchet, bien que nous ayons parfaitement compris sa signification en faisant appel à la terminologie du P<sup>r</sup> Grasset, elle nous paraît devoir être une cause aggravante de confusion, tant que les mots *psychique* et *mental* conserveront dans le langage la synonymie que chacun leur reconnaît, à juste titre.



## Étiologie des Tics.

En dehors de la prédisposition mentale indispensable à la constitution d'un tic, différentes causes peuvent favoriser son éclosion.

Il faudrait envisager d'abord dans leur ensemble les causes qu'on peut appeler provocatrices et dont l'étude pathogénique du tic nous a déjà permis d'entrevoir l'importance.

Nous l'avons vu, en effet, l'acte moteur, dans le tic, a au début une raison d'être, un but. Ce but est lui-même indiqué par une cause à laquelle il est presque toujours possible de remonter, et qui donne l'explication de la réaction motrice. Plus tard, la cause disparaît alors que persiste le geste qu'elle avait provoqué. De ce qu'elle n'est plus apparente, il ne faut pas conclure qu'elle n'ait jamais existé. Si l'on veut bien se reporter à l'observation de M. O..., on en trouvera maintes preuves confirmatives.

Les exemples que nous avons recueillis à l'appui de cette manière de voir sont nombreux; nous aurons l'occasion d'y revenir à propos des différentes localisations des tics. Nous laisserons donc de côté, dans ce chapitre, ces causes provocatrices multiples dont la longue énuméra-



tion ne peut être séparée de la description des tics auxquels elles donnent naissance.

Ce que nous ferons remarquer cependant, c'est que la cause initiale du tic n'est pas toujours aisée à découvrir.

D'abord, les tiqueurs ont une tendance fâcheuse à fabriquer eux-mêmes, pour leur affection, une étiologie plus ou moins fantaisiste. Dans leurs récits il faut faire un choix et laisser de côté nombre d'accessoires. Il faut se méfier des écarts de leur imagination et n'accepter leurs dires qu'après un contrôle rigoureux.

En outre, la cause provocatrice du geste initial peut avoir échappé au tiqueur; plus souvent encore, si le tic est ancien, elle peut avoir été oubliée.

P. Janet a rapporté à ce sujet une importante observation chez un tiqueur hystérique<sup>1</sup>.

Un jeune homme de vingt-cinq ans était atteint d'un tic de la face. Toutes les deux minutes il soufflait violemment par une narine en faisant force grimaces et ce tic durait depuis six ans sans que le pauvre garçon put comprendre ce qui déterminait ce mouvement déplorable et sans qu'aucun traitement ait pu avoir la moindre influence. Ce malade présentait de l'écriture automatique et du somnambulisme. Dès qu'il fut dans cet état, il s'expliqua très clairement : « Mais c'est bien simple, dit-il, j'ai une croûte dans le nez depuis un fort saignement de nez que j'ai eu il y a six ans, elle me gêne et je souffle pour la chasser. »

Inutile de dire, ajoute l'auteur, qu'il n'y avait pas de croûte dans le nez et qu'il s'agissait simplement d'une idée fixe de forme subconsciente, comme cela arrive si souvent chez les hystériques. Le somnambulisme rendait au malade le souvenir d'idées fixes qu'il ignorait pendant la veille.

La connaissance des causes provocatrices des tics, quelque banales qu'elles puissent paraître, a donc son

1. P. JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. I, p. 397



utilité. Elle donne souvent l'explication du geste initial qui, grâce à la prédisposition du sujet, s'est peu à peu transformé en un tic dont la localisation et la forme resteraient, sans cela, incompréhensibles. On y trouve surtout d'importantes indications au point de vue de la prophylaxie des tics chez les prédisposés. On a pu en déduire enfin une méthode de traitement rationnelle dont les heureux effets ne sont pas négligeables.

Nous aurons à examiner ces différentes causes provocatrices à propos des variétés de tics que nous passerons en revue.

Pour le présent, nous désirons seulement envisager certains facteurs étiologiques d'ordre général :

*Age.* — Les tics apparaissent à tout âge, excepté chez les très jeunes enfants. Les « mouvements nerveux » qu'on peut observer avant trois ou quatre ans ne sont pas des tics.

Ce que nous avons dit de la pathogénie du tic explique cette immunité de la première enfance.

C'est entre sept et huit ans qu'apparaissent les tics de l'enfance. Alors, les fonctions psychiques ont acquis un développement suffisant pour que leurs imperfections, si elles existent, puissent se révéler.

L'époque de la puberté favorise particulièrement l'éclosion ou l'exaspération des tics. En effet, au moment de la puberté l'évolution psychique, comme l'évolution corporelle, est particulièrement apte à être perturbée. Très souvent, comme l'a fait remarquer M. Gilbert Ballet <sup>1</sup>, c'est à cette époque que les premiers tics font leur apparition, ou, lorsque quelques tics existaient antérieurement, la puberté est le signal d'une recrudescence.

1. GILBERT BALLET. État mental des dégénérés, *Traité de médecine*, t. VI, p. 4458.



Le *Sexe* n'a aucune influence.

Existe-t-il des tiqueurs dans toutes les *races* humaines? Chez les peuples civilisés, le fait n'est pas douteux. Et bien que nous n'ayons à cet égard aucune donnée statistique précise, on peut prévoir que plus le degré de civilisation est avancé, plus le nombre des tiqueurs sera grand. Plus nombreuses en effet seront les causes de surmenage, de déséquilibre mental.

Nous avons eu la curiosité d'interroger plusieurs voyageurs ayant fait des séjours prolongés chez différentes peuplades sauvages de l'Afrique centrale, et bien que leur attention eût été attirée à l'avance sur ce point, ils nous ont déclaré qu'ils n'avaient presque jamais observé chez les nègres de ces « mouvements nerveux » du visage, de ces « tics » qu'ils avaient eu maintes fois l'occasion de remarquer chez les blancs. Ces renseignements demandent à être contrôlés.

Toutefois, l'on peut se demander si l'état mental de ces peuplades primitives est suffisamment développé pour permettre aux tics de se constituer. Il en serait de ces nègres comme des jeunes enfants.

A la vérité, on a décrit des tics chez les animaux dont la mentalité est assurément inférieure à celle des nègres; mais nous ne savons pas très bien ce que sont les tics des animaux, et jusqu'à nouvel ordre il nous paraît préférable de ne point insister sur l'existence ou la non-existence des tics chez les peuples primitifs comme chez les bêtes.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que peuples sauvages et animaux sont moins exposés que les peuples civilisés aux causes de déséquilibration mentale. Mais si, chez les premiers les tics sont certainement beaucoup moins fréquents que chez les seconds, nous ne prétendons pas



qu'il ne puisse y avoir de tiqueurs noirs ni d'animaux tiqueurs.

L'un de nous a eu autrefois un chien caniche noir, qui fut atteint d'un véritable tic de succion et de morsure. Tout jeune, il s'était fait une légère blessure à l'un des doigts de la patte antérieure droite; à la mode des chiens, il s'était léché et la cicatrisation s'était faite à merveille. Mais, la blessure guérie, il conserva l'habitude de « téter son doigt » et de mordiller son ongle, si bien que durant plusieurs années l'ongle resta court, rongé, et les poils avoisinants demeurèrent rougis par l'action de la salive. Cette habitude, ce tic de succion et d'onychophagie, persista pendant deux ans environ, bien que le doigt fut complètement sain et nullement douloureux. Ce caniche tiqueur était-il un dégénéré?.... C'est bien possible, mais en tout cas un « dégénéré supérieur », car son intelligence était au-dessus de la moyenne de celle de ses congénères.

Les *traumatismes*, les *maladies infectieuses*, les intoxications, peuvent être parfois l'occasion, tantôt de l'apparition d'un tic, tantôt de sa disparition. Mais aucune de ces causes ne saurait suffire isolément à la création d'un tic.

Un tiqueur observé par M. J. Noir avait un frère strabique et tiqueur (tics de la face légers se généralisant à la tête et aux épaules); sa sœur eut à cinq ans une bronchite aiguë qui s'accompagna de tics des bras et de la tête. Ces tics s'exagérèrent plus tard, à l'occasion d'une variole.

Le jeune J... eut par deux fois la grippe; les deux fois ses tics augmentèrent en intensité et en généralisation.

La petite G..., à l'approche d'une rougeole, vit ses tics de la tête s'aggraver.



Par contre, le jeune M..., tiqueur de la face et de la tête, s'étant cassé la jambe, cessa de tiquer pendant toute la durée de l'immobilisation de son membre inférieur. Avec la guérison, ses tics reparurent.

Les affections de l'appareil génital, les maladies utérines en particulier, et même la grossesse (Gowers, Bernhardt) ont été également incriminées comme causes possibles des tics.

Nous ne savons rien de précis sur l'influence des climats, des saisons, des modifications atmosphériques sur les tics. Comme tous les névropathes, les tiqueurs sont fréquemment, mais non toujours, désagréablement influencés par les temps orageux ou les baisses rapides de pression barométrique. Oppenheim dit avoir vu plusieurs cas de tic convulsif survenus après un tremblement de terre.

*Hérédité.* — Charcot attachait la plus grande importance à la connaissance de l'hérédité des tiqueurs. « Toutes les fois, disait-il, que vous voyez quelqu'un atteint de la maladie des tics, quoi qu'elle soit parfois légère, mais surtout lorsqu'elle est accompagnée de phénomènes comme ceux de la coprolalie, vous êtes sûrs de rencontrer l'hérédité<sup>1</sup>. »

Cette *hérédité* peut être *similaire*. On la retrouve telle dans un grand nombre d'observations. Exemples : les cas déjà anciens de Gintrac, où deux frères étaient atteints du même tic facial; de Blache, où trois enfants du même lit étaient tiqueurs pareillement. Delasiauve a noté le même tic chez le frère et la sœur, et Piedagnel a vu un fait analogue chez la mère et la fille. M. Letulle ajoute à cette série un cas où le tic de nictitation existait chez trois personnes de la même famille, le père et les deux fils.

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 13 décembre 1887.



Charcot parle de deux frères et une sœur, tous les trois atteints de tics. M. Letulle a encore vu deux frères atteints du même tic complexe intéressant la face, le cuir chevelu, le diaphragme et les deux membres supérieurs.

Dans un cas plus récent de M. Tissié, la mère d'un tiqueur est atteinte de tic oculaire; le frère aîné a d'abord un tic oculaire qui devient ensuite facial et s'accompagne de toux spasmodique; un plus jeune frère a aussi un tic oculaire.

Nous avons vu une fillette avec un tic de hochement qui avait été précédé de tics variables. Sa plus jeune sœur eut à de certains moments la plupart des mêmes tics : reniflements, froncements des narines, secousses des épaules, gestes plus compliqués des bras, comme de relever brusquement ses jarretières, etc.

Tous ces faits confirment certainement l'influence de la prédisposition héréditaire. Cependant, pour les tics familiaux, il n'est pas douteux qu'un autre facteur intervienne, l'*imitation* dont nous reparlerons bientôt. La promiscuité familiale la rend particulièrement difficile à éliminer.

L'hérédité dissemblable, névropathique ou psychopathique, sous toutes ses formes, n'est pas moins fréquemment signalée. Et ici surtout s'affirme la parenté du tic avec presque toutes les psychoses et toutes les névroses.

Il est d'observation courante de constater qu'un tiqueur a eu pour père un névropathe, ou pour mère une hystérique, pour frère un épileptique, ou encore pour grand-père un paralytique général, un maniaque, et parmi les collatéraux, des neurasthéniques, des hypochondriaques, des impulsifs, des phobiques, etc. On retrouve aussi les maladies organiques du cerveau et de la moelle (hémiplégie, tabes, paraplégie). Nous avons soigné un jeune



tiqueur, petit-fils d'un homme atteint de spasme douloureux de la face (tic douloureux des auteurs).

Le jeune M... a deux frères et une sœur bien portant. Cette dernière est onychophage. Sa mère est normale, mais extrêmement faible pour ses enfants : son père est neurasthénique, son grand-père est atteint d'un tic douloureux de la face (névralgie du trijumeau).

Des bizarreries coexistant chez un certain nombre de membres de la famille, sont, en tout cas, un fait presque habituel. Enfin, il n'est pas rare qu'on retrouve dans les antécédents quelques victimes de la syphilis ou de l'alcoolisme.

L'alternance des troubles psychiques avec les tics s'observe d'ailleurs souvent dans les familles.

Exemple : Une mère qui a des impulsions, son fils est tiqueur. Une mère et sa sœur tiqueuses, le fils atteint d'idées fixes (G. Flatau).

Chez les tiqueurs, nous l'avons dit, le déséquilibre mental marche souvent de pair avec la supériorité intellectuelle.

Si parfois, dans leurs ascendants, on rencontre des névropathes, des psychopathes, des vésaniques même, souvent aussi ils appartiennent à des familles dont un ou plusieurs membres ont donné des preuves notoires de leur haute intellectualité.

Chez le jeune J..., dont l'un de nous a rapporté l'histoire, de l'hérédité paternelle, il n'y a pas grand'chose à dire; ascendants et collatéraux ont été ou sont encore assez bien équilibrés. Le père a cependant des tendances scrupuleuses excessives et une émotivité exagérée. Mais c'est surtout du côté maternel que l'on retrouve les causes prédisposantes

1. FLATAU, Sur les rapports entre le tic et les idées fixes, *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, août 1897.



aux psychopathies : toute une famille de « cérébraux », les uns s'étant distingués par de brillantes intelligences, les autres épuisés dès la jeunesse par des excès de travail, succombant sous de brusques ictus, ou frappés de « paralysies ». Cette hérédité « intellectuelle » dont on trouve chez la mère plus d'une empreinte, reparait encore davantage chez son fils.

Il ne manque pas de tiqueurs célèbrés par l'histoire.

« Molière, à ses débuts, même dans la province, paraissait mauvais comédien à bien des gens, peut-être à cause d'un hoquet ou *tic de la gorge* qu'il avait, et qui rendait d'abord son jeu désagréable à ceux qui ne le connaissaient pas <sup>1</sup>. »

M. Brissaud a rappelé le curieux portrait de Pierre le Grand que nous a laissé Saint-Simon :

Il avait le regard majestueux et gracieux quand il y prenait garde, sinon sévère et farouche, avec un *tic* qui ne revenait pas souvent, qui lui démontait les yeux et toute la physionomie, et qui donnait de la frayeur. Cela durait un moment avec un regard égaré et terrible, et se remettait aussitôt <sup>2</sup>.

Napoléon I<sup>er</sup> avait aussi un tic.

L'empereur, dans ses moments ou plutôt dans ses longues heures de travail et de méditation, avait un *tic* particulier qui semblait être un mouvement nerveux et qu'il conserva toute sa vie; il consistait à *relever fréquemment et rapidement l'épaule droite*, ce que les personnes qui ne lui connaissaient pas cette habitude interprétaient quelquefois en geste de mécontentement et de désapprobation, cherchant avec inquiétude en quoi et comment elles avaient pu lui déplaire. Pour lui, il n'y songeait pas et répétait coup sur coup le même mouvement sans s'en apercevoir.

1. *Vie de Molière*, 1705, p. 206-207, cité par Cruchet.

2. *Mémoires de Saint-Simon*, année 1707, t. XIV, ch. xviii p. 427, édit. Hachette, 1857.

3. CONSTANT, *Mémoires*, I, p. 340.



Les tiqueurs ne sont pas rares non plus chez les descendants des célébrités. Nous en connaissons plusieurs exemples.

Parmi les facteurs étiologiques d'ordre général, l'*imitation* joue un rôle important, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes tiqueurs. Voyez M. O.

L'enfant, on le sait, est enclin à singer tous les mouvements. Il contracte aisément des habitudes, surtout les mauvaises. Si, par surcroît, il est entaché de nervosisme, il est apte à tiquer sous quelque prétexte que ce soit.

En pareil cas, la rencontre et surtout la fréquentation d'un tiqueur sera la pire des malechances. Rien n'est plus contagieux que le tic entre prédisposés.

Mais cette promiscuité n'est même pas nécessaire. Il suffit parfois d'un geste insolite exécuté par n'importe qui. Ce geste, par sa nouveauté, frappe l'esprit de l'enfant. Aussitôt il s'essaie à le reproduire; il y parvient généralement, le refait avec complaisance, y éprouve quelque satisfaction, réitère le lendemain, les jours suivants. L'habitude en est bientôt prise. Et si l'on n'y prend garde, ce mouvement primitivement voulu, adapté à son but, — l'imitation, — peut dégénérer en tic.

Que ce soit là, dit M. CRUCHET, un des modes de production du tic par imitation, fort bien; mais que ce soit toujours et rien que celui-là, nous disons carrément : « L'imitation est un acte si souvent d'emblée inconscient, ou plus exactement subconscient, polygonal, — si l'on préfère, — et cela nous paraît si évident, si indiscutable, que nous croyons inutile de beaucoup insister.

Sans insister beaucoup, peut-être ne serait-il pas superflu de donner quelques arguments en faveur de cette thèse.

*Imiter*, c'est « chercher à reproduire ce qu'un autre



fait ». (Littré.) Pour nous nous ne concevons qu'un tel acte puisse s'accomplir sans le concours de la volonté. Que cette volonté soit consciente, au début tout au moins de l'acte d'imitation, cela ne nous paraît pas discutable.

Mais conservons-nous toujours le souvenir de cette étape consciente? — Non. La durée de la conscience de l'acte d'imitation peut être éphémère, au point que le sujet ne garde aucun souvenir de ce rapide éclair, son acte tombe plus ou moins vite dans l'inconscient.

Si brève, si malaisée à reconnaître que soit l'intervention de la conscience, quelle raison aurait-on de la nier, au début d'un acte tel que l'imitation? Le fait qu'un sujet reproduit aujourd'hui un geste sans le vouloir, implique-t-il qu'il n'a jamais voulu le reproduire antérieurement, ne fût-ce qu'un instant? Que nous ne sachions plus les motifs originels de tel ou tel de nos mouvements habituels, que nous soyons incapables d'en préciser la genèse, cela prouve-t-il qu'ils aient été toujours inconscients ou subconscients? Combien de nos opérations mentales demeurent ainsi oubliées, sans que nous puissions les reconstituer avec certitude. *A fortiori*, s'il s'agit de celles d'autrui, devons-nous craindre d'en pénétrer incomplètement le mécanisme. Aussi est-il téméraire d'affirmer que l'imitation est un acte *d'emblée* inconscient, ou même subconscient.

C'est sans doute cette difficulté qui a conduit M. Cruchet à considérer un « *tic convulsif essentiel* simple, qui est la seule manifestation de la maladie ». Il reconnaît d'ailleurs que c'est une exception. On le rencontrerait surtout chez les enfants, et dans ces cas, il n'existerait « aucun trouble mental quelconque ».

Les troubles mentaux de l'enfance, pour embryonnaires qu'ils soient, n'en sont pas moins réels. Plus difficiles



à reconnaître parce qu'ils sont moins accusés, les caractères psychiques du jeune sujet montrent souvent l'ébauche des anomalies qui se précisent avec les progrès de l'âge. Une observation attentive, des interrogations réitérées de l'enfant et de son entourage, ne tardent pas à révéler ces imperfections de l'état mental. Et si l'enquête semble quelquefois négative, c'est bien probablement parce qu'elle n'a pu être assez approfondie.

Au surplus, le rôle de l'imitation dans la genèse de beaucoup de tics est confirmé par la majorité des auteurs.

Il peut arriver quelquefois, dit M. G. GUINON, que le début de la maladie se fasse par suite de la prédisposition du patient à imiter ainsi les gestes et les mouvements. Ainsi le premier tic peut apparaître chez un individu indemne jusque là, parce qu'il se sera trouvé en présence d'un autre individu affecté de tics. Il se sentira tout d'abord une sorte de préoccupation obsédante, verra continuellement devant lui la grimace de l'autre, aura envie de l'imiter, puis tout à coup un beau jour, cédant à cette obsession, il l'imitera, et la maladie sera constituée.

M. Tissié<sup>1</sup> a rapporté l'histoire d'un enfant de huit ans qui avait pris de sa mère un tic oculaire et l'avait même amplifié. Un second enfant imita également les tics de la mère et du frère aîné. Bien plus, M. Tissié ayant guéri son petit malade, la mère et le frère guérissent du même coup, *par imitation*.

Charcot a proposé le nom d'*echokinésie* pour caractériser la tendance qu'ont certains sujets à imiter les gestes qu'ils voient exécuter. On a aussi donné à ce phénomène les noms de *mimicisme* et de « névrose d'imitation ».

1. TISSIÉ, Tic oculaire et facial, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 et 16 juillet 1899.



De tous les mouvements dit encore M. G. GUINON, ce sont les grimaces de la face qui sont le mieux et le plus sûrement imitées. Presque toujours le patient est plus ou moins porté à reproduire ces grimaces. Mais souvent ce n'est qu'une sorte de propension n'allant pas jusqu'à l'exécution. Il a simplement envie d'imiter, mais il n'imité pas. Dans d'autres cas l'imitation est presque toujours certaine, surtout si la grimace que l'on fait devant lui est inattendue.

En ce qui concerne les gestes des membres, s'ils sont peu compliqués et peu étendus, ils seront souvent imités, moins souvent cependant que les grimaces. S'il s'agit de gestes tels que se gratter le nez, la joue ou quelque partie du corps, se baisser comme pour ramasser quelque chose à terre, la reproduction peut en être complète. Mais d'autres fois elle est incomplète et le malade ne fait qu'ébaucher le mouvement.

Dans les phénomènes de ce genre, on peut encore reconnaître, porté à son maximum, le défaut de l'intervention inhibitrice de la volonté que présentent les tiqueurs.

On peut considérer l'*echokinésie* comme un trouble moteur analogue au tic, et certainement de la même famille, mais qui se distingue par ce fait que *la réaction motrice intempestive apparaît seulement en présence d'un geste exécuté par autrui, et en reproduisant ce geste.*

Le vrai tiqueur, lui, peut aussi dans ses gesticulations reproduire un mouvement qu'il a vu faire par quelqu'un ; mais il continue à le reproduire, alors même que l'exemple n'est plus sous ses yeux, et sans aucun motif.

La même différence existe entre l'*écholalie*, — trouble du langage qui consiste dans la répétition des sons ou des mots émis par autrui, au moment même où ceux-ci viennent d'être émis, — et les *tics de la phonation ou du langage*, qui se manifestent par des sons ou des mots émis hors de propos, mais qui, d'ailleurs peuvent, au début,



avoir été des actes d'imitation, comme les *gloussements*, les *aboiments*, et aussi la *coprolalie*.

Il est de tradition de rapprocher des phénomènes écho-kinésiques les observations de *latah* relevées par O'Brien, chez les Malais.

Sur un navire, un *latah*, tenant son enfant dans ses bras, voit un matelot qui par dérision prend une buche de bois et se met à la bercer comme on fait d'un enfant. Aussitôt le *latah* berce son fils. Le matelot lâche sa bûche et la jette sur le pont; le *latah* en fait autant et laisse tomber l'enfant. Une femme *latah* aperçoit un individu qui ôte son vêtement : immédiatement elle commence à se déshabiller et se serait mise toute nue si on n'était intervenu pour l'en empêcher. (G. GUINON.)

C'est l'échokinésie portée au suprême degré et trahissant une absence complète de l'intervention frénatrice des fonctions psychiques, la volonté et la conscience en particulier.

Parmi les causes capables de faciliter le développement des tics, il faut attacher une grande importance à l'*entourage* des malades, surtout s'il s'agit d'enfants.

Les parents des tiqueurs sont souvent enclins à de déplorables faiblesses. Soit par ignorance, soit par insouciance, ils laissent éclore, se développer et s'enraciner des habitudes motrices détestables qui ne tardent pas à devenir des tics. Et lorsqu'il s'agit de faire disparaître ces accidents, la famille n'a généralement pas l'ascendant nécessaire pour exercer une surveillance efficace et obtenir l'obéissance du tiqueur. Sa légèreté, son enfantillage, se traduisent par mille caprices musculaires qui nécessiteraient une discipline de tous les instants. Malheureusement, des habitudes de « gâterie » déplorables ne font que favoriser l'éclosion et le développement de ces tics en herbe.



De plus, il ne faut pas oublier que les parents des tiqueurs sont, eux aussi, plus ou moins déséquilibrés. Les enfants reçoivent certainement en héritage une certaine aptitude aux anomalies psychiques. Mais le rôle de l'imitation est aussi considérable.

Voici une observation qui démontre péremptoirement l'influence néfaste des éducateurs déséquilibrés, et comment leur progéniture est souvent conduite à partager leurs désordres mentaux, non seulement du fait de la prédisposition héréditaire, mais par suite des mauvais exemples qu'ils ont constamment sous les yeux.

La mère de M. S..., qui a passé la cinquantaine, occupe ses loisirs à écrire des romans.

Elle est atteinte de plusieurs phobies. C'est d'abord une peur absurde des chiens et des chats; quand elle sort, une femme de chambre la suit toujours à quelques mètres, afin de l'avertir si un chien ne s'approche pas d'elle par derrière. Quand elle monte en voiture, il faut également qu'une personne se tienne du côté opposé pour surveiller l'arrivée éventuelle d'un chien.

Elle a aussi une peur irraisonnée des maladies de poitrine. Le rhume est pour elle un épouvantail, et, corollairement, les courants d'air. Aussi lorsqu'elle n'est pas occupée à écrire, passe-t-elle son temps à aller vérifier si toutes les portes et toutes les fenêtres de la maison sont bien fermées. Elle entretient dans les appartements une température constante d'au moins 20 degrés.

Veuve de très bonne heure, elle a voulu se consacrer uniquement à l'éducation de son fils, qu'elle a dirigée, d'ailleurs, d'une façon déplorable, l'entourant de soins excessifs, annihilant en lui tout effort de volonté. Il a été, comme on dit, élevé dans du coton, et traité plutôt comme une fille que comme un garçon. Constamment inquiète de sa santé, redoutant pour lui toutes les maladies, tous les accidents, cette mère a tenu son enfant sous la tutelle d'une affection vraiment tyrannique. Même à l'âge de trente ans, il ne pouvait rentrer



le soir passé dix heures, et si par malheur il arrivait quelques minutes en retard, il trouvait sa mère éplorée, ayant déjà expédié plusieurs personnes à sa recherche. De là des scènes de désespoir et d'impatience lamentables.

M. S... s'est marié; mais vivant dans la même maison que sa mère, il a continué à subir sa tyrannie jusque dans son ménage. Les repas pris en commun sont invariablement l'occasion de discussions, d'abord aigres-douces, mais qui bientôt se terminent par des cris et des larmes. Aussi M. S... a-t-il pris l'habitude de se faire servir ses repas dans sa chambre. Si, pour quitter cet enfer, le jeune ménage part en voyage, il est accablé de lettres et de dépêches, et bientôt la mère affolée ne tarde pas à le rejoindre.

M. S..., élevé avec un tel exemple, a bientôt acquis les mêmes manies. Bien qu'il soit très robuste et d'une fort bonne santé, il a, lui aussi, une peur absurde des refroidissements, des courants d'air, des rhumes. Comme sa mère, il va, à tout instant, vérifier la fermeture des portes et des fenêtres et les ébranle si fort qu'à peu près tous les mois il faut réparer l'une ou l'autre. Pendant près de vingt ans, M. S... a entretenu sur son bras gauche un cautère destiné à le préserver d'une affection pulmonaire, d'ailleurs illusoire. Aujourd'hui, M. S... s'est débarrassé de cette infirmité, mais il conserve toujours la peur de « prendre froid » et, lorsqu'il se commande des vêtements, il les choisit des étoffes les plus chaudes prenant soin de peser les échantillons pour voir si le nouveau vêtement aura le même poids que le précédent. Il a fait doubler et capitonner toutes les portes et fenêtres de sa chambre.

Malgré son excessive tendresse, la mère de M. S... n'est pas, tant s'en faut, d'une extrême douceur. Si elle a élevé son fils avec des sollicitudes outrées, elle ne lui a pas ménagé les corrections manuelles. Pour la faute la plus insignifiante, une gifle était toujours réservée, et cela jusqu'au delà de la majorité. Par contre, cette mère à la main si leste cédait à tous les caprices de son enfant, même les plus invraisemblables, quand ce dernier jouait de la maladie.

M. S..., qui a un tic de rotation de la tête à gauche, est convaincu qu'une des causes, peut-être la principale, de son tor-



ticolis, a été une gifle que sa mère lui avait donnée autrefois sur la nuque. On peut se demander, non sans quelque invraisemblance, si le dit torticolis n'a pas été plutôt une espièglerie de gamin, destinée à apitoyer la mère et à lui faire cesser ses habitudes de correction manuelle.

La faiblesse de la volonté de M. S... est invraisemblable. Habitué à plier à toutes les exigences de sa mère et d'un autre côté ayant toujours vu ses caprices devinés et satisfaits, n'ayant jamais eu de décision à prendre ni à accomplir un acte spontané, il est accessible à toutes les influences et se laisse, comme on dit, mener par le bout du nez. Cette docilité serait un avantage s'il était capable de suivre d'une façon soutenue un bon conseil ou simplement une idée raisonnable. Mais la débilité de sa volonté, on peut dire sa paresse, est immense, et, d'autre part, il ne fait que ce qui lui plaît. Malgré ses trente-sept ans, malgré sa taille et sa corpulence très au-dessus de la moyenne, ses fortes moustaches et son air martial, il n'est qu'un grand enfant gâté, capricieux, exigeant, fainéant, étourdi, poltron et pleurard, comme il était quand il avait dix ans.

La femme de M. S... est une ancienne tiqueuse qui, dans sa jeunesse, eut un tic de reniflement qui a duré sept mois. Mais ses parents, plus avisés, parvinrent à le faire disparaître par des observations réitérées et des réprimandes faites à propos.

Les anomalies mentales se rencontrent donc souvent dans l'entourage des tiqueurs, et l'on sait qu'elles peuvent être contagieuses entre prédisposés.

Les parents de J... présentaient une véritable *syphilophobie* familiale, prétexte à reproches, à désespoirs, à *mea culpa*. La faiblesse et la sentimentalité excessives de son entourage n'ont pas peu contribué à invétérer ses accidents.

L'enquête que nous avons faite sur la vie familiale de L... n'est pas moins édifiante :

L... est fille unique; depuis son enfance elle cause à sa



famille de continuelles préoccupations. Ses « incantations », ses « mouvements nerveux », n'auront-ils pas sur la santé générale une funeste répercussion ? On s'explique la sollicitude, même exagérée, des parents à cet égard. C'est pourquoi, petite fille, L... n'a fréquenté l'école que d'une façon fort irrégulière, tout accident nouveau nécessitant des soins, et, partant, des vacances.

Jeune fille, on n'a pu se décider à la laisser sortir seule ; ses « incantations » pouvaient l'arrêter au moment de traverser une rue et la laisser sans défense devant les voitures..., les mouvements intempestifs de la jambe pouvaient s'opposer à sa fuite..., les mouvements du bras droit pouvaient l'empêcher de s'appuyer sur une canne ou sur une ombrelle...

Enfin, pour comble de malchance, voici que la tête se met à tourner à droite. Lorsqu'elle allait à son atelier, la jeune fille pouvait encore traverser quatre fois par jour la rue étroite et peu fréquentée qui séparait la maison paternelle de celle de sa patronne située juste en face.

Mais, depuis ce dernier accident, L... est confinée complètement chez elle, ne pouvant plus rien faire. Elle passe sa journée dans un fauteuil, inoccupée ou mal occupée, les événements d'une petite rue étant le spectacle le plus attrayant et le plus mouvementé qu'elle ait à regarder et à méditer.

On voit dans quel cercle restreint notre malade s'est renfermée. Enfant gâtée, elle a imposé tous ses caprices à son père qui a pour ses maux une commisération infinie. Ce père, qui est à la tête d'une petite entreprise industrielle, doit tout quitter, soit pour promener sa malade, soit pour dissiper quelque peu son ennui. De lui-même, il prévient d'ailleurs les moindres désirs de sa fille, car il est pour elle d'une faiblesse inconcevable. C'est même la particularité dominante de son état mental ; son bavardage et les interminables explications qu'il trouve pour tous les malaises de sa fille n'est pas moins typique. En somme, bien qu'il ait à peine de quoi mériter l'épithète d' « original » ou de « bizarre », il accepte trop volontiers le déséquilibre de sa fille pour n'être pas un peu déséquilibré lui-même.

En somme, ce qu'il faut retenir, c'est que le déséqui-



libre familial est souvent une des causes aggravantes des tics.

Parmi les facteurs étiologiques d'ordre général qui semblent agir de façon à provoquer l'apparition des tics, on a fait avec raison intervenir le *surmenage cérébral*. Nous avons vu, chez un jeune homme de dix-neuf ans, D..., un tic de gloussement apparaître à l'occasion d'une préparation intensive à un examen, et disparaître après la réussite.

Non moins importantes sont les peines morales, les chagrins, les soucis d'affaires, toutes les inquiétudes prolongées. Si elles ne suffisent pas à faire éclore un tic, du moins sont-elles presque toujours des causes d'aggravation de ce dernier.

On conçoit aisément qu'il en soit ainsi. Tout travail cérébral intensif, toute préoccupation persistante a pour effet de concentrer l'attention sur un acte ou sur une idée. Cette concentration se fait au détriment du contrôle des autres actes. Ceux-ci s'exécutent alors de façon incorrecte ou intempestive. Ainsi naissent des habitudes fonctionnelles inopportunes qui ne tardent pas à dégénérer en tics. Sous l'influence de la fatigue qui résulte du surmenage psychique ou du fait de la concentration de l'activité cérébrale sur une seule idée, le pouvoir correcteur de la volonté s'affaiblit, et bientôt le sujet se trouve incapable de refréner comme il faudrait un acte moteur déplacé.

Inversement, on voit aussi *l'oisiveté*, qui, selon l'adage, est la mère de tous les vices, favoriser l'éclosion des tics, — habitudes vicieuses, s'il en fût, — et surtout contribuer à les invétérer.

Le tiqueur inoccupé ne pense qu'à son tic. Il s'ingénie à le perfectionner.



M. S... mène l'existence la plus oisive, se couchant tôt, se levant tard, s'occupant dans son intérieur de détails de ménage tout enfantins.

Il ne sait ni travailler, ni se distraire, et la plus grande part de son temps, il ne pense qu'à son torticolis. Des heures entières, il reste enfermé dans sa chambre, passant d'un fauteuil à l'autre, se lamentant sur son triste sort. Et ses ruminations incessantes ont surtout pour effet de lui faire perfectionner l'éducation d'actes moteurs détestables.

La répétition d'un même mouvement, commandée par une *occupation professionnelle* crée certainement une prédisposition à la localisation d'un tic dans les muscles mis en jeu. Nous avons déjà fait entrevoir la parenté des tics avec certaines « crampes » ou « névroses professionnelles » ; nous y reviendrons plus loin. Pour le moment, il nous suffit de signaler cette nouvelle cause prédisposante.

Le souvenir même d'un geste familier semble parfois suffire à favoriser l'apparition d'un tic. Le *tic du colporteur, post-professionnel*, rapporté par M. Grasset, en est une preuve<sup>1</sup>. Ce malade reproduisait le geste de charger un ballot sur son épaule, souvenir de son ancien métier de colporteur.

Voici un autre exemple, qui, pour n'être pas emprunté à la littérature médicale, ne nous semble pas moins édifiant :

« Le bon chef de bataillon s'apprêta solennellement à parler, avec un plaisir d'enfant. Il rajusta sur sa tête le shako couvert de toile cirée, et il donna ce *coup d'épaule* que personne ne peut se représenter s'il n'a servi dans l'infanterie, ce coup d'épaule que donne le fantassin à son sac pour le hausser et alléger un moment son poids ; c'est une *habitude* du soldat qui, lorsqu'il devient officier,

1. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1897.



devient un *tic*. Après ce *geste convulsif*, il but encore un peu de vin dans son coco, donna un coup de pied d'encouragement dans le ventre du petit mulet, et commença<sup>1</sup> : ... »

On nous excusera de citer ici Alfred de Vigny; mais ce passage a toute la valeur d'une observation médicale. La transformation d'un geste primitivement volontaire en habitude, en tic, ne saurait être mieux indiquée. Le « coup de pied » lui-même peut n'être pas autre chose qu'un tic surajouté, et la mentalité « enfantine » de ce tiqueur martial complète fort exactement le tableau.

Par contre, Claus et Sano ont signalé chez un malade atteint de tic facial bilatéral, ce fait que le tic cessait pendant le travail professionnel.

Mais, répétons-le encore, en outre des causes que nous venons d'énumérer et des causes occasionnelles que nous signalerons plus loin, la prédisposition mentale du sujet est la condition *sine qua non* de la production et de l'installation du tic.

1. ALFRED DE VIGNY, *Servitude militaire. Laurette ou le cachet rouge*, chap. VI : De la rencontre que je fis un jour sur la grand'route.



## Anatomie pathologique.

Nous ne savons rien de l'anatomie pathologique du tic.

Dans toutes les observations étiquetées « tic » et accompagnées d'autopsies, publiées jusqu'à ce jour, il s'agit d'accidents spasmodiques essentiellement différents des tics tels que nous les comprenons, selon les idées de Trousseau, Charcot, Brissaud.

A notre connaissance, il n'existe pas une autopsie de tiqueur, de vrai tiqueur, où l'on ait pu découvrir une lésion, quelle qu'elle soit, où qu'elle soit, à laquelle ait pu être rattaché un tic. Ou bien le tiqueur n'a pas été autopsié, ou bien on n'a fait à l'autopsie aucune constatation particulière, ou enfin le diagnostic était erroné et les lésions décrites n'étaient pas celles du tic.

En concluerons-nous que le tic est une affection *sine materia*? — Ce serait téméraire, car rien ne nous autorise à l'affirmer. Il en est du tic comme d'une foule de psychoses et de névroses dont nous devons nous contenter, pour le présent, d'observer les symptômes, mais dont l'anatomie pathologique restera mystérieuse tant que ne seront pas perfectionnés nos moyens actuels d'investigation.



Comme le dit M. Magnan<sup>1</sup>, à propos des « dégénérés supérieurs :

Les troubles fonctionnels que la clinique révèle sont tellement nets, ils ont un tel air de famille, qu'il n'est pas possible qu'ils ne se rattachent pas à une modification pathologique de l'organe.

Mais, plus loin, il ajoute :

Tous les déséquilibrés appartiennent à la même famille; on ne constate pas chez eux de lésions anatomiques définies, mais des modifications fonctionnelles de même nature<sup>2</sup> :

C'est qu'en effet, dans le tic, la réaction motrice est un acte *fonctionnel*; le centre qui la régit est un *centre fonctionnel* que le tiqueur, par une éducation intempestive, a, pour ainsi dire, hypertrophié.

Ce centre, qu'il ne faut pas confondre avec ce que l'on appelle couramment un « centre anatomique », est proprement un *centre physiologique*. La physiologie démontre son existence; elle permet d'établir jusqu'à un certain point sa topographie.

A chacun de ces centres n'est pas attribué d'une façon exclusive une région distincte; plusieurs centres fonctionnels peuvent même coexister dans un seul territoire anatomique.

Or, de même que nous ignorons la localisation anatomique exacte des centres fonctionnels, nous ignorons aussi quel peut être leur mode de lésions.

Il nous semble, dit fort prudemment M. NOIR, que les tics coordonnés sont d'*origine cérébrale*. D'abord ils se manifestent chez des malades où les lésions cérébrales sont étendues et fréquentes. Les tics à plus vastes mouvements, à

1. MAGNAN, *loc. cit.*, p. 144.

2. *Id.*, *l. c.*, p. 145.



complexité plus grande, ont presque toujours lieu chez des sujets atteints, à diverses reprises, d'accidents méningitiques. *Mais les connaissances anatomo-pathologiques à cet égard n'existent pas et du reste il est peu probable que le tic coordonné, qui représente un mouvement habituel, soit sous la dépendance directe d'une lésion.*

Le tic coordonné est à notre avis plus psychique que moteur et nous le considérons comme une *maladie de la volonté*.

A cela nous pourrions borner ce chapitre d'anatomie pathologique, en y ajoutant simplement le souhait que des observations ultérieures viennent éclairer la question.

Il ne sera pas superflu cependant de montrer comment et pourquoi les faits d'autopsie qui ont été rattachés aux tics doivent être répartis dans d'autres catégories morbides.

Des lésions de la convexité des hémisphères ont été incriminées dans plusieurs cas étiquetés « tics de la face », lésions siégeant au pied de la deuxième frontale, dans le centre qui présiderait aux mouvements voulus et combinés de la moitié du visage.

Il est de tradition de citer une observation déjà ancienne de Debrou<sup>1</sup> (1864) étiquetée « tic non douloureux de la face ». La simple lecture de cette observation montre que non seulement il ne s'agit pas d'un tic, mais des mouvements spasmodiques d'une espèce très particulière.

Un portefaix de quarante-neuf ans eut le 26 février 1862, « comme une *attaque de nerfs* ».

A la suite de cette crise, *il perdit la parole*. A l'hôpital, le 28, il marchait librement, se servait facilement de ses membres, avait toute son intelligence, comprenait toutes les questions qu'on lui adressait et montrait une impatience extrême de

1. DEBROU, Sur le tic non douloureux de la face, *Arch. gén. de Méd.*, juin 1864.



ne pouvoir y répondre autrement que par signes, ou en écrivant. Il n'avait pas de fièvre, indiquait qu'il *souffrait de la tête, avait de la peine à avaler* et en outre présentait des contractions spasmodiques du côté droit de la face. Mouvements rapides, violents, saccadés, de tous les muscles de ce côté de la face, avec tiraillement de la commissure externe des paupières et de la bouche, soulèvement et oscillation du pavillon de l'oreille, et des secousses très visibles de tout le muscle peaucier et de l'os hyoïde qui remontait en entraînant le larynx. *Je retrouvai là exactement ce qu'on produit artificiellement sur un animal en galvanisant le nerf facial à l'intérieur du crâne.* Ces secousses, qui duraient quelques secondes et qui étaient bornées à la face, cessaient et tous les muscles revenaient au repos, puis elles réapparaissaient au bout d'un certain temps. Il semblait qu'en s'occupant du malade, en le touchant, en l'examinant, on faisait renaître plus aisément les spasmes. Il y avait aussi cela de particulier que des mouvements spasmodiques, produits par les muscles masticateurs, et relevant la mâchoire inférieure, avaient lieu en même temps que les autres. Tous ces spasmes existaient depuis le moment « de son attaque de nerfs ». Il n'y avait pas de contractions cloniques en aucune autre partie du corps.

Dans la nuit du 2 au 3 mars, il y eut un très grand nombre de *crises spasmodiques* avec des *douleurs de tête* qui arrachaient des cris au malade. Pendant une visite du 3, les spasmes eurent lieu un grand nombre de fois, toujours de la même manière, sans s'étendre aux membres, et le malade avait toute son intelligence. *Ne pouvant parler*, il écrivait ce qu'il voulait dire et souffrait beaucoup de la tête, poussant des cris de douleur. A onze heures du soir, le malade entre dans une grande *agitation* et dans un *état de fureur*. Les contractions des muscles de la face, de la mâchoire et du cou deviennent très fortes, très fréquentes et *tous les membres s'agitent*, les *yeux roulent dans leurs orbites*, la *respiration devient râlante* : accalmie de une à deux minutes, puis la crise reprend si violente qu'il faut deux hommes pour contenir le malade. *Mort dans une de ces crises*, à trois heures du matin.

*Autopsie.* — Méninges rouges, surtout à gauche. A la sur-



face de l'hémisphère gauche, en haut, près de la scissure médiane, et à la réunion du tiers antérieur de l'hémisphère avec ses deux tiers postérieurs, on apercevait sous l'arachnoïde un *caillot commençant à la surface de la circonvolution et pénétrant dans la substance blanche à la profondeur de un centimètre*. Ce caillot avait le volume d'une noisette, était noir, coagulé, libre dans la substance cérébrale déchirée et saine. Ce caillot nous parut avoir une date *de quatre à six jours* et remontait par conséquent au début des accidents, au moment où le malade avait éprouvé ce qu'il nomma sa première attaque de nerfs. J'examinai avec soin le cervelet, l'origine des nerfs à moelle allongée, notamment l'origine de la septième paire, de la cinquième et le ganglion de Gasser; il n'y avait aucune lésion à toutes ces parties, malgré la recherche la plus attentive.

Il s'agit donc d'un *caillot placé à la surface de l'hémisphère gauche, à la limite du lobe antérieur ou frontal*.

Ainsi, voilà une maladie qui a débuté, subitement, par une « attaque de nerfs », suivie d'aphasie, qui s'est accompagnée d'accès successifs de contractions « galvaniques » de tous les muscles du *seul côté droit* de la face, y compris les *masticateurs*, de *troubles de la déglutition* et de *violentes douleurs de tête*. *Cinq jours après* les convulsions *se généralisent* et le malade meurt dans un accès.

En vérité, nous gageons qu'aujourd'hui, en présence d'un tel malade, c'est au chirurgien qu'on ferait appel, comme s'il s'agissait d'une tumeur cérébrale. Les manifestations motrices de ce soi-disant « tic » ne sont-elles pas calquées sur le type jacksonien?...

Le cas de Chipault et A. Chipault<sup>1</sup>, où les attaques jacksoniennes se manifestaient par « un tiraillement du coin de la bouche et de l'œil gauche, des grimaces de la moitié gauche de la face qui duraient quelques secondes »,

1. *Revue neurologique*, 1893, p. 152.



ne laissa pas le diagnostic indécis. Après une large exploration cérébrale sans résultat, le malade mourut, et, à l'autopsie, on trouva un gliome sous-cortical, du volume d'une cerise, dans le pied de la deuxième frontale. Aurait-on donné le nom de *tic* à cette observation de tumeur cérébrale?

Il est exceptionnel en effet que les lésions du centre cortical du facial donnent lieu à des secousses rappelant celles du tic de la face.

Autre exemple :

Un cas intéressant, dit M. BRISSAUD, et qu'on trouve reproduit partout, est celui de Schultz, dans lequel le syndrome semblait lié à l'existence d'un anévrysme de l'artère vertébrale au niveau de la naissance de la basilaire. Cet anévrysme comprimait l'origine du facial gauche. Il en était résulté un « tic » qui avait duré dix ans. A la vérité, il ne pouvait y avoir là que des phénomènes de *spasme* pur et simple.

Dira-t-on aussi que les traumatismes encéphaliques peuvent engendrer des tics? — Voici un fait rapporté par M. Féré<sup>1</sup>, que l'on cite à l'appui de cette thèse :

Un homme, en tombant sur la tête, se fait au crâne une plaie portant sur le pariétal gauche à sa partie postérieure, en un point qui correspond exactement à la partie postérieure du pli courbe de cet hémisphère cérébral : un *tic convulsif* de l'orbiculaire des paupières et des zygomatiques du côté droit apparaît aussitôt et persiste. Rapprochant ce fait des expériences de Ferrier qui localise au niveau du pli courbe le centre moteur des muscles de l'œil et des paupières, Féré conclut à une excitation morbide de ce centre par la lésion crânienne<sup>2</sup>.

Interprétation parfaitement judicieuse d'un mouvement

1. *Archives de physiologie*, 1876.

2. LETULLE. *l. c.*



convulsif provoqué par l'excitation de l'écorce, celle-ci représentant l'extrémité la plus éloignée de la voie centripète qui aboutit à un centre bulbaire. Mais jamais convulsion consécutive à un traumatisme encéphalique ne saurait passer pour un tic.

Une expérience, non moins souvent relatée, de MM. Gilbert, Cadiot et Roger<sup>1</sup>, est devenue classique dans la physiologie pathologique du tic. On la cite à l'appui des expériences de Nothnagel.

Une chienne était atteinte d'un mouvement convulsif de l'oreille. On lui enleva successivement la zone corticale du facial, la capsule interne, les corps opto-striés, le cervelet, sans amener aucune modification à ce mouvement convulsif. Ce dernier ne disparut que lorsqu'on entama le noyau bulbaire du facial correspondant. N'ayant trouvé aucune lésion anatomique, les expérimentateurs ont conclu qu'il s'agissait d'un simple trouble fonctionnel auquel ils ont donné le nom de « tic ».

Bien que la lésion n'ait pas été décelée, il serait téméraire d'affirmer qu'elle n'existait pas. Les résultats anatomo-pathologiques négatifs de ce genre ne se comptent pas. Et ce qu'on peut seulement retenir de cette expérimentation, c'est que le centre bulbaire jouait un rôle essentiel dans la production des mouvements convulsifs. Ceci est le propre du spasme.

On a signalé des cas de compression des nerfs par tumeurs ou anévrysmes de la base du cerveau, lesquels donnaient lieu à des mouvements convulsifs rappelant ceux des tics. Oppenheim a vu, dans un cas de tumeur intra-crânienne qui touchait la première branche du trijumeau, des contractions du facial survenir du même côté.

1. *Revue de Médecine*, 1890.



Ce sont là des spasmes faciaux, tout à fait comparables au prétendu « tic douloureux » de la face.

Nous nous refusons également à donner le nom de « tics » aux mouvements spasmodiques qui accompagnent ou suivent une paralysie ou une contracture faciale, d'origine périphérique ou centrale. Ce sont des spasmes, et non des tics.

M. Cruchet, par exemple, donne indifféremment le nom de *tic labié* ou *hémispasme labié intermittent* à des mouvements cloniques d'élévation ou d'abaissement de la commissure labiale qui surviennent dans la paralysie faciale d'origine centrale, surtout chez les enfants.

Il cite, comme exemple, le cas d'un enfant qui, à l'âge de trois ans, eut un *ictus suivi d'hémiplégie gauche* affectant une forme spasmodique des plus nettes, avec mouvements athétoïdo-choréïques, surtout visibles au membre supérieur.

Le côté gauche de la face, après avoir été au début *flasque et dévié vers la droite*, n'offre aujourd'hui rien d'anormal au premier abord, mais quand on le fixe quelques instants avec soin, on ne tarde pas à voir se produire, toutes les minutes environ, un véritable tic convulsif de la lèvre supérieure.

Un mouvement convulsif de la face qui succède à une paralysie faciale, qui accompagne une hémiplégie spasmodique avec mouvements athétoïdes, le tout à la suite d'un ictus, n'est certainement pas un tic.

Voici encore un cas de Buss<sup>1</sup> donné comme exemple de « tic convulsif de la face du côté gauche ».

Il s'agit d'un athéromateux atteint d'hypertrophie cardiaque avec emphysème et bronchite.

1. Obs. Buss, in thèse Cruchet, p. 19.



Convulsions cloniques, surtout prononcées dans les paupières, la joue, la commissure buccale, sans douleur. Les accidents thoraciques qui l'avaient seuls amené à l'hôpital, s'améliorant, il sort. Un mois plus tard, il revient pour *vertiges* avec *ictus et vomissements* : impossibilité de se tenir debout et de marcher; *douleurs lancinantes dans tout le côté droit de la face*, un peu d'*affaiblissement des extrémités droites*, *parésie faciale gauche* interrompue par des convulsions cloniques fugitives, peu prononcées, intégrité apparente du facial droit. Dans la perte de connaissance, flaccidité des quatre extrémités. *Température à 41 degrés*. Mort pendant la nuit; dans les dernières heures, phénomènes convulsifs du facial gauche.

*Autopsie.* — *Hémorragie* du volume d'un œuf de pigeon ayant détruit, surtout à gauche, la protubérance, sans atteindre le bulbe. L'artère cérébelleuse postérieure gauche présente une *dilatation athéromateuse qui touche par un point au facial et à l'acoustique gauche*; ces deux nerfs sont absolument indemnes, même microscopiquement, ainsi que la région du facial dans la protubérance.

*Conclusion.* — Excitation simple du facial gauche par compression.

C'est proprement un spasme. L'anatomie pathologique le démontre. D'ailleurs la symptomatologie et l'évolution des accidents ne ressemblent nullement à celles du tic.

Pour Debrou<sup>1</sup> le tic convulsif était un trouble fonctionnel du nerf moteur, analogue à la névralgie du nerf sensitif. A l'appui de cette hypothèse, venaient les observations de Romberg, de Schultz, de Rosenthal, d'Oppolzer, où diverses affections du voisinage (ganglions tuméfiés, otites moyennes, carie du rocher, etc.), avaient déterminé des secousses musculaires dans le domaine du facial, — nous dirions : « spasmes » causés par l'irritation de la voie centrifuge d'un arc réflexe bulbaire.

1. *Archives de méd.*, 1864, 1, p. 641.



A la suite de certaines paralysies faciales, alors que la flaccidité est remplacée par la contracture, on peut voir se produire, non seulement du tremblement fibrillaire, mais aussi de petites secousses dans les muscles paralysés, et même du côté non paralysé. Duchenne (de Boulogne), Hitzig, etc., ont rapporté de ces exemples : tous ces cas ont trait à des spasmes.

Il en est souvent de même dans les cas de lésions de l'oreille, qui entraînent des paralysies faciales et peuvent donner quelquefois naissance à des secousses *spasmodiques* des muscles de la face.

Dans une observation de MM. Chipault et Le Fur communiquée récemment à l'Académie de médecine<sup>1</sup>, il s'agissait de crises intermittentes, de vives *douleurs*, localisées dans la région sous-costale droite. Les accès douloureux s'accompagnaient d'une contraction violente des muscles de la paroi abdominale du côté droit. Les auteurs donnent au phénomène le nom de tic et le comparent au « tic douloureux » de la face. Lors de l'intervention, on vit, « avec une netteté parfaite, les huitième, neuvième et dixième racines postérieures droites englobées, à leur passage à travers les méninges molles, dans une traînée d'arachnoïdite cicatricielle, blanchâtre, feutrée, très localisée... » Le succès de la résection radiculaire fut immédiat. C'est un cas typique de spasme réflexe. Ici, l'irritation de l'arc réflexe portait sur la voie centripète en un point assez rapproché du centre médullaire. Les racines postérieures des nerfs spinaux étaient irritées au niveau de leur passage à travers de la meninge altérée.

1. CHIPAULT et LE FUR, Névralgie des huitième, neuvième et dixième racines dorsales avec tic abdominal. Lésion méningée localisée; résection radiculaire. *Académie de médecine*, 18 mars; *in extenso* in *Gazette des Hôpitaux*, 20 mars 1902.



Enfin, voici une observation originale de M. Cruchet.

Il s'agit d'une petite fille de quatre ans et demi ayant des *lésions tuberculeuses* des poumons. Le vendredi 29 mars, elle se plaint de *maux de tête*; le lendemain et les jours suivants elle a du *délire*, d'où on peut cependant la tirer pour l'alimenter.

Le mardi matin, le délire cesse, mais elle commence à présenter des *convulsions généralisées*, surtout marquées *aux membres supérieurs*, celui de gauche particulièrement. En même temps apparaît un *tic du côté droit de la face*, caractérisé par une élévation clonique de la lèvre supérieure droite accompagné d'occlusion des paupières droites, également convulsives.

*Le sommeil n'entraîne aucune modification.*

La *contracture des mâchoires* — légère jusque là — s'accroît le jeudi matin, à tel point qu'on est obligé d'*alimenter l'enfant par le nez*. Elle meurt à six heures du soir : le tic avait disparu depuis le matin; elle n'avait que des convulsions légères du membre supérieur gauche, très intermittentes. Elle a parlé jusqu'à la dernière minute, elle n'a pas eu de vomissements à aucun moment.

*Autopsie*, le samedi 6 avril, à huit heures du matin. — *Type de méningite tuberculeuse*. A la base du cerveau, en arrière du cerveau jusqu'à la protubérance, au niveau de l'espace perforé antérieur et de l'origine de la sylvienne, placards purulents, nappe de consistance gélatineuse et de couleur chair de prune. On note un *foyer au niveau du bulbe* et du tronc basilaire; il en part un prolongement gris et assez ferme qui s'étend à droite jusqu'au niveau de l'émergence des troncs du moteur oculaire externe, et surtout du facial et de l'auditif.

Nous ne saurions pour notre part donner le nom de *tic* aux phénomènes convulsifs qui constituent un des symptômes de la méningite tuberculeuse. Si l'on doit appeler *tics* des convulsions locales, se produisant au cours d'un état général grave, accompagné de fièvre, de céphalée, de



délire, de contractures et de convulsions généralisées à tous les membres, si l'on veut voir des tics dans les manifestations convulsives des pyrexies à évolution rapide et à issue fatale,..... vraiment, le mot de tic ne veut plus rien dire : mieux vaut signer tout de suite son arrêt de mort.

Nous entendons bien que M. Cruchet envisage un « tic convulsif-symptôme », ce qui revient à dire qu'il existe, dans telle ou telle maladie, certains accidents *symptomatiques* qui se présentent avec les apparences du tic convulsif : « mouvement ou groupe de mouvements reproduisant cloniquement un acte physiologique ». Mais il ne nous paraît pas démontré que les mouvements convulsifs des malades de M. Cruchet aient eu véritablement l'allure d'« actes physiologiques déterminés ».

Ce dernier, d'ailleurs, rapproche l'observation précédente des cas de toxi-infections, de néoplasmes encéphaliques, de méningites, etc., où l'on observe des convulsions partielles. « Ce sont alors, dit-il, des convulsions passagères survenant au cours de maladies aiguës ou chroniques, généralement reconnaissables... » Elles peuvent revêtir « exceptionnellement la forme du tic convulsif ». — La *forme*, à la rigueur; mais l'examen du malade montre vite qu'il ne s'agit là que d'une apparence et permet de réformer un diagnostic hâtif.

Pour nous, le tic n'est pas simplement un symptôme, mais bien un *syndrome*.

Le fait qu'un « mouvement ou un groupe de mouvements reproduit cloniquement un acte physiologique déterminé » — c'est la définition du tic convulsif de M. Cruchet, — ne suffit pas, à lui seul, pour affirmer qu'il s'agit d'un tic. Un second élément est indispensable à sa constitution : cet état mental particulier dont Charcot,



pour ne citer que lui, a montré toute la valeur diagnostique.

Enfin, pour ce qui est de l'anatomie pathologique des myoclonies et des polyclonies, nous pensons que les résultats d'autopsie publiés jusqu'à ce jour ne sont pas nécessairement applicables aux tics.

Rossi et Gonzalès ont autopsié un épileptique qui présentait de la myoclonie dans les dernières années de sa vie; des dégénération d'origine ischémique étaient éparses dans le cerveau, prédominantes dans la zone rolandique. Il serait prématuré d'en conclure que les tics, si souvent rangés dans les myoclonies, reconnaissent la même cause anatomique.

Murri a décrit sous le nom de « polyclonie », un phénomène consistant en des secousses cloniques des membres se reproduisant par accès, et liées à un semis de lésions ponctiformes (hémorragies, ramollissements) de l'écorce de la zone rolandique. Mais, dans ces cas, les secousses musculaires ne ressemblaient pas à celles des tics ni à celles de la chorée. Néanmoins ces constatations permettent de concevoir l'existence de mouvements convulsifs ayant pour raison d'être une lésion corticale diffuse et pouvant prêter à des difficultés de diagnostic avec ceux des tics.

Dernièrement, Vincenzo Patella <sup>1</sup> a rapporté un cas de polyclonie, où les secousses cloniques ne se produisaient jamais pendant le sommeil. On aurait pu se croire fondé à déclarer purement fonctionnels des troubles disparaissant pendant le repos de la nuit. Cependant, à l'autopsie, l'examen histologique des pièces a montré de nombreux foyers de dégénération de l'écorce rolandique.

1. PATELLA. *Étude anatomo-pathologique et clinique sur le policlonus*. Il Policlinico, vol. VIII-M, nov. 1904.



Mais nous sommes loin d'être fixés sur la portée symptomatique des lésions de ce genre; en outre, cliniquement, dans tous ces cas, il ne s'agissait pas de tics véritables.

Nous en sommes donc encore à attendre une constatation anatomique probante.

Le caractère *fonctionnel* des mouvements des tics rend malheureusement peu vraisemblable la connaissance prochaine de leur anatomie pathologique.

Aussi longtemps que nous resterons ignorants des causes premières des névroses et des psychoses, nous ignorerons l'anatomie pathologique du tic. Tout ce qui a été écrit sur ce chapitre jusqu'à ce jour, doit faire retour au spasme ou aux autres affections convulsives qui relèvent d'une irritation directe des centres ou des conducteurs nerveux.

S'il nous était permis d'émettre une hypothèse, nous dirions que nous ne serions pas surpris de voir les constatations d'autopsie demeurer toujours négatives dans les cas de tics. Nous ne croyons pas en effet que l'affection soit sous la dépendance d'une *lésion acquise*; nous supposons plus volontiers qu'il s'agit d'anomalies congénitales, d'arrêts ou de vices du développement des voies d'association corticales ou des anastomoses infra-corticales, minuscules malformations tératologiques que nos connaissances anatomiques sont malheureusement encore impuissantes à reconnaître.



## Étude de la Réaction motrice.

Les caractères généraux de la réaction motrice qui constitue la manifestation objective d'un tic, ont été analysés précédemment dans notre chapitre de physiologie pathologique. Nous allons l'étudier maintenant au point de vue sémiologique.

Il est impossible, d'ailleurs, de donner une description de trouble moteur qui soit applicable à tous les cas. Un acte fonctionnel peut en effet être modifié de mille façons. En réalité, les anomalies de la contraction musculaire sont, dans le tic, essentiellement variables, non seulement d'un sujet à l'autre, mais aussi d'un moment à l'autre chez le même sujet. Chacun tique à sa manière : deux tics ne sont jamais exactement superposables, chaque individu ayant une façon de réagir qui diffère de celle de son voisin.

L'affection, disait Trousseau, « fait pour ainsi dire partie de la constitution de celui qui en est atteint ».

### Forme de la Réaction motrice.

#### Tic clonique et Tic tonique.

La réaction motrice d'un tic peut affecter deux formes : la *forme clonique* et la *forme tonique*.



Les *tics cloniques* sont caractérisés par des contractions plus ou moins brusques, que séparent des périodes plus ou moins longues de relâchement et de repos.

La convulsion clonique d'un tic peut être extrêmement brève et rapide. Toutefois, les secousses instantanées, « électriques », appartiennent plutôt au spasme : elles ont l'extrême rapidité des phénomènes réflexes très simples. A la face, il est vrai, le tic se traduit en général par des secousses brusques ; nous verrons, plus loin, les difficultés diagnostiques qui en résultent et comment on peut cependant, dans certains cas, différencier le *tic* du *spasme* facial.

Aux membres, les mouvements sont plus ou moins rapides. Ces différences semblent en relation avec l'état mental du sujet, avec les causes provocatrices, et la manière de réagir propre à chacun.

Le mouvement d'un tic de date récente peut être moins rapide que lorsque ce dernier est déjà ancien : le sujet en effet peut perfectionner, au début tout au moins, la vitesse comme la forme de sa réaction motrice. Mais lorsque le mouvement est devenu habituel, il est rare qu'il s'accroisse en rapidité, tandis qu'il est plus fréquent de le voir croître en complication.

Il est des cas où le mouvement s'exécute avec une *lenteur* relative qui peut faire hésiter le diagnostic.

M. G. Guinon a rapporté un cas de tic de la bouche chez une jeune enfant qui avait présenté, en outre, plusieurs autres tics. L'auteur avait été frappé de la *lenteur* des contractions musculaires.

La bouche, dit-il, s'ouvre assez lentement tout d'abord et, une fois atteinte la limite de l'écartement des maxillaires, elle se referme aussitôt sans rester le moins du monde dans cette situation d'écartement maximum des mâchoires qu'elle devrait



garder un moment, si court fut-il, s'il y avait réellement contraction tonique des muscles sous-hyoïdiens.

Dans ces cas, en effet, il ne s'agit pas de la forme tonique du tic.

L'un de nous a observé une jeune fille atteinte d'une espèce singulière de troubles moteurs, participant à la fois des réactions motrices des tics de forme clonique, des gesticulations de la chorée et des mouvements onduleux de l'athétose. L'ensemble de ces accidents rappelle surtout le type clinique décrit par M. Brissaud sous le nom de *chorée variable*; mais ils s'en distinguent par la lenteur des contractions musculaires et celle-ci semble bien l'expression objective de l'état mental de la malade.

M<sup>lle</sup> R... est une jeune fille de vingt-six ans, petite, débile, les membres grêles, les extrémités fluettes, extrêmement myope. Sa santé générale est bonne. Elle n'a aucun trouble de sensibilité ni de la réflexivité; aucun signe ne permet de reconnaître une affection organique du système nerveux. Elle a plusieurs frères et sœurs, tous bien portants; ses parents sont quelque peu nerveux, sans particularités notables.

Elle est atteinte, depuis l'âge de douze ans, de tics de la face et de la tête. Elle fronce le front, elle remue son cuir chevelu.

De temps en temps, elle tourne la tête vers la gauche par un mouvement lent, nullement saccadé, et qui s'accompagne d'une élévation des globes oculaires à gauche et en haut. Puis, la tête et les yeux reprennent leur position normale. La lenteur de ce geste est tout à fait remarquable.

M<sup>lle</sup> R..., lorsqu'elle a son chapeau, — et celui-ci est volumineux, lourd, instable, oscillant, mal fixé, — répète ce même mouvement d'une façon vive et saccadée. Tous ces gestes s'exagèrent quand elle ne se sent pas observée, lorsqu'elle écoute une conversation à laquelle elle ne prend pas part, lorsqu'elle coud, ou lorsqu'elle lit. Ils cessent au contraire lorsqu'elle s'observe, lorsqu'elle s'intéresse à la conversation, lorsqu'elle est couchée, lorsqu'elle dort.



La suppression du chapeau volumineux et oscillant, conseillée dès le premier jour, a aussitôt amoindri l'intensité et la fréquence des mouvements de la tête qui, plus tard, grâce à des exercices appropriés, ont disparu complètement.

Mais examinons l'état mental :

Très bonne, très dévouée, pleine de prévenance pour les siens, toujours résignée, M<sup>lle</sup> R... ne s'occupe guère que des autres, ne songeant jamais à elle-même. Peu de choses l'intéressent, ni lecture, ni jeux, ni travaux. Cependant elle fait tout ce qu'on lui commande, avec une docilité parfaite, jamais d'ailleurs avec entrain. C'est ainsi qu'elle apporte à son traitement une passivité complète; elle l'accepte comme un enfant bien sage, parce que ses parents lui ont commandé de se laisser soigner.

Elle n'est pas gaie, elle n'est pas triste : elle est terne, indifférente. Dans tous ses gestes dominant l'indolence et la maladresse. Les mouvements les plus simples sont exécutés avec une gaucherie, une nonchalance singulière. Bref, chez elle, la débilité volontaire se manifeste de mille façons.

M<sup>lle</sup> R... est essentiellement instable, mais d'une instabilité pleine de lenteur. Si jamais on ne lui voit faire un mouvement brusque, par contre, jamais elle n'est complètement immobile. Il lui est impossible de conserver une attitude. Elle ne peut fixer son regard sur un point. Perpétuellement elle s'agite, mais toujours avec une extrême lenteur, changeant à chaque instant de position par des mouvements presque insensibles. De même, elle n'ouvre qu'à demi les yeux, parle presque sans remuer les lèvres.

Il a fallu de longs efforts pour arriver à obtenir d'elle qu'elle restât immobile, assise, les mains reposant sur une table, les yeux fixés sur un objet. Il n'a pas fallu moins de persévérance pour lui apprendre à ouvrir largement la bouche, à tourner simplement la tête à droite et à gauche d'une façon régulière et sans oscillations.

Ses mains surtout sont constamment en mouvement, occupées à chiffonner la robe, les gants, le mouchoir, ou, lorsqu'elles sont vides, à se tortiller très lentement. Certains de ces mouvements rappellent vaguement ceux de l'athétose et, du côté gauche surtout, où l'agitation est un peu moins lente, les



doigts présentent une légère incurvation dans le sens de l'extension.

La lecture se fait d'une voix blanche, très bas, sur un ton monotone, en articulant à peine les syllabes, toutes les finales étouffées, sans intervalles entre les mots, sans ponctuation, sans intonation, confusément, comme si la malade avait hâte d'en avoir fini. Au bout de chaque paragraphe elle s'arrête, comme lassée. Puis, sur l'ordre de continuer, elle repart avec la même nonchalante indifférence.

Les mouvements des membres inférieurs participent à cette nonchalance et à cette instabilité. M<sup>lle</sup> R... ne sait même pas se tenir debout. Elle est tantôt sur une jambe ou sur l'autre. Son pied gauche ne repose jamais à plat sur le sol, mais tantôt sur le bord interne, tantôt sur le bord externe. Elle n'éprouve d'ailleurs aucune difficulté à le redresser lorsqu'on le lui demande, et si on lui fait remarquer cette mauvaise position, elle déclare qu'elle ne s'en apercevait pas. C'est une espèce de tic du pied, mi-tonique, mi-clonique, qui se manifeste avec la même lenteur que tous les autres mouvements.

Les tics cloniques sont les plus fréquents et les plus connus parce qu'ils « sautent aux yeux ». Mais on peut observer une autre variété de tics, les *tics toniques*. Les uns et les autres correspondent aux deux formes principales de la *convulsion* : *convulsion clonique* et *convulsion tonique*.

Le tic de forme tonique s'observe souvent dans le *torticolis mental*. Les sujets qui en sont atteints tournent la tête vers une des épaules et, sans revenir à la rectitude et au repos, conservent cette attitude pendant un temps souvent fort long. Ici la contraction musculaire est *permanente*; ce n'est plus un geste brusque, une contraction subite à laquelle succède aussitôt un relâchement et le retour à la position normale, comme dans le tic clonique : c'est, à proprement parler, une *attitude*.

L'origine mentale de cet accident est confirmée par maints exemples. C'est donc bien d'un tic qu'il s'agit, et



ce tic est un *tic d'attitude*. Il n'est pas le seul de son espèce et l'on connaît d'autres localisations des tics *toniques*. Telle est, par exemple, la contraction des masséters qui donne lieu au *trismus mental* (Raymond et Janet).

A la même catégorie de tics toniques appartient le *clignement permanent* des paupières qui remplace chez certains sujets le *clignotement intermittent*; c'est une contraction de l'orbiculaire qui maintient l'œil à demi clos, mais qui peut disparaître passagèrement sous l'influence de la volonté.

Nous avons vu, chez M. O., chez le jeune J., plusieurs exemples de *tics toniques* ou *d'attitude*.

Voici encore une ébauche de tic tonique de la face mélangé à des tics cloniques chez une de nos malades :

Tantôt, et le plus souvent, la bouche est tirée directement et complètement à droite; tantôt, elle est de même tirée à gauche. D'autres fois, les muscles des lèvres se contractent des deux côtés à la fois, en haut et en bas, et reproduisent ainsi, assez fidèlement, ce qu'on voit chez un enfant, qui, pris d'une grosse envie de pleurer, fait tous ses efforts pour retenir ses sanglots. Par moments, les paupières se ferment incomplètement et les yeux se révulsent vers le haut comme dans la simulation enfantine de l'aveugle.

C'est la déviation de la bouche à droite qui dure le plus longtemps. Pendant qu'elle persiste, la malade peut répondre aux questions, en bredouillant sans desserrer les lèvres. Les autres déviations ne durent que quelques secondes. Toutes s'effacent lorsque cette femme rit, ce qu'elle fait volontiers, ou encore, lorsqu'elle ouvre sa bouche largement pour montrer sa langue. Elles se succèdent irrégulièrement les unes aux autres, entrecoupées d'arrêts de quelques secondes pendant lesquels la face reprend son expression normale<sup>1</sup>.

1. E. FEINDEL, Spasmes grimaçants de la face datant de trois mois, traitement et guérison, *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, avril 1899, p. 118.



M. Cruchet, nous l'avons déjà vu, a critiqué la dénomination de *tic d'attitude*.

« Il nous paraît dit-il, qu'une *attitude* quelque vicieuse qu'elle soit, peut parfaitement exister sans qu'il y ait *convulsion*. » — Qui donc en doute?.... Chacun de nous prend à chaque instant des attitudes, sans pour cela entrer en convulsion.

Mais, si une convulsion tonique n'est pas nécessaire pour produire une attitude il n'en est pas moins vrai qu'une convulsion tonique peut « réaliser » une attitude : l'arc de cercle hystérique, toutes les *attitudes* cataleptiques, catatoniques, etc.

Assurément, si le mot de *tic* entraîne nécessairement l'idée de *secousses intermittentes*, il est inapplicable à ces cas. Mais, si on envisage le tic comme nous l'avons fait, il faut bien trouver un mot pour distinguer entre elles les anomalies toniques et cloniques de la réaction motrice.

Ne vaudrait-il pas mieux dire qu'il s'agit d'une *contraction permanente*? — Peut être,... mais quel est le résultat d'une contraction permanente? — C'est une position déterminée et prolongée de telle ou telle partie du corps. C'est la constriction des mâchoires, c'est l'occlusion des paupières, c'est la rotation de la tête, c'est le bras accolé au corps, etc. Et cette manière d'être de telle ou telle partie de nous-mêmes n'est-elle pas précisément ce qu'on appelle une *attitude*, c'est-à-dire une « manière de tenir le corps » (Littré). De là le nom de *tic d'attitude* par lequel on peut désigner ce phénomène, lorsqu'il se produit dans les mêmes conditions que les autres tics.

Et il faut bien croire qu'il n'est pas aisé de trouver un meilleur mot, car M. Cruchet dit lui-même et fort justement, à propos des cas de torticolis mental qu'il range dans les tics : « le torticolis mental est une *attitude* de défense



et en même temps de repos. » C'est donc, dans ces cas, un *tic d'attitude*.

Les *stéréotypies* peuvent, elles aussi, se manifester par des attitudes. Bien que ces phénomènes soient, à beaucoup d'égards, comparables aux tics, nous pensons qu'il est préférable de réserver le nom d'*attitudes stéréotypées* ou *stéréotypies d'attitude*, ou encore *stéréotypies akynétiques*, aux cas où l'acte moteur conserve les caractères objectifs des mouvements normaux.

De la même façon que nous n'appellerons pas *tic* un geste intermittent qui s'exécute avec la même force, avec la même vitesse qu'un geste normal, de la même façon nous ne nommerons pas *tic d'attitude* une position de tel ou tel membre, une contraction de tel ou tel muscle, plus ou moins durables, si l'effort musculaire ne diffère pas de celui que ferait un sujet bien portant pour maintenir la même position. Nous dirons, au contraire, qu'il s'agit en pareille occurrence, de *stéréotypies du geste ou de l'attitude*.

Cette distinction est nécessaire si l'on veut conserver au tic une individualité caractéristique.

Il ne suffit pas en effet, pour reconnaître un tic, de constater l'existence d'une contraction musculaire, passagère ou permanente; il ne suffit pas de remarquer que le mouvement est intempestif. Il faut, en outre, que la *contraction musculaire soit, par elle-même, anormale*, qu'elle ait, soit une brusquerie inusitée, soit une intensité excessive, en un mot qu'il y ait *convulsion*, clonique ou tonique.

Il est indispensable enfin que *cette anomalie de la contraction musculaire se répète ou se prolonge d'une façon exagérée*.



Les caractères de la réaction motrice du tic étant ainsi précisés, on voit d'abord comment on peut différencier un tic d'une stéréotypie. On comprend en outre qu'il est utile de distinguer les cas où la réaction affecte, soit la forme clonique, soit la forme tonique.

C'est pourquoi, nous avons adopté les termes de *tic tonique* ou *tic d'attitude* pour désigner un phénomène dont l'étroite parenté et la fréquente coexistence avec les tics de forme clonique nous ont paru démontrées par la pathogénie et par l'observation clinique. Faute de vocables meilleurs, ces désignations nous ont paru en tous cas préférables au terme de *myotonie*, qui, comme celui de *myoclonie*, est trop compréhensif aujourd'hui pour spécifier le mode de trouble moteur que nous avons en vue.

Dans le tic tonique, la réaction motrice se manifeste donc par l'immobilisation exagérée d'un membre ou d'un segment de membre. Au lieu de se traduire par des changements de position, les actes musculaires coopèrent à la *conservation d'une position*. C'est encore un acte fonctionnel excessif.

La station debout immobile exige le concours actif de muscles fort nombreux; la fatigue qui résulte de la conservation prolongée de cette position suffirait à le démontrer, si l'on n'en avait maintes autres preuves. L'*immobilité* est donc souvent, elle aussi, un mode de manifestation de la contraction musculaire. Elle peut être un des modes de manifestation de la réaction motrice du tic.

L'immobilisation porte en général sur une partie du corps; peut-elle aussi se manifester sur le corps entier?



L'exemple suivant, sans qu'on puisse en tirer des conclusions décisives, mérite cependant d'être médité :

Un homme de trente-deux ans avait été guéri une première fois d'un torticolis mental. Survint une récurrence, mais de forme très différente : Lorsque cet homme marchait, la tête parfaitement droite, si l'on venait à l'appeler *à droite*, il semblait instantanément figé sur place et *ne pouvait tourner la tête à droite* ; en même temps, disait-il, *la gorge se serrait* à l'étrangler ; au bout de trois ou quatre secondes la tête pouvait de nouveau se tourner vers la droite. Pendant ce temps d'arrêt, le malade éprouvait une véritable angoisse <sup>1</sup>.

Sans vouloir assimiler ce phénomène à un tic, et sans prétendre surtout qu'il existe des *tics d'immobilité* de tout le corps, on ne peut manquer de reconnaître qu'un tel accident présente de grandes analogies avec un tic, surtout avec un tic d'attitude.

On ne manquera pas non plus de rapprocher ce phénomène des attitudes catatoniques dont la pathogénie, chez certains aliénés, offre plus d'un point de contact avec celle des tics d'attitude.

Suivant que la perturbation du pouvoir de la volonté sur les actes fonctionnels se manifeste par défaut ou par excès, on conçoit qu'il puisse en résulter, dans un cas des réactions cloniques exubérantes, dans l'autre, des réactions toniques qui, objectivement, se traduisent par des attitudes d'immobilisation forcée.

#### Intensité de la réaction motrice.

L'*intensité* de la contraction musculaire est aussi extrêmement variable. Le plus souvent, cependant, elle excède celle du mouvement normal correspondant.

1. BRISSAUD ET FEINDEL, Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires, *Journal de neurologie de Bruxelles*, 15 avril 1899.



Dans les tics toniques, en particulier, les contractions musculaires sont souvent très fortes. Il faut des efforts considérables pour les vaincre et encore n'y parvient-on pas toujours. Mais, pour peu que le sujet soit distrait, rien n'est plus aisé que de lui faire exécuter, à son insu, tous les mouvements passifs possibles.

M. S..., oppose une résistance musculaire considérable, à tous les efforts qu'on fait pour ramener vers la droite sa tête qu'il maintient en torticolis à gauche. Mais si on lui parle, si on l'occupe pendant ces tentatives, peu à peu il abandonne sa tête complètement, et l'on peut tourner celle-ci dans tous les sens sans faire le moindre effort.

Lorsque le mouvement de rotation de la tête est devenu très aisé dans un sens, si on vient brusquement à changer le sens de la rotation, le malade oppose soudain une nouvelle résistance qui disparaît d'ailleurs bientôt à son tour, comme précédemment.

On voit, d'ailleurs, parfois les muscles mis en jeu acquérir un volume et une force supérieurs à ceux des muscles symétriques. Cette hypertrophie n'est que le résultat de l'excès de leur travail. Elle n'est pas, à proprement parler, « pathologique ».

Qu'il s'agisse d'un mouvement normal ou d'un tic, le muscle acquiert toujours une plus grande force et un plus gros volume lorsqu'il est le siège de contractions répétées. Tous les exercices physiques réalisent ce résultat : Le faiseur de poids voit grossir ses biceps brachiaux, le coureur à bicyclette ses quadriceps fémoraux, le maître d'armes les muscles de son avant-bras, le fort « de la halle » les muscles abdominaux et dorsaux, etc.

De même, les muscles utilisés par le tiqueur peuvent acquérir par la répétition du mouvement, un développement plus considérable.



Charcot avait bien fait remarquer que les muscles inactifs, dans les cas de tics rotatoires du cou, semblent atrophiés, tandis que les muscles hyperactifs paraissent plutôt hypertrophiés.

Mais, atrophie et hypertrophie peuvent n'être que des *apparences* qui tiennent à l'état de tonicité des muscles au moment où on les examine. Lorsque le sujet est au repos complet la différence devient souvent inappréciable. L'hypertrophie musculaire n'est donc pas constante. Dans certains cas, les muscles mis en jeu par le tic offrent le même volume que leurs symétriques.

La force dynamométrique est très variable également.

On a pu parler de *parésie* ou même de *paralysie* des muscles antagonistes et de *contracture* de ceux où le tic est localisé.

La difficulté de savoir si l'on a affaire à une contracture légère des uns ou à une légère parésie des autres est presque toujours insoluble. Les auteurs n'arrivent guère à se mettre d'accord sur ce point; les uns penchent pour la paralysie d'un côté, les autres pour la contracture du côté opposé. Et même des éclectiques, désireux de faire accorder les deux opinions, ne craignent pas, comme Scheiber<sup>1</sup>, de parler de « contracture paralytique », ou de contracture « mixte, à la fois active et passive » ce qui assurément n'est pas fait pour éclairer le problème. Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'y insister.

Mais un fait d'observation clinique nous paraît mériter l'attention.

La prétendue faiblesse musculaire n'est souvent qu'apparente chez les tiqueurs; il s'agit plutôt d'une *inhabileté*, d'une *maladresse* à exécuter le mouvement commandé.

1. SCHEIBER, Über einen Fall von durch Splenius Krampf bedingten Torticollis. *Wiener med. Wochens*, 1900, n° 6, p. 261.



C'est un trouble qui porte à la fois sur l'intensité et la localisation de la réaction motrice. Par là se manifeste encore l'imperfection des actes volontaires.

Nous en avons fait bien des fois la remarque. En voici un exemple :

M. S..., qui est pourtant bien découplé, se montre extrêmement maladroit de ses membres. Il exécute les mouvements les plus simples de façon incorrecte, sans tremblement, sans secousses, mais inhabilement. Il semble qu'il n'ait pas la notion exacte de ses attitudes. Il ne sait pas s'il se tient droit, si ses bras sont exactement horizontaux, si ses épaules sont à la même hauteur. Souvent il confond sa droite avec sa gauche, et quand on lui commande un mouvement d'un côté, il dit qu'il est tenté de le faire des deux côtés en même temps.

M. S..., pour exécuter le mouvement suivant : les bras en croix, tourner le haut du corps à droite, le bassin restant fixe, fait les contorsions les plus invraisemblables.

Si on lui commande, étant debout, de renverser simplement la tête et le haut de son corps en arrière, il se tortille de la plus étrange façon, craignant de tomber à la renverse, et est tout surpris lorsqu'on lui fait remarquer qu'il peut parer à ce danger en portant simplement un de ses pieds en arrière. L'éducation musculaire des actes les plus simples semble avoir fait totalement défaut.

Pareillement :

M<sup>lle</sup> R..., d'une façon générale, exécute mal les mouvements commandés. Elle s'arrête toujours avant d'avoir atteint le but proposé, non qu'elle éprouve la moindre gêne à le faire, mais parce qu'elle semble ignorante de l'amplitude de ses mouvements, et surtout parce qu'elle n'a pas une notion bien exacte de la position de ses membres. Aussi ses gestes sont-ils toujours menus, réservés, avortés. C'est un mélange de paresse et de vigilance musculaire, comme si la malade avait peur de se briser en remuant.

Il semble qu'elle soit toujours à la recherche d'une conte-



nance, mais qu'elle ignore toujours l'attitude passagère qu'elle a. Cependant, si on lui fait fermer les yeux, elle indique correctement la position de ses membres.

Autre exemple :

Depuis dix ans, L... a pris des habitudes motrices défectueuses. Tous les muscles de la moitié droite de son corps se contractent irrégulièrement, trop ou trop peu, trop vite ou trop peu vite. Tous les mouvements s'exécutent avec appréhension, et, bien qu'ils ne soient pas douloureux, ils n'ont jamais l'amplitude normale. Enfin, il semble que la malade a une vigilance musculaire excessive, ou une sorte d'ignorance de la direction et de l'intensité de ses actes moteurs.

Nous pourrions multiplier ces citations.

Il en résulte que, chez un grand nombre de tiqueurs, si l'on n'observe pas d'incoordination motrice, on constate un certain *trouble de la notion de position des membres*, et une grande inhabileté dans la direction, l'amplitude et l'intensité des actes moteurs volontaires.

On peut faire en effet de très intéressantes observations sur les anomalies du *sens des attitudes* chez les tiqueurs. Les remarquables travaux de M. Pierre Bonnier<sup>1</sup> sont appelés à faciliter singulièrement cette étude, que nous nous proposons de développer en une autre occasion.

Tous ces faits ne pourront d'ailleurs que corroborer nos remarques antérieures sur l'insuffisance des manifestations de la volonté; ils apporteront un nouveau témoignage de l'existence d'un retard dans le développement mental du tiqueur.

1. Voy. P. BONNIER, *L'Orientalion*. Coll. Scientia. Carré et Naud, édit., 1900, et *Le sens des attitudes*. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, n° 2, 1902.



### Fréquence et Rythme.

#### Tic rythmique.

La *fréquence* des contractions musculaires est tellement variable suivant les sujets et suivant les instants qu'elle ne saurait constituer un caractère distinctif.

On a pu croire qu'elles se succédaient dans le tic avec un certain *rythme*. Il n'en est rien. Les mouvements des tics ne se répètent presque jamais à intervalles égaux.

D'une façon générale, on n'observe pas dans le tic une périodicité régulière des contractions musculaires, contrairement à ce qui a lieu dans le tremblement.

Bien plus, le tic représente parfois, nous l'avons vu, une perturbation d'un acte fonctionnel à rythme régulier, comme la respiration. En pareil cas, le trouble respiratoire ne se manifeste pas avec une périodicité régulière.

Les accidents décrits sous le nom de *tics rythmiques*, ou plus improprement sous celui de « spasmes rythmiques » semblent constituer un groupe un peu spécial.

La majorité n'appartiennent peut-être pas à la même famille que les tics et sont parfois symptomatiques de lésions encéphaliques. Tel est le *spasmus nutans* des jeunes enfants. Tels sont aussi certains « tics rythmiques » décrits chez les idiots et les imbéciles.

A ce propos, M. J. Noir dit fort justement :

Peut-être pourrait-on leur attribuer une certaine valeur séméiologique. Nous nous garderons bien de tirer des conclusions absolues, dans une question aussi difficile, où on ne pourrait, qu'après une longue observation, poser même des hypothèses; mais nous ne pouvons résister à la tentation de signaler la coexistence de certains phénomènes tiqueux avec des lésions déterminées et reconnues à l'autopsie.

Notre maître, M. Bourneville, avait fait depuis longtemps



cette remarque, et cette coexistence du balancement, de la rotation, de la krouomanie avec un appareil symptomatique spécial, lui avait permis plusieurs fois de poser le diagnostic de méningo-encéphalite chronique, de sclérose cérébrale, etc., diagnostics vérifiés par des autopsies ultérieures.

Toutefois le balancement, la rotation de la tête, ne correspondent pas absolument toujours à ces genres de lésions; dans un esprit de prudence scientifique qu'on ne saurait actuellement trop louer, M. Bourneville n'avait pas voulu en conclure, et faire de ces sortes de tics de véritables symptômes de ces affections. Nous imiterons cette sage réserve.

D'autres mouvements rythmiques semblent appartenir en propre à l'hystérie; nous aurons l'occasion d'y revenir.

Sous le nom de « spasme rythmique » M. De Buck a rapporté l'observation fort détaillée et très intéressante d'une jeune fille, non hystérique, chez laquelle des mouvements convulsifs s'étaient montrés à l'âge de sept ans.

Vers la dix-neuvième année cette jeune fille fut atteinte d'angoisses. « Il me semble, disait-elle, que ma respiration veut s'arrêter comme si j'allais mourir. » Cette sensation durait quelques heures et disparaissait sous l'influence du sommeil; elle se répétait parfois pendant plusieurs jours avec des intervalles de repos plus ou moins longs.

Au bout de dix-huit mois environ, ces accidents disparurent, mais furent remplacés par des mouvements convulsifs intéressant la langue, les lèvres, les muscles du cou, du bras gauche, du tronc, les muscles respirateurs, le diaphragme et les muscles du pharynx. C'étaient des secousses cloniques, rythmées, apparaissant 50 ou 60 fois par minute, précédées chaque fois d'une inspiration et suivies d'une expiration, cette dernière s'accompagnant d'un cri articulé : « hesp ».

Pendant l'accès, la langue était tirée en avant et à gauche, le bras gauche s'élevait, le tronc et la tête se penchaient en avant et en bas. Ces accidents se reproduisaient toute la journée avec la même régularité, sans aucune sensation de fatigue. Ils cessaient durant le sommeil, mais n'étaient



pas influencés par le repos au lit. Ils diminuaient sous l'influence de la distraction et des occupations. La volonté n'avait sur eux qu'une influence faible et fugitive. Conservation de tous les mouvements volontaires, pas d'ataxie. Parole hésitante, monotone et saccadée. Organes des sens et tous les réflexes normaux. Sous le chloroforme les mouvements disparaissaient.

Cependant la malade n'était pas hystérique. Toutes les tentatives de suggestion et d'hypnotisme demeurèrent sans résultat. Son état psychique semblait normal, quoique peu développé. Elle mourut de tuberculose pulmonaire<sup>1</sup>.

M. De Buck fait remarquer que dans ce « spasme rythmique » certains groupes musculaires se contractaient comme pour exécuter des mouvements appropriés à un but fonctionnel (parole, mimique). Toutefois l'ensemble des contractions ne rappelait pas un geste connu, voulu et logique. Ce « spasme » est peut-être une espèce de *tic*, mais auquel l'allure *rythmique* des mouvements convulsifs donne une physionomie très particulière.

### Accès.

Un autre caractère de la réaction motrice c'est que le mouvement d'un tic, quelle que soit sa localisation, son intensité, sa forme, après s'être répété un certain nombre de fois, cesse pendant un temps plus ou moins long. De là des sortes d'*accès*, dont la durée d'ailleurs est des plus variables selon les cas. Entre eux, on peut observer des périodes de calme absolu.

Il est fréquent de voir un tiqueur grimacer ou se contorsionner violemment pendant quelques instants, puis rester tout à fait calme, pour tiquer bientôt de nouveau,

1. DE BUCK. Note sur un cas de spasme rythmique. *Belgique médicale*, 1899.



et ainsi de suite. Mais, chez les différents malades, et même chez un seul sujet, le nombre et la durée des accès varient comme les intervalles de repos qui les séparent. Un accès peut différer d'un autre accès par sa durée, par le nombre, le siège, l'intensité des mouvements, par l'ordre dans lequel ceux-ci se succèdent, s'il en existe plusieurs, etc. L'intervalle entre deux accès peut être long ou court, absolument calme ou troublé par quelques tentatives de gestes plus ou moins avortés.

Nous avons observé une fillette atteinte d'un tic de hochement de tête : elle répétait ce geste dix, quinze fois par minute, et les secousses étaient groupées par accès qui se succédaient, à quelques secondes d'intervalle, au nombre de trois ou quatre ; puis une période de repos assez longue. Le traitement eut pour effet de modifier complètement cette allure. Le tic se réduisit à un hochement de tête isolé, reparaissant environ tous les quarts d'heure. L'accès n'était plus constitué que par un seul mouvement.

De même dans le cas suivant : Un homme atteint de tic rotatoire tournait sa tête à gauche ; après avoir conservé un instant cette position, sa tête se remettait en place d'elle-même. Un temps de repos, et elle repartait. Même lorsque le tic se reproduisait plus fréquemment que d'ordinaire, le temps de repos séparant deux mouvements de la tête était toujours appréciable. Ici également, l'accès se réduisait à un seul mouvement.

Inversement, nous avons vu un jeune homme, atteint de tics multiples, localisés surtout à la face, tiquer sans trêve toute la journée. Les intervalles de repos absolus étaient tout à fait exceptionnels ; l'accès durait, à proprement parler, du matin au soir, pour ne cesser que pendant la nuit.



Il serait donc peut-être plus exact de dire que les manifestations extérieures des tics sont *paroxystiques*. Peu importe le mot; ce qui est cliniquement vrai, c'est qu'elles se reproduisent avec une intensité et une fréquence variables, suivant les conditions dans lesquelles se trouve le malade.

L'attention, les distractions, atténuent et espacent les tics. Les émotions, les fatigues, les exaspèrent.

Un de nos malades ne tiquait pas pendant toute une soirée passée au théâtre. Un petit tiqueur de M. Tissié s'abstenait de tiquer pendant les vacances; à peine retournait-il en classe, qu'il recommençait de plus belle.

La durée des périodes de repos est extrêmement variable : elle peut être de plusieurs mois ou simplement de quelques secondes. Il est donc impossible de donner une description générale de ces accès, paroxysmes, ou intermittences. La seule chose qu'il faille retenir, c'est la *répétition* de la réaction motrice; car, quelle que soit sa fréquence, cette répétition est un des caractères constitutifs du tic.

#### Localisation de la Réaction motrice.

##### Tics variables. Tics fixes.

La *localisation* de la réaction motrice d'un tic est essentiellement d'ordre *physiologique*.

Le mouvement peut être produit par un seul muscle, si ce muscle suffit à lui seul à assurer l'exécution d'un acte fonctionnel. C'est l'exception.

Dans l'immense majorité des cas, plusieurs muscles entrent en jeu, et ce sont précisément ceux dont les contractions synergiques concourent à l'exécution de l'acte fonctionnel que le tic va caricaturiser.



Si le même acte fonctionnel peut être réalisé par deux muscles différents, — comme cela arrive pour la rotation de la tête, — la réaction motrice du tic qui portait d'abord sur l'un de ces muscles, se portera ensuite sur l'autre, si le premier ne peut plus remplir la fonction.

C'est ainsi qu'on a vu des sujets atteints de tics de rotation de la tête et du cou produits par des contractions d'un des sterno-cleïdo-mastoïdiens, conserver encore leurs tics rotatoires même après section de ces derniers, grâce à l'intervention d'autres muscles rotateurs du cou.

La localisation musculaire ne compte donc guère; l'acte fonctionnel au contraire est prépondérant.

Deux *muscles symétriques* peuvent être atteints. Exemple : les tics de clignotement des deux yeux, et les tics qui se traduisent par des gestes d'affirmation de la tête. Un muscle médian, comme l'orbiculaire des lèvres, composé d'ailleurs de deux muscles symétriques peut aussi être le siège des mouvements d'un tic. Exemple : tic de succion.

Mais il est bien plus fréquent de voir le tic frapper *un seul côté du corps*. Dans les tics de la face, la manifestation motrice est presque toujours unilatérale, en quoi le tic facial apparaît encore comme une perturbation fonctionnelle de la mimique faciale qui, à l'état normal, utilise simultanément les muscles des deux côtés du visage.

La réaction motrice du tic peut aussi porter sur deux *muscles antagonistes*.

C'est le cas de certains *tics toniques*; la manifestation objective se traduit alors par l'*immobilisation* d'un membre ou d'un segment de membre dans une attitude déterminée.

Peut-on observer la contraction d'*une seule portion d'un*



*muscle*? — Oui, si ce dernier, comme le trapèze, le deltoïde, est composé de faisceaux ayant normalement une indépendance fonctionnelle plus ou moins complète, ou s'il est possible d'arriver par l'éducation volontaire à dissocier les contractions des différentes parties physiologiques d'un muscle représentant une unité anatomique.

Quant à la *contraction fibrillaire*, toujours indépendante de la volonté, elle ne saurait en aucun cas représenter la réaction motrice d'un tic.

Le fait important à noter, c'est que les muscles mis en jeu étant toujours des muscles volontaires, leurs contractions sont de celles que la volonté peut réaliser, quel que soit le but poursuivi : le déplacement d'un membre, une expression de physionomie, un bruit nasal ou laryngé, etc.

On peut toujours imiter le mouvement d'un tic, pourvu qu'on s'y exerce suffisamment. Des tics d'imitation en sont parfois la conséquence, si l'imitateur est un prédisposé; mais n'importe qui peut tenter l'expérience et la réussir après des essais plus ou moins longs. Il n'est pas toujours possible, au contraire, d'imiter le mouvement d'un spasme.

Plusieurs territoires musculaires fonctionnels peuvent être atteints simultanément et l'on peut voir plusieurs tics coexister ou se succéder de très près.

La localisation d'un tic sur un territoire musculaire physiologique peut durer plus ou moins longtemps.

Il existe nous l'avons déjà vu, des *tics variables*. Tel le jeune J.

Ces « mouvements », ces tics, naissent un jour, pour disparaître quelques jours après, et reparaitre ensuite ailleurs. Les deux côtés du corps et de la face peuvent être alternativement atteints, sans prédominance appréciable. Parfois, des semaines, des mois s'écoulent sans que les



tics soient visibles; puis, ils surviennent soudain, et cessent encore de même.

Ce caractère de variabilité des tics est propre au jeune âge. Sans doute, il n'est pas absolu. Certains enfants ont un tic unique, localisé, sans tendance à la migration : le *clignotement* d'un œil, par exemple, qui est un des plus fréquents. Cependant, l'observation démontre que plus le sujet est jeune, moins les tics sont stables. L'étroite liaison, qui rattache les troubles moteurs à l'état mental de ceux qui en sont atteints, permet de comprendre la cause de la variabilité des tics de l'enfance.

Tel, le jeune J... C'est vers la dixième année, peu de temps après son entrée au lycée, que ses premiers tics se manifestèrent. D'abord à intervalles irréguliers, et sans localisations arrêtées, on constata des « mouvements nerveux », dans la figure, dans les bras, dans les épaules, dans les jambes.

Par la suite il eut encore des tics de *reniflement*, de *morsure*, de *hochement*, etc.

Le jeune B..., à 6 ans, avait un tic respiratoire; à 7 ans un tic de la langue; à 8 ans, un tic de la jambe; à 12 ans des mouvements de la tête (affirmation); à 14 ans des mouvements de négation; à 15 ans d'autres secousses de la tête. Depuis; il a présenté des mouvements de salutation et enfin un torticolis avec déviation des yeux.

Et ce cas de M. Grasset où les phénomènes se succédèrent comme suit :

Chez une jeune fille : des *tics* de la bouche et des *yeux* pendant l'enfance; à 15 ans, pendant quelques mois, tic de *projection* de la jambe *droite* en avant; ultérieurement *paralysie* de cette jambe droite; pendant quelques mois, remplacement des troubles moteurs par des *sifflements*; pendant un an encore, la malade a proféré par intervalles et avec violence le *cri* : « ah! » Enfin à 18 ans, lorsqu'elle fut observée, elle présentait des mouvements de salutation, des mouve-



ments de projection de la tête en arrière, des mouvements d'élévation de l'épaule droite....

Autre exemple, fourni par un de nos petits malades :

Chez M... les tics ont débuté par un clignotement des deux yeux : l'enfant est incapable d'en préciser l'origine. La vue est bonne des deux côtés et les mouvements de l'œil très corrects. Puis ont apparu des tics de la bouche : Rétraction brusque des deux commissures, ou plus souvent une moue.

Il existe aussi des *mouvements du nez*, des *deux frontaux*, des *sourciliers* et d'un *seul peaucier du cou*, le gauche, qui en se contractant, fait apparaître une bride cutanée très saillante. Les muscles auriculaires et tout le peaucier du crâne entrent parfois aussi en jeu.

Plus tard ce furent des *hochements de tête* de haut en bas, ou des saccades, ou des mouvements de rotation de droite à gauche.

Enfin, des mouvements d'élévation ou de projection des *épaules* en haut et en avant, et des crispations des *mains* et des *bras*.

Autrefois, M... a rongé ses ongles; mais on lui a fait passer cette habitude.

Actuellement, sa lèvre inférieure est tuméfiée et couverte de gerçures, comme on le voit souvent chez les enfants atteints de tic de mordillement. Cependant il ne mord pas ses lèvres; mais à chaque instant, il saisit sa lèvre inférieure avec ses doigts et *gratte* la muqueuse avec ses ongles.

Depuis quelques mois, il a pris l'habitude de pousser un petit cri doux, sorte de *gloussement* qui rappelle le cri du cochon d'Inde.

Tous ces tics ont apparu successivement. Pour les tics du visage, ce sont plutôt des grimaces, que l'enfant a pris plaisir à faire et à répéter pour s'amuser. Le tic de grattage des lèvres est certainement provoqué par le désir de rechercher une sensation. Quant aux mouvements des mains, des bras et des épaules, ce sont des crispations, de forme et d'intensité variables, qui d'ailleurs ne sauraient être confondus avec des phénomènes comitiaux.

Ces tics se sont succédé sans jamais se localiser de façon



durable. Quand l'un disparaît, un autre apparaît, persiste quelques jours pour disparaître à son tour et être remplacé par un nouveau tic.

Ils sont donc essentiellement *fugaces et variables*, comme est l'*état mental de l'enfant*. Parfois ils cessent pendant quelques jours pour recommencer de plus belle. Ils disparaissent complètement pendant le sommeil. Devant les personnes étrangères, lorsque l'enfant s'observe et se maintient, ou lorsqu'il fait une lecture attachante, ils sont beaucoup moins forts. Ils augmentent au contraire les jours de vacances, pendant les jeux, surtout s'ils sont violents. Toute fatigue physique les exaspère.

Chez l'enfant, l'instabilité et la variabilité des idées est la règle. Aussi, parmi les jeunes tiqueurs, les « mouvements nerveux » sont-ils presque toujours, au début tout au moins, fugitifs, migrants. Ce n'est que peu à peu, lorsqu'avec les progrès de l'âge les idées et les actes volontaires ont acquis plus de stabilité, que l'on voit les manifestations motrices accorder une préférence durable à telle ou telle localisation.

Encore cette transformation est-elle subordonnée à l'évolution de l'état mental. Et l'on sait que celui-ci est sujet à de nombreuses variations.

Combien de jeunes gens, combien d'adultes même, qui par leur âge mériteraient d'être appelés des hommes, conservent, malgré les apparences corporelles, l'*état mental infantile*!.... Ceux-ci, s'ils viennent à tiquer, tiqueront comme des enfants; car les caractères d'un tic dépendent toujours de la caractéristique mentale de celui qui en est atteint.



## Symptômes accessoires.

### Réflexes.

Les Tiqueurs présentent-ils des troubles de la réflectivité?

Il ne sera possible de répondre à cette question d'une façon décisive que lorsqu'on aura examiné dans un grand nombre d'observations l'état des différents réflexes. Jusqu'à ce jour nous n'avons à cet égard que des renseignements trop peu nombreux et souvent incomplets.

Si nous nous rapportons à nos examens personnels, une trentaine de cas environ, nous sommes conduits à admettre que les troubles de la réflectivité sont absolument exceptionnels chez les tiqueurs.

Depuis ces dernières années surtout, nous nous sommes attachés à examiner avec le plus grand soin les réflexes de nos malades, en renouvelant ces enquêtes à diverses reprises. Tous ceux que nous qualifions de tiqueurs ont des réflexes normaux : réflexes patellaires, achilléens, olécraniens, du poignet, etc.; réflexe de Babinski (réflexe des orteils); réflexe de Brissaud (réflexe du fascia lata), etc., y compris le réflexe pharyngien et les réflexes oculaires.

Si parfois il nous est arrivé de constater tantôt une



légère exagération, tantôt une diminution de la réaction réflexe, il ne s'agissait que de nuances dont la valeur sémiologique ne peut entrer en ligne de compte. Ces particularités, qui souvent d'ailleurs étaient sujettes à des modifications d'un jour à l'autre, ne nous ont pas paru en tous cas différer de celles qu'on observe chez les individus normaux.

Pour M<sup>lle</sup> R..., M. S..., M. P..., M. N..., les jeunes J..., M..., C..., B..., etc., dont nous reproduisons par fragments les observations, et qui représentent différentes variétés de tics, nos enquêtes ont toujours été négatives.

Les réflexes ont été examinés dans presque tous les cas d'idiotie avec tics, dont M. J. Noir donne les observations; ils ont été ordinairement trouvés normaux. Dans un cas où les réflexes patellaires étaient exagérés, les tics n'avaient pas une allure différente.

Il n'est pas interdit d'ailleurs de supposer que des tics pouvant coexister avec une affection du système nerveux causée par une lésion organique, auquel cas les troubles de la réflectivité se rattachent à cette dernière.

Nous avons vu, dans l'histoire de M. O... que ses réflexes patellaires étaient généralement atténués, au point qu'un jour même, nous n'avons pu les constater, malgré une enquête très attentive; mais le lendemain nous les retrouvions. A supposer qu'ils aient continué à faire défaut, on aurait pu en inférer que M. O... était suspect de tabes; et même le tabes aurait pu être confirmé par maints autres signes, sans que M. O... cessât d'être un tiqueur incontestable. Il serait téméraire de soutenir que dans les cas de ce genre le trouble de la réflectivité est en corrélation avec le tic.

Cependant, il est de toute nécessité d'examiner avec le



plus grand soin l'état des réflexes chez les sujets atteints d'affections convulsives, de quelque nature qu'elles paraissent.

Nous rappellerons à ce sujet l'examen que nous avons pratiqué avec M. Babinski, chez une de nos malades, L..., et les réflexions que nous pûmes en déduire.

Chacun des réflexes a été scruté un grand nombre de fois sur la malade déshabillée.

Aux *membres supérieurs*, le réflexe du triceps brachial est un peu plus brusque et un peu plus fort qu'à gauche, quand on percute le tendon d'attache du triceps au-dessus de l'olécrane. Lorsqu'on contient le membre supérieur en le saisissant au niveau de l'articulation du coude, on perçoit un ébranlement un peu plus fort, à la suite du choc du marteau. Mais les différences entre le côté droit et le côté gauche sont très faibles. Il ne s'agit que de « nuances ». Ces nuances peuvent s'observer sur des sujets normaux, du moins en apparence.

Les réflexes des poignets ne présentent pas une différence appréciable.

*Membres inférieurs.* — Les réflexes rotuliens sont forts et brusques des deux côtés, mais celui du côté droit est égal à celui du côté gauche.

Le réflexe du tendon d'Achille du côté droit a toujours paru ne pas surpasser en vivacité le réflexe du tendon d'Achille du côté gauche.

*Pas de réflexe en extension du gros orteil*, ni à droite ni à gauche.

*Pas de clonus du pied* d'un côté ni de l'autre.

Nous avons recherché également le *phénomène de la flexion combinée de la cuisse et du tronc*. — On fait asseoir la malade par terre, les bras croisés sur la poitrine, les jambes en extension, un peu écartées. On la prie de se renverser en arrière assez brusquement, puis de se relever de la position assise en conservant les bras croisés. Dans ces conditions, nous avons seulement constaté que la cuisse droite tendait à se fléchir sur le bassin un peu plus que la gauche, en même



temps que le talon droit se soulevait légèrement au-dessus du sol.

En résumé, cet examen nous permet de constater :

1° Une certaine exagération des réflexes rotuliens, mais également des deux côtés ;

2° Une faible augmentation du réflexe du triceps brachial droit ;

3° Une très légère flexion de la cuisse sur le tronc.

Le premier signe n'a rien de pathognomonique. Les deux autres, bien qu'ils soient l'ébauche de deux phénomènes qu'on observe dans des affections organiques, sont trop frustes pour qu'il soit permis de conclure de leur présence qu'il existe ici une lésion du système pyramidal.

Quant au phénomène de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, il ne peut, dans le cas présent, être interprété qu'avec réserves. Depuis dix ans, L... a pris des habitudes motrices défectueuses. Tous les muscles de la moitié droite de son corps se contractent irrégulièrement, trop ou trop peu, trop vite ou trop peu vite. Tous les mouvements s'exécutent avec appréhension, et, bien qu'ils ne soient pas douloureux, ils n'ont jamais l'amplitude normale. Enfin, il semble que la malade ait une vigilance musculaire excessive, ou une sorte d'ignorance de la direction et de l'intensité de ses actes moteurs ; bref, un certain *trouble de la notion de position des membres* et surtout de la *direction* et de l'*amplitude des mouvements*.

Il semble donc difficile d'admettre l'existence d'une lésion irritative. Et, bien qu'il s'agisse d'une affection datant de dix ans et ayant provoqué des accidents convulsifs assez accentués, on ne peut guère concevoir qu'une lésion matérielle ait pu réaliser un tel syndrome clinique, sans qu'au bout d'un aussi long temps on n'ait vu se produire des troubles plus graves de la réflexivité, des atrophies musculaires ou d'autres troubles trophiques.

La constatation de troubles de la réflexivité, bien nets et permanents, a une grande importance au point de vue pathogénique et diagnostique. Leur présence en effet



permet de supposer l'existence d'une irritation des voies réflexes, et c'est, nous l'avons vu, un des principaux éléments du diagnostic entre le tic et le spasme.

Ce diagnostic devient particulièrement difficile lorsque les troubles moteurs affectent une localisation dimidiée qui rappelle celle des affections par lésion matérielle des voies pyramidales.

C'était le cas de notre malade, L..., chez qui les accidents étaient localisés sur le côté *droit* du corps : hémichorée variable à *droite*, torticolis à *droite*.

Dans un cas de M. Destarac, il y avait aussi prédominance des accidents du côté droit : crampe des écrivains, spasme de la hanche, et tête tournée à droite. La malade présentait en outre des troubles de la réflectivité : réflexes rotuliens exagérés, clonus du pied au début des accidents; réflexes achilléens exagérés. Le *signe des orteils* existait des deux côtés.

Cependant, chez la malade de M. Destarac que l'un de nous a pu examiner, le tableau clinique ne ressemblait nullement à celui que réalisent les altérations organiques. Tous ses mouvements intempestifs, toutes ses attitudes bizarres, rappelaient, au contraire, ceux que l'on observe chez certains tiqueurs.

M. Babinski a présenté à la Société de Neurologie de Paris un malade atteint d'un « torticolis spasmodique » gauche et de « spasmes » très marqués du membre supérieur gauche; le membre inférieur gauche était aussi frappé<sup>1</sup>.

Chez ce malade, disait M. Babinski, l'excitation de la plante du pied donne lieu à de la flexion du gros orteil à droite et à de l'extension du gros orteil du côté gauche.

1. BABINSKI, Sur un cas d'hémispasme (contribution à l'étude du torticolis spasmodique). *Société de Neurologie*, 10 février 1900. *Revue Neurologique*, 1900, p. 142.



Or, si l'on admet que tous les phénomènes nerveux présentés par le malade sont de même origine, qu'en particulier le spasme musculaire dépend de la même cause que le trouble dans le réflexe plantaire — et je ne vois aucune raison pour supposer qu'on ait affaire ici à une association de deux maladies différentes, — si, d'autre part, conformément à l'opinion que j'ai soutenue et qui a été acceptée par la plupart des neurologistes, l'on admet aussi que le *phénomène des orteils* est un indice d'une perturbation dans le fonctionnement du système pyramidal, on est amené à penser que c'est à une perturbation de ce genre qu'il faut attribuer, dans ce cas, le spasme musculaire.

Si maintenant on considère que les caractères cliniques du spasme du cou chez le malade que je vous présente sont semblables à ceux qu'on observe dans les cas ordinaires de torticollis spasmodique, on est conduit à cette idée que cette affection doit dépendre, sinon toujours, du moins parfois, de quelque irritation du système pyramidal, dont je ne saurais, du reste, préciser la nature.

Plus récemment, M. Babinski<sup>1</sup> a observé et présenté un second malade dont la tête est à peu près constamment en rotation à gauche et dont le membre supérieur gauche est animé de mouvements convulsifs. Dans ce cas, il existait une exagération du réflexe du triceps brachial gauche, symptôme qui pouvait encore faire supposer une certaine irritation du faisceau pyramidal.

Cependant, l'un et l'autre malade de M. Babinski offraient de singulières analogies avec les sujets atteints de « torticollis mental », chez lesquels on n'observe aucun trouble de la réflectivité.

Est-ce à dire que dans tous les cas de ce genre il faille rejeter systématiquement l'hypothèse d'une altération organique des centres nerveux? — Probablement non.

1. BABINSKI, Sur le spasme du cou. *Soc. de Neurologie*, 4 juillet 1901, in *Revue Neurologique*, 1901, p. 693.



La cause initiale des accidents spasmodiques peut être, dans certains cas, une épine irritative siégeant sur un centre, sur un conducteur nerveux, sur un point quelconque d'un arc réflexe. Pendant qu'elle existe, on conçoit aisément qu'elle puisse provoquer une réaction motrice : c'est un *spasme*. — Vient-elle à disparaître? On conçoit également que l'acte moteur puisse persister à l'état d'habitude : alors, c'est un *tic*.

Rien d'impossible, d'ailleurs, à ce qu'une modification anatomique soit, non plus la cause, mais la conséquence d'un acte moteur réitéré plus que de raison. Ne voit-on pas des hypertrophies ou des atrophies musculaires produites par des tics nés d'idées motrices? On peut concevoir des modifications circulatoires dans différents territoires nerveux, consécutives à la répétition excessive du même geste; on peut même concevoir des modifications dans l'état des cellules d'un centre moteur.

En tout état de cause, la preuve de l'existence de cette épine irritative sera toujours bien difficile, sinon impossible à faire, les signes objectifs qui peuvent révéler la présence d'une lésion aussi minime étant nécessairement très atténués et d'une portée diagnostique relative.

En définitive, pour toute espèce de mouvement convulsif, il faut admettre qu'il existe des cas où celui-ci est la conséquence d'une altération organique d'un centre ou d'un conducteur nerveux. Dans ces cas, le mouvement mérite vraiment le nom de *spasmodique*, car c'est un *spasme*, au sens strict du mot.

Mais on voit aussi des cas où il est impossible de reconnaître l'existence d'une altération matérielle. Le trouble moteur semble purement fonctionnel, et c'est alors qu'il peut s'agir d'un tic.

Bien entendu, il faut compter aussi avec des *formes*



*mixtes* où la réaction motrice participe à la fois du spasme et du tic; on peut admettre alors que le trouble fonctionnel est accompagné d'une lésion matérielle (primitive, concomitante ou secondaire) du système nerveux.

Ces formes sont peut-être plus nombreuses qu'on ne le pense et c'est ce qui rend leur diagnostic si malaisé. Cependant une observation rigoureuse, surtout prolongée, portant impartialement et complètement sur les phénomènes psychiques aussi bien que sur les phénomènes somatiques, sur l'état des réflexes en particulier, permettra généralement de discerner si l'affection est un simple trouble fonctionnel, relevant de quelque imperfection psychique du sujet, ou si, au contraire, elle est l'expression clinique d'une altération matérielle du système nerveux.

### Réactions électriques.

L'examen des réactions électriques des muscles atteints par le tic n'est presque jamais pratiqué. C'est assurément une lacune qu'il serait important de combler dans les observations ultérieures.

Il ne semble pas cependant que l'on puisse espérer en tirer des renseignements symptomatiques bien décisifs. Comme pour les réflexes, c'est surtout au point de vue du diagnostic qu'il sera nécessaire de procéder à cette enquête.

Nous avons eu l'occasion de la faire chez le jeune J...

J... était atteint d'un tic clonique d'élévation de l'épaule gauche, avec un tic tonique d'attitude du bras gauche ayant pour effet d'appliquer ce dernier contre le corps. L'examen électrique a été pratiqué à l'Hôtel-Dieu, le 18 mai 1901, par le



Dr F. Allard. Il n'a révélé aucune modification importante de la contractilité électrique; tous les muscles du cou, de l'épaule et du bras réagissent bien. Toutefois, le faisceau supérieur du trapèze gauche, d'ailleurs plus volumineux que le droit, se contracte plus énergiquement.

Par contre, les contractions se manifestent plus rapidement et plus vivement dans le deltoïde, le sterno-mastoïdien et le pectoral du côté droit. On pouvait le prévoir, car le trapèze gauche est soumis depuis plusieurs années déjà à un travail musculaire inconnu au trapèze droit. Les mouvements répétés d'élévation de l'épaule gauche ont notablement accru la force et le volume de ce muscle: il en est de même de sa contractilité électrique.

Inversement, le deltoïde et le pectoral gauche sont beaucoup moins actifs que les mêmes muscles du côté opposé, le malade se servant beaucoup moins de son bras gauche et évitant tous les mouvements d'élévation et d'abaissement de ce bras, qu'il considère comme condamné au repos.

Dans ce cas les résultats de l'examen électrique n'ont fait que confirmer ceux de l'observation clinique.

### Troubles vaso-moteurs et sécrétoires.

Les troubles vaso-moteurs font rarement défaut chez les tiqueurs; mais ils ne diffèrent guère de ceux que l'on observe chez la plupart des sujets dits « nerveux ».

Les tiqueurs sont des émotifs et, comme tels, sujets à des poussées de rougeur du visage à l'occasion des causes les plus futiles. Si ce phénomène ne représente pas un caractère symptomatique de premier ordre, il peut du moins être le premier indice d'un certain désordre psychique dont un examen plus approfondi permettra d'apprécier l'intensité et la nature.

Il ne serait même pas impossible que, dans certains cas, la peur de rougir — l'*éreutophobie* de M. Régis — fût



la cause de certains gestes destinés à masquer la rougeur dont le sujet éprouve une humiliation exagérée. Ces gestes pourraient devenir des tics, si passés à l'état d'habitude ils venaient à se produire, alors même que la rougeur n'existerait pas.

La timidité entraîne fréquemment des attitudes ou des gestes destinés à dissimuler le désordre passager causé par ce phénomène émotionnel : ce sont presque toujours des mouvements du bras et de la main, qui ont pour but de cacher temporairement le visage envahi par la rougeur.

Ces mouvements appartiennent pour la plupart aux stéréotypies. Certains tics qui se traduisent par un frottement brusque des doigts sur le front, sur la joue, sur les lèvres, reconnaissent aussi cette origine.

De la même façon peuvent agir les troubles sécrétoires, en particulier la sécrétion exagérée de la sueur, qui accompagne les phénomènes émotionnels et que nous avons plusieurs fois observée chez les tiqueurs.

Le jeune J..., M. S..., M. P..., transpirent abondamment. Le plus léger exercice, pour peu surtout qu'il demande un effort d'attention, provoque une véritable poussée de sueur. Aussi ont-ils presque toujours leurs mouchoirs à la main, et à chaque instant on les voit s'éponger le front ou les tempes. Ce geste est devenu, chez eux, une habitude, une sorte de stéréotypie, qui se manifeste alors même que la transpiration n'a pas lieu. La suppression du mouchoir cause à certains sujets un vrai malaise. Il ne faut cependant jamais négliger de l'ordonner.



### Troubles de la Sensibilité.

D'une façon générale, on n'observe pas de troubles objectifs de la sensibilité chez les tiqueurs.

Les troubles sensitifs subjectifs sont plus fréquents. Mais ils peuvent faire complètement défaut, même lorsqu'il s'agit de tics très violents et très anciens.

Souvent, cependant, le tic est accompagné d'une sensation que les malades eux-mêmes qualifient rarement de douloureuse, mais de « gênante, désagréable », et qui peut être plus ou moins persistante. Fréquemment, cette sensation est comparée à une *fatigue* ou à une *courbature*.

D'autres fois, les tiqueurs parlent d'une sorte de *tiraillement* ou de *constriction* qui siègerait dans les muscles affectés par le tic, soit au niveau de leurs insertions, soit dans le corps musculaire lui-même, soit enfin dans les articulations mises en jeu.

Ces troubles sensitifs sont extrêmement variables suivant les cas, et varient encore d'un instant à l'autre, d'un jour à l'autre, chez le même sujet.

Très exceptionnellement, les malades se plaignent d'une douleur vive; cette dernière est le plus souvent sourde, confuse, indéfinissable.

Il importe, d'ailleurs, de n'accepter qu'avec réserves les doléances des tiqueurs en ce qui concerne leurs troubles sensitifs. Ils sont enclins à exagérer toutes leurs sensations; ils savent mal les localiser, les décrire. Ils ont surtout une tendance singulière à les interpréter faussement, à leur attribuer une signification pathologique erronée, et à broder sur ce thème absurde mille variations saugrenues, d'où peuvent naître de nouveaux tics. En quoi leur déséquilibre mental se manifeste clairement.



Rappelons-nous toutes les inventions motrices de M. O..., qui devinrent l'origine de tics successifs.

M. S..., dont nous avons déjà donné le portrait psychique, est atteint d'un torticolis qui est véritablement le type du *torticolis mental*, tic de rotation de la tête, parfois clonique, plus souvent tonique.

M. S... se plaint d'éprouver dans la nuque et dans les épaules des sensations douloureuses plus ou moins aiguës. Cependant la plus minime cause de distraction les lui fait oublier, de même qu'elle a pour effet de faire disparaître complètement le torticolis.

Il lui est arrivé, à la suite des premiers exercices méthodiques, de ressentir une vague courbature dans les muscles du cou. Rien de plus vraisemblable : ces muscles, inactifs depuis plusieurs années, étaient soumis à un exercice nouveau. Mais M. S... ne songea pas à cette explication. Il attribua au contraire une signification pessimiste à cette sensation douloureuse légère et banale, il s'en plaignit exagérément, y voyant un signe non douteux de l'aggravation de sa maladie.

Il fut d'ailleurs aisément convaincu de l'innocuité de ce phénomène; il a suffi de lui rappeler les courbatures analogues qu'il avait éprouvées autrefois à la suite des premiers exercices d'escrime ou d'équitation. Depuis lors, il cessa d'y porter son attention, et par suite de s'en plaindre.

Ces réserves faites, on peut soutenir que, dans la grande majorité des cas, le tic est indolore.

Le spasme, au contraire, est — non pas toujours, — mais plus fréquemment douloureux. Lorsque, dans ce dernier, l'irritation porte sur la voie centripète de l'arc réflexe, on conçoit qu'il en résulte en général une sensation douloureuse.

Un tic peut, nous l'avons vu, succéder à un spasme, et si ce dernier a été douloureux, on pourra, si l'on veut, dire que le point de départ d'un tic a été une sensation



douloureuse. On en peut dire autant si la réaction motrice du tic est commandée par la volonté du sujet en manière de réponse à une sensation douloureuse.

Mais, dans le tic constitué, ces sensations douloureuses initiales ont disparu. Celles qu'accuse le tiqueur sont de tout autre nature : elles résultent le plus souvent de l'excès des contractions musculaires ou des déplacements articulaires qui se produisent au cours du mouvement. Elles sont, non plus la cause, mais la conséquence du tic. Dès que le geste intempestif cesse, elles cessent également. Ce ne sont pas des symptômes du tic, mais bien, si l'on veut, des complications.



## Les différents Tics.

Nous allons passer en revue les principales localisations des tics.

Cet exposé sera forcément incomplet. A supposer que nous ayons pu réunir tous les cas de tics observés jusqu'à ce jour, — et nous n'avons pas cette prétention, — il est à prévoir que des nouveaux tics ne tarderaient pas à se faire connaître. Leur nombre est illimité, comme est illimitée la diversité des actes fonctionnels dont les tics représentent les multiples perturbations.

Nous nous contenterons donc de remémorer les exemples les plus fréquents et les plus récents.

Pour établir entre ces cas, souvent disparates en apparence, une classification rationnelle, mieux vaudrait, assurément, envisager les différents modes de perturbation des différents actes fonctionnels. Dans ce but, il faudrait d'abord établir un classement des fonctions. C'est là une tâche dont la difficulté est rendue évidente par les nombreuses tentatives, toujours imparfaites, qu'elle a suscitées, et dont les résultats ne seraient peut-être pas, quant à présent du moins, suffisants pour apporter une plus grande clarté à la question des tics.

On a souvent désigné un tic par le muscle, ou les muscles, dont les contractions déterminent le geste intem-



pestif. C'est à dessein que nous avons évité ce mode de désignation.

D'abord, il est souvent difficile de préciser le muscle qui est en cause; presque toujours plusieurs muscles sont intéressés et leur groupement n'a rien à voir avec un territoire nerveux anatomique déterminé : c'est même là un des éléments principaux du diagnostic entre les tics et les spasmes. En outre, dans le tic, si la convulsion peut se manifester dans un muscle ou dans un groupe musculaire anatomiquement défini, on voit le plus souvent y participer aussi d'autres muscles du voisinage. Devant la variabilité de ces répartitions on conçoit qu'il soit préférable de désigner un tic par le nom du *territoire morphologique* sur lequel il est localisé, ou mieux encore par *l'acte fonctionnel* dont il est, comme disait Charcot, la caricature.

Pour la commodité de la description, nous examinerons successivement les différentes régions du corps qui peuvent être atteintes par les tics, en donnant à ceux-ci, chaque fois qu'il sera possible, le nom de l'acte fonctionnel correspondant.

#### Tics de la Face. Tics mimiques.

De tous les tics, ceux de la face sont les plus fréquents.

Ils sont plus faciles à voir, le visage étant presque toujours à découvert. En outre, nulle région du corps n'est plus riche en muscles dont les actes fonctionnels soient plus variés : nictitation, mastication, succion, respiration, phonation, etc.

La face enfin est le siège des *expressions mimiques*; chacune d'elles représente un acte musculaire coordonné dans le but de traduire les sentiments, les passions, les émotions.



Aussi a-t-on songé à classer physiologiquement les tics de la face. Bechterew, par exemple, décrit le *tic du rire* dans lequel les contractions musculaires réalisent la mimique du rire, alors même que le patient n'a aucun sujet d'être joyeux; de même, le *tic de reniflement* qui rappelle le humage des priseurs.

Le tic de la face est souvent unilatéral.

Il est rare que tout le territoire musculaire d'un seul nerf facial soit intéressé. Cette répartition appartient plutôt au spasme. Et c'est encore au spasme qu'il faut penser lorsqu'on voit les contractions occuper uniquement les muscles tributaires d'une des branches du nerf facial.

Dans le tic, au contraire, certains muscles innervés par la septième paire peuvent ne pas participer aux convulsions, comme aussi on voit souvent celles-ci apparaître simultanément dans un territoire nerveux différent. Ainsi, il n'est pas rare de voir les muscles des globes oculaires prendre part aux mouvements.

Les deux côtés de la face sont parfois atteints en même temps. Généralement, on ne voit pas coopérer au tic plus de deux ou trois muscles de chaque côté. Ce sont ceux dont les contractions synergiques ont pour but un acte fonctionnel, — le reniflement, par exemple, — ou une expression mimique, — le rire, l'anxiété, etc.

MM. Claus et Sano ont rapporté un cas de tic occupant les deux côtés de la face et du cou, et ayant débuté par un clignotement bilatéral chez un plombier de trente-quatre ans. Ces auteurs pensent qu'il s'agit bien d'un tic, car les secousses étaient exagérées par les émotions, atténuées par le repos, disparaissaient dans le sommeil, sous l'influence de l'ivresse; enfin, grâce à certains subter-



fuges, le malade pouvait arrêter son tic pendant quelque temps<sup>1</sup>.

D'une façon générale, les contractions des muscles de la face *s'associent* les unes aux autres de façon à produire une grimace plus ou moins complexe.

Ou bien, sans ordre préétabli, les mouvements du front, de l'œil, du nez, de la bouche, s'enchevêtrent, se superposent, chacun de ces tics semblant garder son individualité : le malade tique, tantôt de l'œil, tantôt du nez, tantôt de la bouche; il a plusieurs tics successifs. — Ou bien, les contractions de deux ou plusieurs muscles concourent simultanément à la manifestation du tic. Le malade n'a qu'un tic, consistant à cligner de l'œil en même temps qu'il tord sa bouche.

Assurément, le clignotement, ou n'importe quel autre tic de la face, peut exister isolément. Mais, si au premier abord un tic de la face paraît isolé, souvent lorsqu'on observe avec un peu d'attention, on s'aperçoit que d'autres actes musculaires s'y associent. Par exemple, le froncement du nez s'accompagne d'un reniflement qui indique la participation des muscles inspireurs.

Le tic de la face, qui le plus souvent affecte la *forme clonique*, peut aussi revêtir la *forme tonique*. Celle-ci se traduit, suivant les cas, par la fermeture des paupières pouvant aller jusqu'à l'occlusion, le plissement du front, la torsion du nez, un tiraillement de la bouche, de plus ou moins longue durée.

Tous les muscles peauciers du visage peuvent être atteints par les tics. Le plus souvent, ces accidents représentent des *perturbations fonctionnelles de la mimique*.

1. CLAUS et SANO, Spasme bilatéral de la face et du cou. *Journal de Neurologie*, n° 3, 1899.



Oppenheim cite quelques cas de tic localisé aux seuls *muscles frontaux*, dont les contractions ont pour but d'exprimer la *surprise* ou l'*effroi*. Les *sourciliers*, s'ils entrent en jeu, donnent au visage une *expression douloureuse et tragique*.

Les contractions peuvent s'étendre à tous les *muscles peauciers* du crâne, et l'on voit des personnes qui font exécuter à leurs cheveux ou à leur coiffure un perpétuel mouvement de va-et-vient. M. O., M<sup>lle</sup> R... étaient de ce nombre. Stembo a décrit un cas de secousses isolées du muscle fronto-occipital, chez un sujet, il est vrai, suspect d'hystérie.

Le tic affecte quelquefois aussi le *peaucier du cou*. Oppenheim cite le cas d'un enfant qui présentait des secousses alternatives de ses deux peauciers. Il est intéressant de noter que cet enfant savait contracter volontairement l'un ou l'autre de ces muscles.

En général, les contractions du peaucier du cou sont associées à celles d'autres muscles de la face, comme dans une observation de Meirowitz : Tic facial et palpébral avec participation du peaucier du cou<sup>1</sup>. De même chez le jeune M...

Les tics de la face s'accompagnent souvent d'un haussement d'une ou des deux épaules, résultat d'une contraction synergique du trapèze. Le mouvement d'ensemble qui en résulte peut aussi être considéré comme un acte mimique : pour exprimer le dédain, on ferme les yeux, on fait la moue et l'on hausse les épaules. Le spinal, est d'ailleurs rangé parmi les nerfs des expressions mimiques.

1. MEIROWITZ, *A case of habit spasm* The postgraduate, p. 643, 1900.



**Tics de l'Oreille.****Tics de l'Audition.**

Les muscles du pavillon de l'oreille entrent souvent en jeu.

Une de nos malades, outre plusieurs autres contractions faciales, avait un tic de l'oreille gauche, qui se relevait visiblement à chaque secousse. Romberg a décrit des tics des muscles auriculaires, Bernhardt un tic de l'occipital et de l'auriculaire postérieur associés. Seeligmüller<sup>1</sup> a rapporté l'histoire d'une fillette de dix ans, atteinte de contractions involontaires et continuelles des paupières, de certains muscles de la tête et du cou, de plissement du front et de déplacement des oreilles. Il crut d'abord qu'il s'agissait d'une chorée; mais il apprit que cette enfant s'exerçait depuis plusieurs années, en compagnie d'une sœur plus jeune et de son frère, à faire des grimaces, et en particulier à mouvoir ses oreilles. La pathogénie de ce singulier tic est donc tout à fait conforme à la règle.

Il n'est même pas impossible que certains phénomènes, convulsifs qui se produisent dans les muscles de l'oreille moyenne, soient tout à fait comparables aux tics.

M. O... se plaint souvent d'entendre dans son oreille droite, des bruits qui apparaissent et disparaissent de la même façon que ses tics du cou et de la face. Les contractions du muscle de l'étrier peuvent être l'origine de ces sensations auditives. On sait en effet que l'occlusion forcée des paupières s'accompagne souvent d'une sorte de bourdonnement, dû vraisemblablement à une contraction synergique du muscle de l'étrier qui a pour effet de faire

1. SEELIGMÜLLER, *Zür Pathogenese der peripheren Krämpfe*, *S<sup>t</sup> Petersburger medic. Wochenschrift*. 1881, n° 2. — Cité par Zuber in art. *Spasmes fonctionnels* du Dictionnaire Dechambre.



varier la pression labyrinthique. Ce phénomène tout à fait normal, que certaines personnes même reproduisent à volonté, sans cligner les yeux, peut devenir une sorte de *tic acoustique*, dont les sujets prédisposés, comme M. O..., se préoccupent exagérément.

De brusques mouvements de déglutition involontaires, en faisant varier la pression dans la trompe d'Eustache, peuvent aussi donner lieu à des bourdonnements passagers.

Enfin n'oublions pas que certains tiqueurs pourraient avoir des hallucinations auditives.

### Tics des Yeux.

#### Tics de Nictitation. Tics de la Vision.

Il faut les distinguer en *tics des paupières* et *tics des globes oculaires*.

#### A. — TICS DES PAUPIÈRES.

A. — Le *tic des paupières* est peut-être le plus fréquent de tous les tics. Il atteint tantôt un seul œil, plus souvent les deux. Il se manifeste par un simple *battement* de la paupière supérieure, qui se renouvelle à des intervalles plus ou moins rapprochés. On peut lui donner le nom de *tic de nictitation*, car, sous cette forme, il ne fait que reproduire, mais avec une fréquence et une brusquerie plus grandes, le battement normal de la paupière.

Le plus ordinairement, c'est un *clignotement* produit par une contraction plus forte et plus brusque de l'orbiculaire, que viennent souvent compléter des contractions des muscles du nez et des zygomatiques.

A côté de cette forme *clonique*, il existe une forme *tonique* du tic des paupières. Ici, le mouvement se traduit



par une contraction dont la durée se prolonge exagérément. On doit réserver le nom de *clignement* à cette contraction qui maintient l'œil à demi clos d'une façon presque permanente. Il ne s'agit pas d'ailleurs d'une contracture : la volonté peut toujours faire disparaître ce tic tonique. Témoin le cas d'un de nos jeunes malades auquel un double *clignement* donnait un air endormi fort singulier, conséquence de cette forme de tic palpébral dont une gymnastique des paupières eut facilement raison. Chez une autre malade il s'agissait au contraire d'un *écarquillement* excessif de l'orifice palpébral, qui donnait au regard une dureté et une fixité étranges. La contraction du sourcilier accompagnant cette attitude des paupières accentuait encore l'expression mimique d'égarément et de colère. Ces deux tics contraires correspondaient d'ailleurs à deux tournures de caractère diamétralement opposées : le premier sujet était nonchalant, le second impatient, violent. Or, on sait que le degré de courbure de l'arc palpébral est un des caractères physiognomoniques qui traduisent le mieux les passions gaies ou tristes, l'excitation ou la torpeur.

Valleix<sup>1</sup>, qui décrit le tic sous le nom de « convulsion idiopathique de la face », cite un cas où « même dans les moments du plus grand calme, *l'œil du côté gauche paraissait un peu plus petit que l'autre*, par suite d'une faible contraction du muscle orbiculaire ».

Ce genre de grimaces permanentes est à rapprocher des tics d'attitude et des stéréotypies.

Après avoir soigneusement éliminé le diagnostic de spasme ou de paralysie faciale, il faut songer à cette forme tonique du tic des paupières, car elle passe souvent ina-

1. VALLEIX, *Guide du médecin praticien*, t. IV, p. 617, 1853.



perçue des malades eux-mêmes dont elle modifie notablement la physionomie.

Les formes clonique et tonique des contractions palpébrales involontaires sont parfois désignées, respectivement, sous les noms de *blépharospasme* et *blépharoclonus*. Ces termes devraient être réservés pour les cas de *spasmes* et de *contractures proprement dits* des muscles orbiculaires palpébraux.

Par exemple, il s'agit bien d'un « blépharospasme » dans un cas rapporté par De Graefe : un enfant chez lequel une contraction permanente des paupières de très longue durée entraîna la cécité. Un tic palpébral n'eut jamais commis pareil méfait; au contraire, une lésion organique en est capable. On sait, en effet, que la compression des branches du trijumeau en leurs points d'émergence peut déterminer par voie réflexe des contractions toniques de l'orbiculaire. Des lésions centrales peuvent produire également le blépharospasme. Dans ces cas, le mot « spasme » est judicieusement appliqué. Il ne l'est plus, si l'on a affaire à un tic véritable, tic de nictitation tic de clignement.

Les tics palpébraux sont de ceux qui reconnaissent le plus fréquemment comme origine une réaction spasmodique provoquée par une cause irritative venue de l'extérieur.

Un *corps étranger*, une *poussière* ou un *cil*, logés sous les paupières, sont généralement les incitations initiales de la première contraction. Toute *inflammation des conjonctives* produit le même résultat.

Les tics des paupières, dit M. PARINAUD, sont connus des ophtalmologistes sous le nom de blépharospasmes cloniques. Leur point de départ est toujours une excitation périphé-



rique, corps étranger, cil, etc., et surtout une variété de *conjonctivite* très fréquente, caractérisée par des *granulations* qui occupent le cul-de-sac inférieur des paupières. Cette conjonctivite peut ne pas être visible extérieurement; il faut explorer la face interne de la paupière pour découvrir les granulations. Ces dernières, qui donnent la sensation d'un corps étranger, m'ont paru une des causes les plus fréquentes des tics des paupières, surtout chez les jeunes enfants. En les faisant disparaître, on guérit presque toujours le tic en même temps <sup>1</sup>.

Si le clignotement ne se produit qu'à l'occasion de la granulation et cesse après son ablation, il s'agit d'un spasme; mais s'il persiste en l'absence de toute cause irritative, c'est vraiment un tic.

Un tic palpébral peut être aussi provoqué par une *vive lumière*. Chez une fillette de onze ans, G., le tic s'est installé à la suite de séances de pose pour un portrait. Le jour cru de l'atelier fatiguant l'un des yeux, l'enfant prit peu à peu l'habitude de cligner la paupière de ce côté, d'abord pendant le temps de la séance, puis bientôt en dehors. Logique au début, le *clignement* devint ensuite déraisonnable; ce fut un tic tonique.

M. J. Noir a cité le cas suivant :

Un de ses collègues était depuis longtemps incommodé par un clignotement des plus désagréables. Observateur sagace, il parvint à trouver la cause de ce clignotement, qu'il considérait comme un tic : elle résidait simplement dans la longueur exagérée des cils de la partie externe de la paupière supérieure. Ces cils trop longs se recourbaient et s'entrecroisaient avec ceux de la paupière inférieure. Le clignotement disparut quand il les eut coupés. Il sait maintenant arrêter ces mouvements convulsifs, quand, au bout d'un certain temps, ils viennent à réapparaître.

1. Soc. de Neurologie de Paris, Séance du 18 avril 1901.



Si vraiment le clignotement n'avait lieu que pour cette cause, et cessait une fois cette cause disparue, ce n'était qu'un acte réflexe, un spasme.

Par contre, l'exemple suivant laisse le diagnostic incertain entre le tic et le spasme palpébral.

Il s'agit d'un horloger, dont TOBY COHN<sup>1</sup> a rapporté l'histoire, chez lequel l'usage prolongé de la loupe qu'il sertissait dans l'orbite gauche, entraîna l'apparition de quelques secousses localisées d'abord dans l'orbiculaire, puis propagées à toute la moitié gauche de la face. Au début, les contractions musculaires furent peut-être des réactions *spasmodiques* provoquées par la compression des filets palpébraux du trijumeau. Plus tard, ces accidents se reproduisirent à tout instant de la journée, sans cause appréciable. A l'occasion de certains mouvements associés, pendant la conversation, la déglutition, l'acte de se moucher, de fermer les yeux, les contractions revêtaient la forme tonique. Le malade n'avait d'ailleurs aucun trouble objectif ni subjectif de la sensibilité.

Mais, dans l'observation suivante que nous avons recueillie récemment et que nous croyons devoir publier *in extenso*, il s'agit d'un véritable tic des paupières, dont la cause provocatrice est difficile à préciser. Cependant, les caractères cliniques du phénomène permettent d'éliminer l'hypothèse d'un spasme.

Brif..., quarante-sept ans, polisseur sur argent, s'est présenté le 10 mars 1902 à la consultation de M. le professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu. Il se plaint des mouvements involontaires d'occlusion des paupières, qui se produisent surtout pendant la marche.

Cet homme a toujours joui d'une excellente santé et n'a jamais fait de maladie grave. Il n'a été incommodé que de

1. TOBY COHN, Tic facial, névrose professionnelle, tic de l'horloger. *Neurol. Centr.*, 1897, n° 1, p. 21.



migraines, lesquelles seraient moins fréquentes depuis l'apparition du tic.

Le père du malade était aussi sujet à des migraines. Il était vif, emporté; il est mort à l'âge de soixante-six ans, assez bien guéri d'une hémiplegie gauche dont il avait été frappé à l'âge de soixante-deux ans.

La mère, actuellement âgée de soixante-douze ans, est parfaitement bien portante. Elle a eu dix-sept enfants; beaucoup de ces enfants sont morts immédiatement, car toutes les couches ont été mauvaises et ont nécessité l'emploi des fers. Les quatre qui survivent, une sœur de Brif..., âgée de cinquante-deux ans, un frère de quarante-huit ans, une jeune sœur de vingt-sept ans, enfin Brif... lui-même, sont tous d'une excellente santé.

Un frère est mort il y a deux ans, à l'âge de trente-huit ans, d'une pleurésie.

Le malade est Savoisien. Il est venu à Paris à l'âge de douze ans. Il a le cou un peu gros, mais pas de goitre. Dans son village, près de Bonneville, les goitreux abondent. Sa mère, sa sœur ont de petits goitres.

Dans sa famille, à part une certaine vivacité qui appartient à peu près à tous, on ne trouve pas d'accidents nerveux; pas d'aliénés. Ni Brif... ni les autres, n'ont jamais eu d'étourdissements, ni de convulsions, ni de pertes de connaissance.

Brif... est marié et père de deux enfants qui sont en excellente santé.

En somme, dans l'hérédité et dans les antécédents personnels de Brif... on ne trouve pas de grosses tares névropathiques ou psychopathiques.

La seule chose dont se plaint Brif... est une occlusion involontaire des paupières, qui se reproduit assez fréquemment, surtout lorsque le malade marche. Dans toute autre condition cet accident est rare.

Il est survenu insidieusement il y a environ dix-huit mois. Au début, vers le milieu de 1900, ce mouvement ne se produisait guère que trois ou quatre fois dans la journée. Il survenait notamment quand Brif... devait passer dans un endroit ensoleillé. Aujourd'hui il est très fréquent; Brif... ne fait pas dix mètres en marchant sans qu'il se produise. Pendant tout



le temps que Brif... travaille de son métier de polisseur le clignement ne se produit pas, sauf les cas où sa brosse qui tourne très vite vient à lui jeter aux yeux de la poussière. Mais si Brif... quitte son ouvrage et se lève pour aller chercher quelque objet, immédiatement le clignement reparait et se répète plusieurs fois de suite. Chez lui, et surtout s'il est occupé par un travail qui nécessite de l'attention, il ne tique pas. Pendant qu'il nous raconte son histoire et pendant que nous l'interrogeons, il ne tique pas davantage, et il affirme que dans des conditions plus ou moins analogues, le clignement ne se produit jamais.

Même pendant la marche, le tic ne se produit pas toujours avec une égale fréquence. Ainsi, quand Brif... se promène avec sa femme et ses enfants, il ne ferme pas souvent les yeux. Quand il suit le bord d'une rivière en pêchant à la ligne, il ne tique pas. Quant il est obligé de se presser, pour prendre un tramway par exemple, il ne tique pas davantage; mais une fois sur le véhicule, il s'en donne à cœur joie.

Le matin, au lever, aucun mouvement anormal. Mais dès que Brif... sort de chez lui, ou même s'il se met seulement à la fenêtre, son tic se produit. « C'est peut-être à cause du vent », dit-il.

Quelquefois cependant, tandis que, le matin, il se rend à son atelier, le tic n'a pas lieu. Pendant le travail professionnel, le tic est exceptionnel. A onze heures, Brif... rentre chez lui. Dans le parcours, il tique un peu plus souvent que le matin.

Il déjeune sans cligner les yeux. Après le repas, lorsque, dit-il, son estomac est « un peu lourd », il a des baillements et il cligne un peu plus souvent; de même, lorsqu'il refait le trajet de la maison à l'atelier. Enfin, c'est surtout le soir, la journée de travail accomplie, pendant le dernier trajet de l'atelier à la maison, que le tic se renouvelle plus fréquemment.

Mais si, rentré chez lui, Brif... entreprend une occupation qui lui demande de l'attention, son tic cesse. Ainsi, lorsqu'il tire un journal de sa poche, très souvent il ferme convulsivement les yeux pendant qu'il déplie ce dernier; mais dès qu'il se met à lire, le tic cesse instantanément.



Quelle est la cause de ce geste intempestif? — Brif... incrimine surtout le soleil ou le vent. Mais il lui arrive aussi, reconnaît-il lui-même, de fermer les yeux convulsivement très souvent et très fort, lorsqu'il ne fait ni vent ni soleil.

Ce tic, avons-nous vu, se produit presque exclusivement pendant la marche. Si le malade est immobile, debout ou assis, occupé ou conversant, son tic ne se produit pour ainsi dire jamais.

L'occlusion convulsive des paupières n'est pas produite par une brève contraction clonique de l'orbiculaire. C'est une convulsion tonique qui dure une seconde, deux secondes, quelquefois davantage, si bien que Brif... peut parcourir plusieurs mètres les yeux fermés. Il lui arrive alors d'obliquer un peu, dans son trajet, tantôt à droite, tantôt à gauche. Deux ou trois fois depuis 18 mois, lorsqu'il marchait au bord d'un trottoir et que ses yeux se fermaient, il a fait des faux pas. Mais il n'est jamais tombé.

La volonté a toujours eu sur ce tic d'occlusion des paupières une action bien marquée. Certains jours, Brif... arrive à empêcher ses yeux de se fermer pendant un trajet qu'il a déterminé à l'avance. Et alors même que l'occlusion est prolongée, il peut toujours par un effort de volonté entr'ouvrir ses paupières, « juste assez », dit-il, pour pouvoir se diriger et éviter les obstacles.

Cette occlusion forcée et souvent répétée n'est pas douloureuse. Tout au plus, Brif... se plaint-il d'éprouver le soir une sensation de fatigue dans l'œil ou au pourtour de l'œil. Aussi pour « défatiguer » ses yeux et les « protéger du vent », a-t-il eu l'idée de porter un lorgnon aux verres fumés.

Les yeux, examinés à l'hospice des Quinze-Vingts, ont été trouvés normaux de tous points. Nous avons constaté qu'il n'existait pas de rétrécissement du champ visuel.

Voyons l'état mental : — Brif... le dit lui-même : « Je suis plutôt gai, et très jeune de caractère. » Il joue avec ses enfants, il est leur « copain ». Si ceux-ci ont mérité quelque réprimande, Brif... se retire discrètement. Ce n'est pas son affaire de les gronder; il laisse la « corvée » à la mère.

Il a l'esprit léger. Ses tristesses, ses petits ennuis sont



oubliés instantanément. Il suffit que quelqu'un lui parle, ou que spontanément son esprit soit attiré ailleurs pour que le souci disparaisse.

Brif... est très émotif. Il rougit, pleure même facilement, surtout au récit ou à la lecture d'une action noble et généreuse. « Voilà encore papa qui pleure en lisant son journal », disent ses enfants en raillant un peu.

Brif... n'a pas de phobies, n'est incommodé ni par l'obscurité, ni par les grands espaces vides, etc. Il n'a pas non plus de véritables manies, mais il est grand fumeur. Autrefois surtout, il avait toujours la pipe à la bouche et un paquet de tabac de cinquante centimes lui durait à peine une journée. Cependant cette habitude même n'était pas très tenace : lorsque nous avons vu Brif..., il s'était imposé de rester sans fumer depuis trois jours, pensant que la fumée de tabac irritait ses yeux et était la cause de son tic.

Il a donc une volonté capable de refréner une habitude vicieuse.

Brif... est un homme intelligent, qui sait voir en lui-même et autour de lui. Il a étudié son tic, a su remarquer qu'il pouvait s'empêcher de tiquer, tandis qu'il marchait de tel endroit à tel autre. Il a encore remarqué qu'il tiquait moins lorsqu'il regardait vers le bas, or, il a justement l'habitude de marcher en tenant la tête très haute et même un peu renversée en arrière; normalement, dans cette position les yeux sont moins largement ouverts que si la tête est légèrement inclinée en avant.

Enfin Brif... a une assez bonne mémoire. S'il avait à l'école une certaine difficulté à apprendre « par cœur », il retenait bien le sens de ce qu'il entendait raconter ou de ce qu'il lisait. Il ne retient pas du tout les airs musicaux; par contre, il a une excellente mémoire visuelle; il dessine sans avoir jamais appris, et, de retour chez lui, il s'occupe souvent à reproduire avec assez d'exactitude ce qu'il a vu pendant la journée.

La seule particularité notable de l'état mental, est donc une tournure d'esprit quelque peu enfantine, un certain degré de cet infantilisme psychique si fréquent chez les



tiqueurs; en outre, une émotivité assez vive, une tendance aux brusques poussées de sueurs et à rougir soudainement sans cause valable. Une canitie qui remonte au jeune âge, héréditaire dans la famille, peut être signalée comme stigmatisme physique de dégénérescence.

En définitive : tic d'occlusion des paupières, dont la cause pourrait être une certaine crainte exagérée du soleil et du vent.

### B. — TICS DES GLOBES OCULAIRES.

Les muscles extrinsèques de l'œil participent parfois aux tics des paupières. Lorsqu'on observe avec soin un tiqueur atteint de *clignotements*, on voit dans certains cas le globe oculaire se mouvoir derrière la paupière supérieure baissée; la saillie de la cornée permet aisément de suivre ses différentes positions.

Chaque fois que le jeune F... tiquait des paupières, on voyait les globes oculaires se porter brusquement en haut et à gauche, pour revenir à la position normale dès que les paupières s'ouvraient. — Mlle R..., avec un tic de la tête de droite à gauche, portait en même temps son œil à gauche et en haut. — Otto Lerch<sup>1</sup> rapporte le cas d'un malade qui ouvrait et fermait les yeux en roulant les globes oculaires et en rejetant la tête en arrière. De temps en temps le tronc lui-même se penchait à droite ou à gauche. Parfois, surtout la nuit et le matin, les mouvements étaient accompagnés d'un grognement sourd et désagréable.

Dans ces cas, c'est également un corps étranger ou une petite granulation conjonctivale que l'on retrouve comme causes provocatrices du mouvement initial.

1. *American Medicine*, 2 novembre 1901.



Chez un de nos malades, un enfant de dix ans, telle semble bien avoir été l'origine du tic. Après la disparition du corps étranger, il a conservé la mauvaise habitude de chatouiller la face interne de sa paupière supérieure en promenant à chaque clignotement sa cornée dans tous les sens. Il a pris plaisir à cette petite manœuvre, il l'a répétée, volontairement d'abord, machinalement ensuite. On a négligé de le lui défendre; la mauvaise habitude est bientôt passée à l'état de tic. Il a fallu par une gymnastique assez délicate, l'habituer de nouveau au clignotement normal et à conserver l'immobilité du globe oculaire pendant la nictitation, pour le débarrasser de ce tic.

Certains troubles de la vision peuvent aussi entraîner des mouvements ou des attitudes anormales des paupières et des globes oculaires, qui deviennent de véritables tics. Aussi est-il indispensable d'examiner avec soin l'appareil visuel de tout tiqueur des yeux. Des verres appropriés, en corrigeant les défauts de la vision, suffiront souvent à corriger ces mouvements ou ces attitudes vicieuses.

Le tic du globe oculaire est le plus généralement associé au tic palpébral et à d'autres tics de la face et du cou. Mais il peut être isolé. Nous l'avons observé en particulier sous une forme qui rappelle les mouvements du nystagmus, chez une personne qui, certainement, était indemne de toute affection cérébro-spinale.

Les deux yeux sont presque toujours atteints également, comme on peut s'y attendre en raison de la synergie de leurs muscles. Cependant, dans un cas de tic palpébral unilatéral, les mouvements du globe étaient beaucoup plus prononcés du même côté.



En regard de ces formes cloniques des tics des muscles extrinsèques de l'œil, on doit aussi signaler des formes toniques qui se traduisent par une attitude de fixité des yeux.

Comme la forme tonique du tic palpébral, cette immobilité du globe oculaire passe très souvent inaperçue. Elle donne à la physionomie une expression hagarde ou simplement attentive. Il ne s'agit d'un tic que si cette mimique ne correspond pas à la pensée actuelle du sujet, et si elle est en désaccord avec le reste de l'expression faciale. On peut dire aussi que c'est là une forme de stéréotypie.

Rappelons encore cet exemple historique rapporté par M. Brissaud dans ses *Leçons cliniques*.

Vous savez, dit-il, qu'en 1717 vint à Paris un marin russe célèbre, dont Saint-Simon nous a laissé un très intéressant portrait; j'en extrais ces lignes : « Ce regard majestueux et gracieux quand il y prenait garde, sinon sévère et farouche, avec un tic qui ne revenait pas souvent, mais qui lui démontrait les yeux et toute la physionomie et qui donnait de la frayeur. Cela durait un moment avec un regard égaré et terrible et se remettait aussitôt. » Ce marin était Pierre le Grand, dont Frédéric de Prusse disait qu'il était un des deux hommes les plus singuliers de son siècle.

L'existence d'un *tic d'élévation des yeux* a été l'origine d'une série de discussions fort intéressantes à la Société de Neurologie de Paris, pendant ces dernières années.

Un malade, présenté par M. Crouzon<sup>1</sup>, était venu, en décembre 1899, à la consultation de M. P. Marie, à Bicêtre.

Il entra, les yeux fixés au plafond, mais quelques secondes après, il put les replacer dans le plan horizontal, dans l'écartement des deux paupières. A plusieurs reprises il éleva

1. CROUZON, Tic d'élévation des yeux, *Société de Neurologie de Paris*, séance du 11 janvier 1900.



de nouveau ses yeux ou abaissa la tête pour mettre ses pupilles au contact de sa paupière supérieure; ces mouvements furent suivis d'un effort qui remplaçait les globes oculaires dans l'état d'équilibre normal.

Interrogé, le malade se plaignit de ne pouvoir distinguer les objets dans une zone répondant à la partie inférieure de son champ visuel et limitée par une ligne partant de ses yeux pour aboutir à un point situé sur le sol à deux mètres de ses pieds. Pour le reste du champ visuel, la vue était bonne.

Son histoire est la suivante : au milieu d'une santé parfaite et d'un état mental absolument normal, il a été pris, le 8 août dernier, d'un *ictus* avec perte de connaissance pendant dix-sept heures. Quand il est revenu à lui, il n'avait aucune paralysie, a pu parler et a paru distinguer les personnes et les objets. Au bout de trois ou quatre jours, il ne voyait plus, marmottait sans pouvoir parler et ne reconnaissait même pas sa femme. Il est resté dans cet état pendant deux mois, a recouvré petit à petit la parole et la vue, mais a conservé cette habitude de regarder en haut. »

Se fondant d'une part sur l'intégrité de l'appareil de la vision et d'autre part sur les troubles psychiques (diminution de la mémoire et de l'attention, changement du caractère), M. Crouzon conclut à un *trouble fonctionnel* des muscles de l'œil qui ne serait ni une paralysie ni une contracture, mais un phénomène analogue aux tics d'habitude.

A l'appui de cette manière de voir, M. Joffroy a fait remarquer ce fait significatif : si on fait coucher le malade sur le dos, les yeux reprennent leur position normale. A cet égard, on pourrait le comparer à ces poupées dont les yeux articulés s'ouvrent ou se ferment, suivant qu'elles sont verticales ou horizontales. Dans le cas présent, cette mobilité oculaire exclut toute idée de contracture par lésions des centres, disait M. Joffroy.

Quelques mois plus tard, M. Babinski<sup>1</sup> présentant de

1. BABINSKI, Sur la paralysie du mouvement associé de l'abaissement des yeux, *Société de Neurologie de Paris*, 7 juin, in *Revue neurologique*, 1900, p. 525.



nouveau ce malade à la société de Neurologie, se prononçait contre l'hypothèse d'un tic analogue au torticolis mental, comme l'avait laissé entendre M. Crouzon.

« Je ferai remarquer d'abord, disait M. Babinski, un caractère qui distingue essentiellement le trouble observé ici de l'affection dénommée torticolis mental ou spasme du cou : dans celle-ci le malade est en mesure d'accomplir de temps en temps un mouvement opposé à celui que le spasme fait exécuter; dans le cas présent, au contraire, le mouvement opposé à l'élévation, c'est-à-dire l'abaissement, est toujours impossible. De plus, le début a été marqué ici par un ictus avec perte de connaissance; or, on n'observe jamais rien de pareil dans le torticolis mental. Il s'agit, selon moi, non d'un spasme des élévateurs qui résulterait d'une perturbation psychique, mais d'une variété de paralysie des droits inférieurs, d'une paralysie du mouvement associé de l'abaissement dépendant d'une affection organique du système nerveux.

« Cette hypothèse me paraît s'adapter parfaitement aux faits observés. La difficulté qu'éprouve le malade à ramener les globes oculaires à la position horizontale, après les avoir élevés, tient vraisemblablement à ce que l'action des droits supérieurs n'est plus modérée, comme à l'état normal, par celle des antagonistes, des droits inférieurs; on peut soutenir, à la rigueur, que les droits supérieurs sont alors transitoirement dans un état spasmodique; mais ce spasme, en admettant que ce terme convienne pour exprimer ce phénomène, n'est pas primitif; il est consécutif à la paralysie des droits inférieurs. D'autre part, l'idée de lésion organique cadre parfaitement avec les autres symptômes, l'ictus, l'affaiblissement intellectuel, les troubles de motilité, l'embarras de la parole. »

M. Parinaud, partageant l'avis de M. Babinski, a rattaché ce cas aux paralysies associées des muscles oculaires qu'il a fait connaître, et dont il a décrit deux formes particulières, suivant qu'il s'agit d'une paralysie isolée de l'élévation ou de l'abaissement; ces formes s'accompagnent l'une et l'autre d'une paralysie de la convergence, fait que l'on constate également chez le malade en question.



« Il s'agit donc, dit-il, d'une forme de paralysie bien caractérisée, et, fait remarquable, dans toutes ces observations, le trouble des mouvements oculaires s'est développé par ietus, ce qui autorise à penser que cette forme de paralysie, complète ou partielle, relève d'une lésion en foyer. »

Cependant M. Ballet fit remarquer le fait suivant : quand on dit au malade de regarder en bas, aussitôt son globe oculaire se relève en haut; quand, au contraire, on l'abandonne à lui-même et qu'il ne songe plus à ses yeux, ceux-ci s'abaissent avec une facilité bien plus grande.

« Il me paraît incontestable, a répondu M. Babinski, que le mouvement associé d'abaissement est impossible, ou tout au moins bien plus limité qu'à l'état normal, quelle que soit l'attitude du malade. Lorsqu'il renverse la tête en arrière, la paupière inférieure vient recouvrir, il est vrai, une partie de la cornée; mais ce résultat n'est pas obtenu par une contraction des droits inférieurs, et dans cette attitude comme dans toutes les autres le mouvement associé d'abaissement ne peut être accompli.

« L'élévation des globes oculaires, qui apparaît quand le malade s'efforce de regarder en bas, n'est pas en contradiction, tant s'en faut, avec l'hypothèse de paralysie limitée du mouvement d'abaissement. »

Ce même malade fut présenté une troisième fois à la Société de Neurologie, après avoir fait un séjour à Bicêtre, dans le service de M. P. Marie<sup>1</sup>. Ce dernier a déclaré n'avoir pu constater la paralysie de l'abaissement, tandis qu'on observe toujours le mouvement d'élévation signalé dans la communication initiale de Crouzon.

« Il m'a semblé, dit-il, que la constatation de ce fait était assez facile : si, en effet, on dit au malade de tenir sa tête en l'air dans le maximum d'extension du cou et qu'on lui fasse suivre un doigt qu'on abaisse lentement, on remarque que

1. PIERRE MARIE, Spasme névropathique d'élévation des yeux, *Société de Neurologie de Paris*, 18 avril 1901.



les globes oculaires obéissent très aisément au mouvement d'abaissement ainsi provoqué; il ne semble donc pas qu'une paralysie de l'abaissement puisse être invoquée.

« Si, au contraire, le malade ayant repris une position normale, on lui enjoint de regarder à ses pieds, on le voit fléchir la tête en avant et porter fortement les yeux en haut; le spasme d'élévation des yeux devient des plus évidents. Au bout de trente à quarante secondes, le spasme disparaît et les yeux reprennent une position directe.

« De cet examen nous tirerons donc cette conclusion qu'il s'agit bien d'un *spasme d'élévation* et non d'une *paralysie de l'abaissement*. »

M. P. Marie n'est donc pas d'accord avec M. Babinski sur la *modalité* de la déviation oculaire; il n'accepte pas non plus son opinion sur la *nature* de l'affection. Pour MM. Babinski et Parinaud, il faudrait invoquer l'existence d'une lésion organique supra-nucléaire. M. P. Marie pense au contraire qu'on est en présence d'une sorte de névrose. Les conditions dans lesquelles s'est produite l'affection sont, à son avis, tout en faveur de son origine purement névropathique :

« Au mois d'août, dit M. P. Marie, cet homme avait travaillé dans une maison en construction par une forte chaleur et s'en était trouvé incommodé; pendant les trois jours suivants, il n'était pas à son aise, s'attristait, pensait à son père qui était mort d'une attaque d'apoplexie, à son grand-père aveugle pendant dix ans.

« Le 8 août au soir, en dînant, tout d'un coup, il se trouva pris de cécité et d'apoplexie.

« Cette apoplexie a duré dix-sept heures, pendant lesquelles le malade n'a pas présenté de stertor et n'a eu dans son lit aucune évacuation d'urine ou de matières fécales : c'est là une chose tout à fait extraordinaire si l'on admet que cette apoplexie soit liée à une lésion organique de l'encéphale; je déclare n'avoir, pour ma part, jamais vu d'apoplectiques organiques présenter un pareil calme de la respiration ni une pareille intégrité des sphincters.

« La terminaison de cette période comateuse n'est pas moins extraordinaire : le malade se mit à parler et demanda à manger. Il présentait un véritable délire, ayant les caractères



de celui qu'on observe chez les hystériques après l'attaque. Le délire a duré quelques semaines seulement, mais il a persisté un état mental entaché de quelque bizarrerie. Le trouble de la parole rappelle, comme l'a fait remarquer M. Ballet, le bégaiement hystérique. Enfin il existe un rétrécissement concentrique et bilatéral du champ visuel.

« Il semble, conclut M. P. Marie, que l'opinion que nous avons soutenue avec M. Crouzon, de l'origine purement névropathique de ce spasme d'élévation des yeux ait bien des chances d'être l'expression de la réalité.

« J'ajouterai que depuis que le malade est revenu dans mon service, j'ai cherché à le soumettre à des suggestions thérapeutiques variées; dans ces dernières semaines, l'application d'un fort aimant a eu de notables résultats. L'amélioration ainsi obtenue remplit de joie le malade; peut-être est-ce à cette amélioration que j'ai dû de pouvoir analyser d'une façon plus aisée ce trouble oculaire dont la complexité a été cause de divergences aussi grandes dans son explication. »

Il a encore été incidemment question de ce malade dans une séance ultérieure de la Société de Neurologie<sup>1</sup>.

Il était toujours dans le service de M. P. Marie; son spasme oculaire s'était un peu amélioré, mais son état psychique s'est notablement aggravé. Il a aujourd'hui des idées de persécution et semble sur le chemin de l'aliénation mentale. La progression de ces troubles mentaux n'a pu que confirmer la première opinion de M. P. Marie, à savoir qu'il s'agissait d'une sorte de tic.

Chez les tiqueurs, en particulier chez des sujets atteints de torticollis mental, nous avons observé un phénomène qui se rapproche à certains égards de celui que présentait ce malade. Les sujets en question éprouvent presque toujours une difficulté à regarder à leurs pieds. Certains même ne peuvent y parvenir sans être obligés de faire une foule de contorsions.

1. RAYMOND et CESTAN, Examen histologique d'une sclérose en plaques ayant déterminé une paralysie des mouvements associés des globes oculaires. *Soc. de Neurol.*, séance du 9 janvier 1902, in *Revue Neurologique*, 1902, p. 52.



Par contre, ils regardent en l'air avec facilité. Si par exemple on les fait écrire sur un tableau noir, les gestes se font correctement au-dessus d'un plan horizontal passant par les yeux. Au-dessous de ce plan, les contorsions s'exagèrent. Cependant, si on examine les mouvements du globe oculaire, on les trouve normaux.

Il y a donc chez ces malades une plus grande facilité pour les mouvements d'élévation des globes oculaires. La difficulté qu'ils éprouvent à les abaisser ne dépend pas nécessairement d'une paralysie des mouvements associés de l'abaissement, mais d'un tic de l'élévation, comme le dit M. P. Marie, et ce tic peut n'être que la conséquence d'une habitude. La crainte qu'ont ces malades de voir s'exagérer leurs mouvements convulsifs lorsqu'ils regardent au-dessous du plan horizontal passant par leurs yeux, n'est peut-être pas étrangère à cette habitude, à ce tic.

Il nous a paru utile de résumer cette discussion pour montrer d'abord la possibilité de l'existence d'un tic des muscles extrinsèques de l'œil, et pour faire saisir en outre les difficultés d'un tel diagnostic.

MM. Noguès et Sirol<sup>1</sup> ont rapporté un cas qui n'est pas sans analogie avec le précédent. Leur malade, qui ne pouvait voir au-dessus d'une certaine hauteur sans lever la tête, semblait avoir une paralysie des mouvements associés d'élévation.

Mais dans ce cas, il n'y eut, au début, aucune espèce d'ictus; on ne constatait pas de paralysie de la convergence, pas de troubles de la parole ni de l'intelligence. En outre, il y avait des antécédents d'hystérie. Enfin cette ophtalmoplégie s'était développée à la suite d'une période fébrile. Les auteurs considèrent cet accident comme une manifestation névropathique.

1. NOGUÈS et SIROL, Un cas de paralysie associée des muscles droits supérieurs de nature hystérique, *Société de Neurologie de Paris*, séance du 7 mars 1901.



Existe-t-il des tics limités à un seul globe oculaire? Certains cas de strabisme observés chez les enfants peuvent n'être que la conséquence d'une mauvaise habitude transformée en tic. On arrive en effet souvent à la corriger par une surveillance attentive. Dans ces tics de strabisme, il peut arriver d'ailleurs que la direction vicieuse du globe oculaire, intermittente ou permanente, soit le résultat d'un défaut dans la vision.

Enfin, on pourrait admettre l'existence de *tics de l'accommodation*, fonction sur laquelle la volonté exerce son influence et que peut perturber l'insuffisance des manifestations volontaires. Il appartient aux ophtalmologistes de nous renseigner à cet égard.

On sait d'ailleurs qu'il existe de véritables « crampes professionnelles » de l'accommodation, observées chez les personnes qui font usage du microscope, chez les opticiens, les horlogers, etc....

#### **Tics du Nez. Tics de Reniflement.**

Le plus fréquent est un froncement des narines qui s'accompagne d'une aspiration ou d'une expiration nasale plus ou moins bruyante. Il est souvent associé à l'élévation de la lèvre supérieure.

Les tics du nez reconnaissent comme principale origine les coryzas, les inflammations, les gerçures, les petits furoncles des narines. Leur forme ordinaire est le *reniflement*. Ces tics sont bien des perturbations d'un acte fonctionnel complexe, auquel coopèrent les muscles inspireurs ou expirateurs et qui a pour but d'assurer la liberté des voies respiratoires nasales. Dans ce cas les muscles des deux côtés se contractent simultanément.



Lorsque les muscles du nez ne se contractent que d'un seul côté, c'est en général qu'ils coopèrent à une grimace du même côté de la face : il s'agit alors d'une anomalie de la mimique.

Le mécanisme pathogénique du *tic de reniflement* est simple : au début, une aspiration justifiée par un encombrement passager des voies nasales, par la gêne et la cuisson d'une petite plaie et qui s'accompagne d'un froncement du nez ou d'une dilatation des narines. Ces contractions voulues sont répétées d'abord chaque fois que la gêne ou la douleur les commandent, puis deviennent une mauvaise habitude. Et alors même que les mucosités ou la gerçure ont disparu, le reniflement, le battement, le froncement des narines, persistent à l'état de tic. Ils sont d'ailleurs peu tenaces et guérissent vite s'ils sont isolés.

Chez M. O..., chez sa sœur, chez le jeune J..., la petite G..., chez la femme de M. S..., etc., nous avons signalé ces tics, chemin faisant. Ce sont surtout des tics de l'enfance que la surveillance des parents fait facilement disparaître.

#### Tics des Lèvres. Tics de Succion.

Leurs variétés sont fort nombreuses.

Étant donnée la diversité des mouvements de l'orifice buccal, on conçoit qu'il soit presque impossible de décrire toutes les formes que ces tics peuvent affecter.

Comme toujours, l'affection peut être unilatérale ou bilatérale. L'orbiculaire des lèvres est parfois seul atteint ; mais les élévateurs, les abaisseurs des lèvres, les muscles du menton, et aussi le peaucier du cou, viennent souvent à la rescousse. De là des *moues*, des *succions*, des *pincements* des lèvres, des *rictus* de toutes sortes.



Ici encore, la forme clonique des contractions est la plus fréquente. Cependant le mouvement d'ouverture et de fermeture alternatives de la bouche, ne présente pas toujours cette rapidité et cette brusquerie qui sont le propre des contractions cloniques. M. G. Guinon a observé un petit malade qui avait été auparavant atteint des tics les plus variés. « Chez lui, dit-il, la lenteur relative avec laquelle s'ouvrait et se fermait la bouche, pouvait véritablement faire croire à la réalité de cette *forme tonique du tic* que certains auteurs ont décrite... » Les tics toniques des lèvres existent bien réellement; ils accompagnent souvent cette autre variété de tic tonique à laquelle on a donné le nom de *trismus mental*, sur laquelle nous reviendrons bientôt.

Les muscles des lèvres prennent part à un grand nombre d'actes fonctionnels. Ils coopèrent à la mimique faciale dans une foule d'expressions : le dégoût, le dépit, la colère, etc. Ils jouent un rôle essentiel dans les fonctions de nutrition, dans la succion, et aussi dans la mastication. Ils prennent part aux actes fonctionnels de la respiration et de la phonation. La diversité de ces actes fonctionnels explique la multiplicité des tics localisés à la région labiale.

Mieux encore que pour l'orbiculaire des paupières, on peut distinguer deux sortes de mouvements opposés, suivant la prédominance de la dilatation ou de l'occlusion de l'orifice labial. Les premiers caricaturent toutes les variantes du sourire et du rire, les seconds singent toutes les espèces de « moue » et tous les modes de « pincement » des lèvres qui traduisent le chagrin, la répugnance, le mépris, etc. Ces tics des lèvres sont des *tics de la mimique faciale*.



Il existe certainement des *tics de succion*. Lorsque l'allaitement est terminé, lorsque les dents sont poussées, la fonction de succion n'a plus de raison d'être. Sa persistance chez l'enfant depuis longtemps sevré, et surtout chez l'adulte, constitue une véritable anomalie fonctionnelle. Sans doute, la succion persiste pendant la vie entière : nous pouvons aspirer un liquide avec une paille, et sucer le jus d'un fruit; mais c'est un mode de succion qui diffère notablement de celui du nouveau-né. En tous cas, téter sa langue, téter son pouce, sucer tel ou tel objet qui n'a pas de qualités nutritives, tous ces actes fonctionnels intempestifs qui peuvent être qualifiés de « mauvaises habitudes » ou de stéréotypies, méritent souvent aussi le nom de tics.

Lorsque les mouvements des lèvres s'accompagnent, — ce qui est fréquent, — d'une émission d'air qui simule le sifflement ou l'expiration, ou encore d'une aspiration dont le bruit ressemble à celui que font les poissons quand ils viennent humer l'air à la surface de l'eau, on a alors affaire à des *tics respiratoires ou phonatoires* sur lesquels nous reviendrons.

Les *gerçures des lèvres* et les *troubles de la dentition* sont les causes les plus fréquentes des tics des lèvres, auxquels participe souvent la langue.

Chez les enfants surtout, à la fin de la première dentition, l'agacement produit par les dents qui s'ébranlent, les pousse à tourmenter ces dernières de mille façons. Ils prennent plaisir à ce jeu auquel les lèvres coopèrent avec la langue; ils peuvent le répéter à tout instant, en trompant les meilleures surveillances. Quand la dent est tombée, la place vide qu'elle laisse est, par sa nouveauté, une nouvelle occasion de recommencer les mouvements.



Enfin, lorsque les nouvelles dents viennent à pousser, si leur disposition n'est pas régulière, — et le fait est presque constant chez les « dégénérés » où se recrutent tous les tiqueurs — la gêne qui en résulte est encore une nouvelle cause provocatrice capable d'engendrer un tic.

De là, la nécessité d'examiner toujours soigneusement la dentition des tiqueurs de la bouche, surtout chez les jeunes sujets, et de faire extirper, s'il y a lieu, les dents mal implantées. Mais on évitera l'emploi d'appareils prothétiques qui sont souvent des provocateurs de tics.

### Tics du Menton.

Les muscles du menton, collaborant à la mimique, entrent en jeu le plus souvent avec les autres peauciers de la face. Ils peuvent aussi être le siège de tics.

Massaro<sup>1</sup> a décrit plusieurs cas « génio-spasmes » isolés. Les mouvements étaient caractérisés, d'après cet auteur, par des contractions cloniques involontaires, brusques et intermittentes, limitées aux muscles transverses du menton et de la houppe du menton. On peut comparer ces mouvements à ceux de la mimique d'un individu pris de frayeur ou saisi par le froid. La volonté ne pouvait pas les faire disparaître toujours; cependant Massaro a remarqué qu'ils s'accroissaient à la suite des émotions, et qu'on en pouvait atténuer un peu la violence en distrayant le sujet. Dans le sommeil, ces mouvements n'existaient plus.

Les vingt-six cas signalés par Massaro ont ceci de particulier qu'ils appartiennent à une même famille et se sont perpétués pendant cinq générations sous la même forme.

1. MASSARO, Vingt-six cas de génio-spasme en cinq générations, *Il Pisani*, fasc. 1, 1894.



### Tics de la Langue. Tics de Léchage.

Existe-t-il des tics de la langue? — Assurément, mais ils sont rarement isolés.

Il importe d'ailleurs d'en différencier les contractions toniques ou cloniques des muscles de la langue qui peuvent s'observer dans l'hystérie, l'épilepsie, la chorée de Sydenham, ainsi que toutes les variétés de tremblements de la langue accompagnant les affections organiques d'origine cérébrale ou bulbo-protubérantielle. Il en est de même de tous les *glosso-spasmes*, associés ou non à d'autres secousses de la musculature de la face.

Les fonctions de la langue, comme celles des lèvres, sont extrêmement variées; ses mouvements se manifestent dans la succion, la mastication, la déglutition, dans la respiration, la phonation, et surtout dans l'articulation des sons. La langue joue même un rôle dans certaine mimique : « tirer la langue » à quelqu'un, c'est une façon d'exprimer le mépris injurieux.

Aussi la langue prend-elle part à nombre de tics.

On peut voir des *tics de léchage* : la langue est passée rapidement sur le bord libre des lèvres, qu'elle humecte avec excès; d'où des gerçures, des desquamations qui incitent à un nouveau léchage.

On a décrit le *tic de chiqueur*, dans lequel la langue est promenée entre les arcades dentaires et la face interne des joues, en haut, en bas, à droite, à gauche, de telle façon que le sujet a vraiment l'air de « chiquer ».

Quelques-uns font claquer leur langue contre le palais ou contre la lèvre supérieure, produisant des bruits variés : *claquements, sifflements, croassements*, etc.



Tel individu a pris la mauvaise habitude de faire sans cesse une petite inspiration sifflante, en donnant passage à la colonne d'air au niveau d'une commissure labiale qui s'entr'ouvre, pendant que le reste de l'orifice buccal est fermé. Ce geste, fréquent chez des personnes atteintes de carie dentaire, qu'elles récurent souvent de la sorte, devient rapidement un tic véritable. (LETULLE.)

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer la forme tonique des tics de la langue; mais il est bien vraisemblable qu'elle existe également.

On a décrit des mouvements convulsifs de la langue, consécutifs à des affections buccales ou dentaires, ou à des lésions des nerfs lingual et même occipital. Dans la plupart de ces cas, il s'agit vraisemblablement de spasmes proprement dits; on y voit signalés souvent des troubles de la sensibilité et des troubles trophiques.

On connaît également les contractions toniques de la langue, généralement accompagnées de semblables contractions des muscles des lèvres, de la mâchoire, chez les aliénés (hypochondrie, psychoses puerpérales). Ici, le phénomène se rapproche beaucoup plus du tic tonique, si même il ne se confond pas avec ce dernier.

Lange a rapporté une observation de « contraction tonique » de la langue qui s'atténuait, quand le malade parlait ou mangeait, toutes les fois que la langue venait à toucher l'arcade dentaire. C'était vraisemblablement une espèce de tic tonique de la langue. Ce dernier peut être combiné au trismus mental.

Strümpell a signalé d'ailleurs un cas de « crampe professionnelle » de la langue, chez un joueur d'instrument à vent.

Mais, d'une façon générale, lorsque les muscles de la langue prennent part aux réactions des tics, il s'agit sur-



tout de tics du langage, et en particulier des différentes variétés du bégaiement. Nous en parlons plus loin.

**Tics des Mâchoires. Tics de Morsure.**

**Tics de Mastication.**

Lorsque le tic siège sur les muscles masticateurs, on voit se produire toutes les variétés possibles de *mordillage* et de *mâchonnement*.

On reconnaîtra encore dans ces phénomènes des perturbations fonctionnelles : la fonction de mastication se manifeste ici de façon dérégulée et inopportune.

Des tics de ce genre il faut soigneusement distraire les cas où les mouvements convulsifs des muscles masticateurs sont en relation avec une affection cérébro-spinale.

A. von Sarbo a rapporté l'histoire d'une femme de trente-quatre ans, chez laquelle, à la suite de chagrins et d'un traumatisme de la tête, on observa un tremblement clonique de la mâchoire (survenu après un tremblement général du corps); aucun stigmate d'hystérie, mais une forte dépression psychique. Des cas analogues ont été signalés par Strümpell et par Ranschburg. Aucun traitement ne réussit à guérir ce symptôme que A. v. Sarbo<sup>1</sup> attribue à une « diathèse de spasme », par analogie avec la « diathèse de contracture ». Mais, dans ce cas, l'étiologie, l'évolution des accidents, et ce fait que les réflexes rotuliens étaient très exagérés, permettent d'éliminer l'hypothèse d'un tic.

Dans les tics de la mastication, les masséters sont surtout atteints. Cependant les autres muscles moteurs de la mandibule peuvent participer aux mouvements

1. A. v. SARBO, Ein Fall von clonischen Masseteren Krampf., *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, juin 1900, p. 493.



intempestifs. Leube a observé des contractions des pterygoïdiens d'un seul côté chez une jeune fille; elle était, il est vrai, hystérique et choréique.

Nous connaissons un homme qui, avant de prendre la parole, fait toujours quatre ou cinq mouvements rapides d'élévation et d'abaissement de la mâchoire inférieure, en même temps qu'il cligne des deux yeux; parfois, ce geste est remplacé par un mouvement de diduction répété plusieurs fois, et s'accompagne d'une ou plusieurs expirations nasales. Il s'agit nettement d'un tic.

Des claquements, des grincements de dents sont souvent la conséquence de ces tics.

Il peut en résulter des accidents dentaires : les ébranlements, les fêlures, les cassures des dents dont nous avons vu chez M. O... les fâcheuses conséquences.

Les lésions de la muqueuse buccale sont plus fréquentes encore. L'épisode suivant de l'histoire du jeune J... est à cet égard bien significatif :

Un jour, vers le mois de juin 1900, J... ressentit une gêne dans les articulations de la mâchoire inférieure; il avait en effet un peu de périostite alvéolo-dentaire au voisinage d'une dent mal obturée, la « dent longue » et une certaine raideur. — « Quel est ce nouveau symptôme? N'est-ce pas l'indice que sa maladie fait des progrès? La tête se prend, c'est grave. » Ainsi raisonne-t-il. Et aussitôt, anxieux de constater les progrès de cette douleur minime, il se met à faire jouer sa mâchoire inférieure. La raideur persiste.

Il se livre alors à une véritable débauche de mouvements de mastication, répétant avec plaisir toutes les grimaces possibles, s'efforçant de provoquer des craquements articulaires par les mouvements de diduction et de propulsion. Ce *tic de mastication* l'emporte rapidement sur tous les autres et devient sa principale occupation.

A ce jeu-là, il ne tarde guère à mordre la face interne de



ses joues entre les dernières molaires du côté droit. Voilà un nouveau sujet de mastication ; il recherche la morsure, la répète à satiété, si bien qu'il finit par provoquer une petite plaie de la muqueuse. Peu de temps après, même opération du côté gauche. Les mouvements de la mâchoire inférieure se succèdent sans trêve, avivant chaque fois les excoriations produites par les dents.

Bientôt, ce sont deux ulcérations véritables qui se creusent, s'enflamment, deviennent grisâtres, s'accompagnent de vives douleurs et d'une fièvre assez forte avec agitation et insomnie qui durent une huitaine de jours ; bref une véritable stomatite infectieuse qui ne guérit qu'après application du thermocautère sur les plaques ulcérées. On peut en voir encore les cicatrices.

L'évolution de ce dernier accident a été soigneusement contrôlée par les interrogatoires des parents. Le jeune homme ne fait d'ailleurs aucune difficulté pour reconnaître qu'il a été le propre auteur de son tic. « J'ai cherché, dit-il, à remuer ma mâchoire pour dissiper la gêne de l'articulation ; ce faisant, je me suis mordu ; cela m'a bien fait un peu mal ; mais j'ai continué tout de même. J'en ai pris l'habitude et bientôt je ne pouvais plus m'en empêcher... »

Dans les exemples de ce genre, le besoin intempestif de répéter les mouvements de la mastication s'accompagne presque toujours du besoin d'éprouver une sensation au niveau de la partie mordue : tel est le cas des jeunes *cheilophages*, qui dévorent leurs lèvres sans arrêt.

La cause provocatrice est presque toujours une érosion, une *gerçure des lèvres*. La moindre pellicule prête à se détacher produit un agacement désagréable et l'on cherche à s'en débarrasser en la mordillant. Ce geste répété a généralement pour effet d'augmenter l'érosion et de détacher de nouvelles parcelles de la muqueuse. Le *mordillage* recommence ; une autre pellicule est soulevée. C'est un cercle



vicieux. Les jeunes candidats aux tics n'y échappent guère, s'ils ne sont attentivement surveillés.

Nous avons vu un petit tiqueur, F..., dont les lèvres étaient constamment saignantes et déchiquetées, tant il mettait d'ardeur à dévorer la plus minime cuticule. La salive, en humectant constamment le bord libre des lèvres, faisait naître sans cesse de nouvelles gerçures dont les bords bientôt soulevés étaient aussitôt déchirés par les dents. Les topiques les plus désagréables au goût ne réussissent pas toujours à rebuter ces jeunes « cheilophages ».

Plus fréquente encore est l'*onychophagie*, considérée à juste titre comme un stigmate de dégénérescence, et où l'on peut reconnaître le même mécanisme pathogénique que dans tous les tics de morsure.

Voilà pour les tics de la mastication qui revêtent la forme clonique. Mais il existe aussi des formes toniques dont la plus curieuse a reçu le nom de *trismus mental*.

#### Trismus mental.

Ce tic tonique est caractérisé par une attitude de contraction presque permanente des masséters, qui, d'ailleurs, cesse complètement lorsqu'on fait exécuter au sujet certains mouvements, comme tirer la langue, montrer sa gorge, etc. Le trismus mental peut exister pendant la parole. Son intensité comme sa persistance sont en relation étroite avec la nature et le degré du trouble mental qui lui a donné naissance. Chez certains aliénés, le trismus mental devient parfois un obstacle absolu à la nutrition et rend nécessaire l'emploi de la sonde nasale.

Comme le torticolis mental, il peut être complètement corrigé par un procédé auquel le malade attribue une



vertu inhibitrice particulière : un bouchon entre les dents (Raymond et Janet) <sup>1</sup>, un doigt sur les incisives (Chatin) <sup>2</sup>.

Bien entendu, le diagnostic de trismus mental ne pourra être porté qu'après qu'on aura éliminé toutes les affections pouvant provoquer des contractions toniques des masséters, telles que le tétanos, plus rarement la tétanie, les méningites, la paralysie bulbaire aiguë, les lésions du mésencéphale et peut-être aussi quelques lésions des centres corticaux. (Lépine.)

On sera moins affirmatif dans les cas où des convulsions cloniques ou toniques des mâchoires surviennent à la suite d'une peur violente, comme dans un exemple de Billot et Francotte, où le trismus a duré 9 mois.

Le trismus s'observe en effet dans l'hystérie. On peut sans doute le considérer comme une des multiples manifestations hystériques. Mais l'hystérie n'en est pas toujours la cause. Kocher a proposé de rattacher alors l'affection à une « névrose spastique idiopathique ». Nous croyons qu'on peut l'assimiler aux tics de la forme tonique.

Une foule de causes peuvent provoquer le trismus par voie réflexe : abcès, carie ou périostite alvéolo-dentaires, éruption de la dent de sagesse, lésions du maxillaire ou des parties molles du voisinage, et plus rarement les myosites ou les blessures des muscles masticateurs. Tant qu'une cause de ce genre persiste, surtout si l'affection est douloureuse, le trismus est un spasme, non un tic.

Mais la cause disparue, si le trismus persiste et si l'état mental du sujet présente ces imperfections dont sont coutumiers les tiqueurs, au *trismus-spasme* on peut dire qu'a succédé un *trismus-tic*.

Voici un exemple de trismus mental chez un sujet atteint

1. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II.

2. CHATIN, *Revue neurologique*, 1900, p. 310.



également de torticolis mental, M. S..., dont nous avons déjà décrit les imperfections psychiques. On verra que, dans ce cas, le trismus provoqué non par une cause irritative, mais par la répétition d'un acte volontaire, d'ailleurs inopportun, mérite bien d'être assimilé aux tics.

M. S... parle les dents serrées. Ses masséters sont presque toujours contractés. Cependant, si on lui dit de tirer la langue, d'ouvrir la bouche, ou lorsqu'il mange, ou même lorsqu'il s'anime dans la conversation, tous les mouvements de la mâchoire inférieure se font avec la plus grande aisance. C'est donc bien un tic, un tic tonique des masséters. D'après M. S..., l'origine de ce tic serait la suivante. Pour essayer de corriger son torticolis, il a fait de violents efforts, et comme il arrive fréquemment lorsqu'on veut faire un exercice physique pénible, il a serré les dents de toutes ses forces. A force de répéter ce mouvement, il en a pris l'habitude, et la contraction des masséters persiste à l'état de tic, même en dehors de tout effort pour tourner la tête à droite.

Ce tic a eu pour conséquence la formation d'un petit bourrelet muqueux sur la face interne des joues, qui correspond aux interstices dentaires. M. S... en est souvent gêné, mais contrairement au jeune J..., jamais il ne s'est laissé aller à le mordre : il a trop peur qu'il n'en résulte quelque grave accident.

Dans un cas que l'un de nous a eu l'occasion d'observer récemment, — une jeune femme dont le déséquilibre psychique était extrême, harcelée par des idées fixes et des obsessions, tiqueuse de la face et du cou, bien que d'une intelligence tout à fait supérieure, — le trismus était surtout apparent lorsque la malade parlait ou mangeait; c'est à peine si elle desserrait les dents et celles-ci, à la longue, s'étaient déplacées, érodées, brisées même. Quelque effort qu'on fasse, on ne pouvait arriver à lui entr'ouvrir la bouche. Par contre, cette femme chantait



à merveille, la bouche largement ouverte, elle bâillait, elle tirait la langue, montrait son pharynx de la façon la plus aisée et la plus normale.

L'origine *mentale* de ce trismus réservé à certains actes fonctionnels, et à ceux-là seulement, n'est pas douteuse. Et ici encore il s'agit bien d'une anomalie fonctionnelle par excès.

**Tics du Cou. Tic de hochement, tics d'affirmation, de négation, de salutation.**

Après la face, le cou est peut-être la région du corps la plus souvent atteinte par les tics.

Les convulsions des muscles du cou ont pour effet de déplacer toute l'extrémité céphalique, donnant lieu à des secousses de la tête, à des rotations, des inflexions, des inclinaisons de toutes sortes : *tics cloniques d'affirmation, de négation, de salutation, de hochement*, auxquels il faut ajouter un groupe important de *tics toniques* se traduisant par une grande variété de *torticolis*.

Nous aurons l'occasion de revenir en détail sur les tics du cou qui entraînent des attitudes de torticolis plus ou moins permanentes, en décrivant le type clinique auquel M. Brissaud a donné le nom de *torticolis mental*. Ce dernier, par ses caractères et son évolution, comme aussi en raison des importantes discussions dont il a été l'objet, mérite en effet d'être étudié dans un chapitre spécial.

Pour le moment, nous n'avons en vue que les tics du cou qui se manifestent par des convulsions cloniques, ayant pour effet de produire des déplacements brefs et saccadés de la tête.

Ces tics se traduisent par de brusques secousses de haut en bas ou latérales, avec toutes les variétés inter-



médiaires qui peuvent résulter de la combinaison des différents mouvements que la tête peut exécuter (élévation et abaissement, inclinaison à droite ou à gauche, rotation).

La forme la plus fréquente est le tic de *hochement*, un mouvement bref et saccadé qui se répète à intervalles irréguliers, déplaçant brusquement la tête qui revient aussitôt après à sa position première.

Les hochements décrits sous le nom de *spasmus nutans* chez les jeunes enfants, de même que les « mouvements de magot », et « le tic de Salaam », sont des affections convulsives encore mal connues et dont nombre d'exemples ne paraissent pas pouvoir être rattachés aux tics. Les convulsions des muscles du cou y sont parfois associées au nystagmus, au strabisme, etc., et il est vraisemblable qu'il s'agit souvent de manifestations survenant sous l'influence d'une lésion encéphalique. Oppenheim a vu deux cas où le *spasmus nutans* ne persistait que pendant la nuit et pendant le sommeil. Dans ce groupe de faits encore fort obscurs, il est possible qu'on ait incorporé des accidents analogues, sinon identiques, aux tics, et aussi des troubles relevant de l'hystérie.

Tous les muscles du cou peuvent être séparément le siège des contractions cloniques d'un tic.

Les sterno-mastoïdiens étant les plus superficiels et les plus visibles, semblent le plus souvent atteints; de même le trapèze. Mais les muscles profonds, comme les splénus, les complexus, les scalènes et tous les petits muscles de la nuque, peuvent coopérer aux tics.

Rien n'est plus difficile que de déterminer la part que prend chacun d'eux aux secousses de la tête.

Parmi les mouvements qui peuvent animer la tête tout entière, dit M. G. GUINON, celui que produit la contraction



isolée d'un sterno-mastoïdien est un des plus habituels. On voit la tête se tourner brusquement d'un côté en s'inclinant en bas, et cela une seule fois ou plusieurs fois de suite très rapidement. Ce mouvement peut s'exécuter seul, mais généralement il est accompagné de quelques-unes des grimaces de la face... Souvent aussi il se produit à ce moment une contraction du peaucier et l'on voit les téguments du cou se tendre depuis le menton jusqu'au creux sus-claviculaire, en laissant voir sous la peau des stries longitudinales dessinées par les fibres du muscle. Lorsque les deux sterno-mastoïdiens se contractent simultanément, on observe un mouvement de flexion de la tête en avant. Ce mouvement est quelquefois complet, c'est-à-dire que le menton vient presque toucher le sternum, mais le plus souvent il n'est qu'ébauché; le malade exécute plusieurs fois de suite une petite inclinaison de la tête en avant absolument analogue à un geste d'approbation, comme s'il voulait dire : oui, oui, oui ! Enfin il faut également signaler les mouvements d'extension en arrière et ceux d'inclinaison latérale de la tête, quoi qu'ils soient moins habituels que les précédents.

Les causes de ces tics de hochement sont fort variables.

Le geste initial, d'après plusieurs observations, serait provoqué par une coiffure peu stable. Un chapeau trop étroit ou mal assujetti tend à se déplacer à la moindre occasion; au lieu de le redresser avec la main, une légère secousse de la tête suffit pour le ramener en bonne place. Il n'en faut pas davantage pour faire naître un tic de hochement. Nous avons retrouvé ce mode de début aussi bien chez les jeunes gens que chez les jeunes filles. Il va sans dire qu'une fois le tic établi, il se répète, quelle que soit la coiffure, et même si le sujet reste nu-tête. On le corrige sans peine, s'il est récent, en supprimant tout chapeau instable; il est aussi de ceux que les exercices d'immobilisation atténuent le plus rapidement.

Un *tic de l'épaule* s'ajoute souvent au *tic de hochement*.



En même temps qu'il incline la tête d'un côté, le tiqueur soulève l'épaule correspondante.

Ici encore, un détail de costume peut donner naissance au geste initial. Dans ces cas, c'est le col du vêtement qu'on doit incriminer. Soit pour éviter la gêne que cause un col de chemise trop élevé et trop étroit, soit au contraire pour rechercher un frottement du cou qui semble agréable, l'habitude de pencher la tête sur l'épaule et d'élever cette épaule en même temps se prend avec la plus grande facilité. Ce geste se reproduit bientôt automatiquement et devient ainsi un tic qui persiste, même si le col est supprimé. Cette suppression est cependant la première indication thérapeutique et l'usage de cols amples et souples doit être imposé dès l'abord à cette catégorie de tiqueurs.

« Quelle que soit l'idée que l'on se fasse du mécanisme des tics, a dit M. Pierre Marie <sup>1</sup>, l'influence des excitations périphériques est considérable; pour ma part, quand je suis consulté pour un jeune tiqueur, je recommande toujours aux parents de « l'habiller mou », c'est-à-dire de supprimer les coiffures rigides et les cols empesés; il faut aussi apporter une grande attention au mode d'attache des vêtements : pantalon, jupons et bas. »

Chez une jeune fille, A..., atteinte d'un tic de hochement avec rotation de la tête et du cou, l'examen de la région cervicale nous a fait découvrir l'existence de cicatrices soigneusement dissimulées d'ailleurs par les vêtements, et siégeant le long de la chaîne ganglionnaire cervicale.

Dans son enfance, la malade avait eu une grosse adénite strumeuse qu'un praticien d'outre-mer avait dilacérée avec assez peu de ménagements. Quelques filets nerveux du trapèze et du sterno-mastoïdien s'étaient sans doute trouvés

1. PIERRE MARIE, *Société de Neurologie de Paris*, 18 avril 1901; *Revue neurol.*, 1901, p. 426.



sous le bistouri et avaient dû être sectionnés, car les muscles du côté gauche présentaient un certain degré d'atrophie. En outre, pendant longtemps, les cicatrices étaient restées adhérentes aux parties profondes : d'où une gêne véritable dans les mouvements de rotation de la tête et du cou.

Le tiraillement causé par les cicatrices et peut-être aussi une légère irritation des filets nerveux intéressés, telles avaient été les causes des mouvements de la tête.

Il y eut donc très probablement au début une réaction *spasmodique*, involontaire. Puis, lorsque les lésions locales eurent été réparées, lorsque toute cause d'irritation eut disparu, le geste persista, habituel, automatique. Dès lors, ce fut un tic. La volonté pouvait le maîtriser; il cessait pendant le sommeil; pendant des heures, des jours même, après un certain temps de surveillance thérapeutique.

L'un de nous<sup>1</sup> a rapporté un cas de tic de hochement chez une jeune fille qui présentait de brèves secousses de la tête, « comme pour chasser une mouche », accident qui, après un mois de traitement, fut considérablement atténué. La sœur de cette malade, âgée de treize ans, tiqueuse depuis l'âge de cinq ou six ans, faisait des grimaces diverses, qui, par un effort d'attention, une brusque réprimande, cessaient comme par enchantement.

Les muscles du cou coopèrent dans une certaine mesure à la *mimique*. Certains tics de hochement vertical ou latéral peuvent être considérés comme des anomalies par excès de la fonction mimique destinée à traduire l'*affirmation* ou la *négation*.

La petite G... avait pris l'habitude d'accompagner tous ses « oui » d'un hochement de tête. Rien de plus logique. Mais bientôt ce mouvement lui devint tellement habituel qu'elle le répétait, et même plusieurs fois de

1. BRISSAUT et FEINDEL, Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires. *Journal de neurologie*, 15 avril 1898.



suite, quoi qu'elle eut à dire. Bien plus, il lui arrivait souvent de faire ce geste d'affirmation en disant « non ». Geste excessif et intempestif, inadapté à son but fonctionnel; c'était vraiment un *tic d'affirmation*.

Nombre de gens exécutent, au cours de la conversation des mouvements successifs d'élévation et d'abaissement de la tête qui constituent des gestes d'*approbation*.

Il va sans dire que si cette mimique correspond réellement à la pensée du sujet, elle ne saurait être assimilée à un tic. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et le hochement de tête approbatif peut se répéter de façon tout à fait inopportune. On dira alors qu'il s'agit d'une stéréotypie, si le mouvement conserve l'allure du même geste normal. Par contre, il méritera bien le nom de tic s'il s'exécute avec brusquerie, avec excès.

Les mouvements de *salutation* s'observent surtout chez les sujets dont la déchéance psychique est grande, chez les idiots, les imbéciles.

On les retrouve aussi dans les phénomènes paroxysmiques de l'hystérie.

Dans tous ces cas, ils sont généralement *rythmiques*, et ne peuvent être confondus avec les tics ordinaires.

Pour la même raison, les *tremblements* de la tête ne donneront lieu à aucune méprise.

Mais, en dehors des tics de hochement, de salutation, d'approbation, etc., un type clinique présente une individualité très spéciale et doit être étudié à part : c'est le torticolis mental.

### Le Torticolis Mental.

Depuis longtemps on connaît des torticolis permanents ou intermittents, qui ne semblent en rapport avec aucune



lésion des muscles, des os ou des articulations du cou. Les uns ont été rattachés à des affections nerveuses organiques, les autres à des névroses.

Duchenne (de Boulogne), Trousseau, Charcot ont décrit des cas de ce genre. M. Gilles de la Tourette et M. G. Guinon, ont observé quelques exemples analogues, qu'ils décrivent parmi les tics produits par des contractions cloniques ou toniques des muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Tous ces faits portent dans la littérature médicale des noms assez différents : « hyperkénisie de l'accessoire de Willis », « torticolis spasmodique », « spasme fonctionnel des muscles du cou », « tic rotatoire », etc.

Enfin, il y a une dizaine d'années environ <sup>1</sup>, M. Brissaud a donné le nom de *torticolis mental* à une variété de convulsion des muscles du cou, dans laquelle la participation des phénomènes psychiques permet de reconnaître qu'il s'agit bien d'un tic. Depuis lors, nombre d'observations sont venues confirmer les idées de M. Brissaud sur le torticolis mental.

Le torticolis mental est en effet un tic, un tic que le malade sait corriger généralement par un procédé de son choix. Il a sa raison d'être dans l'imperfection mentale de celui qui en est atteint.

Expliquons-nous bien : qui dit imperfection mentale ne veut pas dire « aliénation mentale ». Les malades décrits par M. Brissaud, ne sont pas nécessairement des aliénés. Mais on retrouve chez eux les mêmes défectuosités mentales signalées chez tous les tiqueurs, depuis la déséquilibration simple jusqu'aux troubles psychiques les plus graves.

1. BRISSAUD, Tics et spasmes chroniques de la face. Leçon faite à la Salpêtrière, le 8 décembre 1893, publiée par H. Meige et H. Vivier, in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 janvier 1894.



Ici, la manifestation motrice du tic se traduit par un geste ou une attitude de *torticolis* qui se prolonge pendant un temps plus ou moins long. La répétition intempestive de ce mouvement de rotation de la tête peut d'ailleurs être considérée comme une perturbation fonctionnelle. L'acte fonctionnel de rotation de la tête s'exécute trop fortement, trop brusquement, se répète ou se prolonge exagérément, et surtout de façon intempestive.

Les muscles qui coopèrent à cet acte étant fort nombreux et la rotation pouvant être modifiée de bien des manières, le torticolis mental affecte un grand nombre de modalités cliniques. Il n'en conserve pas moins, dans chaque cas particulier, tous les caractères d'un tic.

Si les contractions musculaires viennent à cesser momentanément, il ne reste plus rien du torticolis; il s'efface sans laisser de traces de son passage, quitte à se reproduire quelques instants plus tard. De plus, en règle à peu près générale, les malades peuvent corriger immédiatement et complètement leur torticolis par un subterfuge de leur choix. Le sujet le plus affreusement contorsionné, dès qu'il emploie ce procédé correcteur, est capable de se redresser.

Tel est l'effet de ce que nous avons appelé le *geste antagoniste efficace*.

Exemple : Un malade dont la tête se tourne irrésistiblement à droite, la redresse instantanément en apposant son index sur le menton, et la tête demeure en attitude correcte tant que l'index reste appuyé sur le menton, pour tourner de nouveau à droite dès que le doigt est retiré.

Le geste antagoniste efficace, n'appartient pas au seul torticolis mental. On le retrouve dans la plupart des tics, et nous aurons l'occasion de l'étudier plus en détail. Dans



le torticolis mental, sa grande fréquence et la facilité avec laquelle on peut le constater en font un élément de diagnostic très important. L'affection peut être reconnue du premier coup d'œil.

Mais, disons-le tout de suite, si un grand nombre des mouvements convulsifs que l'on observe dans les muscles rotateurs de la tête et du cou semblent appartenir à la variété de tic rotatoire que représente le torticolis mental, d'autres causes assurément sont capables de produire des mouvements convulsifs dans les muscles de cette région. En dehors des lésions musculaires, articulaires ou osseuses qui déterminent des torticolis plus ou moins permanents, des *lésions nerveuses* peuvent engendrer des *torticolis spasmodiques*. Il s'agit alors de véritables *spasmes du cou*, et non plus de tics. De même qu'entre le spasme et le tic de la face, le diagnostic entre le tic et le spasme du cou est souvent malaisé. Nous aurons à y revenir. Pour le présent, nous ne parlerons que du *torticolis-tic*, *torticolis mental* de M. Brissaud.

Le torticolis mental s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Nous n'en connaissons pas d'exemple chez l'enfant. Notre plus jeune malade avait dix-huit ans. Un cas de MM. Raymond et P. Janet aurait débuté vers quatorze ans.

Le plus souvent, le torticolis mental n'est pas accompagné d'autres tics. Cependant, on a pu voir le torticolis mental clôturer une série ininterrompue de tics dont les premiers remontaient à l'enfance.

L'hérédité névropathique et psychopathique est constante; l'hérédité similaire est exceptionnelle.

On a signalé, comme facteurs prédisposants, l'alcoolisme du père (Guibert), l'arthritisme dans la famille (Bom-



paire), le tremblement héréditaire (Feindel), le bégaiement héréditaire (Noguès et Sirol), des maladies nerveuses, des troubles mentaux des parents (Feindel et Meige). Une malade d'Oppenheim avait une hérédité particulièrement chargée : ses grands-parents étaient consanguins, le grand-père diabétique, la grand'mère aliénée, la mère nerveuse, et des sœurs épileptiques ou atteintes de troubles psychiques. Cette femme fut atteinte dans son enfance de tics généralisés qui disparurent complètement pendant un an; mais aussitôt après son mariage survint le torticolis. Dans un autre cas du même auteur quatre frères du malade présentaient des troubles mentaux variés.

Dans les antécédents personnels, on voit signalées : une crise hystériforme (Sgobbo), de l'émotivité (de Buck)<sup>1</sup> : la migraine (Brissaud); des névralgies (Bompaire); l'irritabilité du caractère, de petites manies (Brissaud et Meige); les caprices, les préoccupations, des tendances neurasthéniques (Brissaud et Meige)<sup>2</sup>, etc.

L'apparition du torticolis mental est généralement favorisée par des causes morales déprimantes : émotions violentes et prolongées (Bompaire, Sgobbo), regrets, préoccupations (Brissaud et Meige, Grasset).

Elle est aussi parfois attribuée à des causes extérieures : douleurs, fluxion dentaire (Souques<sup>3</sup>), douleur éprouvée dans le cou en chargeant un fardeau (Amussat<sup>4</sup>), refroidissement (Legouest, de Buck, Guibert<sup>5</sup>), douleurs dans la nuque (Feindel).

1. DE BUCK, Spasme fonctionnel du cou, torticolis spasmodique, tic rotatoire, *Belgique médicale*, 1897, n° 51; *Ann. et bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1898.

2. BRISSAUD et MEIGE, Trois nouveaux cas de torticolis mental, *Revue neurologique*, 1894, p. 697.

3. In thèse BOMPAIRE.

4. *Idem*.

5. *Idem*.



M. Lannois au Congrès de Limoges, a signalé l'étiologie suivante :

J'ai soigné une jeune fille atteinte de torticolis mental, contre lequel échouaient tous les moyens employés. Je me suis avisé alors que la cause de son torticolis pouvait être une sorte de papillome qu'elle avait sur le nez et qu'elle ne pouvait s'empêcher de regarder sans cesse. J'en fis faire l'ablation. L'amélioration du torticolis a été telle qu'elle équivaut à une guérison.

M. Briand a observé un cas de torticolis mental survenu consécutivement à un anthrax de la nuque.

On a invoqué également comme causes du torticolis les intoxications et les infections (alcoolisme, saturnisme, hydrargyrisme, etc.; paludisme, typhus, pneumonie). Oppenheim a vu reparaitre, à la suite d'une influenza, un torticolis guéri depuis plusieurs mois. On a incriminé le surmenage, les traumatismes. Walton accuse les professions qui font agir spécialement les muscles rotateurs du cou.

Dans quelques cas, il semble en effet que le métier exercé par le malade ait une influence sur la localisation du trouble musculaire. Les muscles dont la contraction réalise le torticolis, sont en partie ceux qui étaient les plus actifs dans l'exercice de la profession et qui, de ce fait, avaient pu acquérir une sorte d'hyperkinésie fonctionnelle.

Graff<sup>1</sup> a décrit un cas de mouvements convulsifs des muscles du cou, survenu chez un homme après qu'il eut porté un sac très pesant qui, en appuyant sur sa nuque, l'avait obligé à maintenir sa tête à gauche. Le malade ne

1. GRAFF, Ein Fall von spastischen Krämpfen in der Halsmuskulatur. *Deutsche med. Woch.*, n° 12, 1900.



pouvait plus tourner la tête à droite. Le sterno-cléido-mastoïdien droit, le splénus gauche, les muscles profonds du même côté du cou étaient atteints, ensemble ou séparément, de contractions ordinairement cloniques, plus rarement toniques. L'auteur pense qu'il s'agit de cette affection du nerf accessoire de Willis contre laquelle Keen a fait en Amérique la résection de ce nerf et de plusieurs paires cervicales.

L'état des muscles, l'atrophie ou l'hypertrophie des sterno-cléido-mastoïdiens en particulier, joueraient, pour certains auteurs, un rôle important dans la pathogénie des accidents. Ainsi l'atrophie d'un des muscles sterno-mastoïdiens serait, dans quelques cas, selon M. Féré, la cause de la contraction anormale du muscle du côté opposé. Nous avons déjà parlé de ces modifications musculaires qui sont généralement, non pas la cause, mais la conséquence d'un mouvement réitéré avec excès ou d'une attitude conservée pendant une longue durée.

Legenmann a rapporté le cas d'une convulsion tonique et clonique du sterno-cléido-mastoïdien droit, chez un individu qui présentait une tumeur cartilagineuse du sterno-cléido-mastoïdien gauche.

Les affections oculaires, les troubles de la vision et de l'accommodation semblent souvent jouer un rôle dans la genèse du torticolis. Dans un assez grand nombre d'observations, les malades rattachent le début de leur affection à un excès de travail fait dans des conditions d'éclairage défectueuses. Le strabisme (Walton), les paralysies des muscles du globe oculaire peuvent entraîner une déviation latérale de la tête et des torticolis durables (Nieden). On a décrit aussi un torticolis *ab aure læsa*.

Toutes ces causes peuvent avoir une influence provocatrice sur le geste et sur l'attitude adoptés par le sujet.



Mais le torticolis qui en résulte n'est pas nécessairement un torticolis *mental*. On en peut dire autant de celui qui, selon Romberg, pourrait être provoqué par une compression du paquet cellulo-nerveux supra-claviculaire. Ce dernier est certainement un spasme.

Pour se prononcer en faveur du torticolis mental, il faut d'abord constater l'existence des anomalies psychiques communes à tous les tiqueurs. On s'efforcera ensuite de reconstituer la genèse de l'affection.

Assurément, comme pour les autres tics, l'enquête peut rester infructueuse. Mais, en la prolongeant suffisamment, on ne tarde guère à retrouver les bizarreries, la déséquilibration, indices d'un certain état d'infantilisme mental. On reconnaît encore ici ces grands enfants, et même ces vieux enfants, entêtés, capricieux, grognons, maussades et pleurnicheurs.

Ils sont souvent nonchalants et profondément découragés par leur impuissance devant ce tic qui, plus qu'aucun autre, en fait de véritables infirmes. Ils ne peuvent réussir à s'accommoder d'une affection survenue sur le tard, et qui leur fait sentir cruellement l'imperfection de leur volonté. M. Déjerine voit en eux des neurasthéniques. Ils sont en effet, comme ces derniers, profondément abouliques; mais, tandis que chez le neurasthénique, les idées obsédantes sont fugitives et variables, dans le torticolis mental, l'obsession est commandée par une idée fixe, nosophobique, d'une ténacité extrême.

Bien que leur intelligence demeure parfaite, ces malades sont certainement amoindris à la longue par la perpétuelle obsession de leur maladie. Si quelques-uns continuent à s'occuper, tant bien que mal, de leurs affaires et de leurs travaux, d'autres, et ils sont nombreux, négligent tout



soin, tout intérêt; ce sont bien des véritables infirmes, au physique comme au moral.

La pathogénie du torticolis mental n'est pas toujours aisée à reconstituer.

Bien souvent l'affection semble la conséquence de la répétition excessive d'un mouvement primitivement volontaire, adapté à un but défini.

Les candidats au torticolis mental sont des prédisposés dont la volonté débile est incapable de réagir contre une mauvaise habitude, qui devient vite tyrannique, un vrai tic, qui se déclanche à tout propos et hors de propos.

Voici quelques extraits d'observations qui démontrent clairement que le mouvement convulsif est la conséquence de la répétition à satiété d'un mouvement exécuté probablement de propos délibéré.

I. — Fluxion dentaire de la joue droite qui avait duré quatre à cinq jours. Pendant cette fluxion, pour éviter la douleur, la malade avait pris l'habitude de tourner sa tête à droite et de la maintenir le plus longtemps possible dans cette position. Or, quelques jours après la guérison de sa fluxion dentaire, sa tête se mit à tourner, malgré sa volonté, vers l'épaule droite, d'abord transitoirement pendant la journée, puis d'une manière continuelle (Souques) <sup>1</sup>.

II. — Douleurs du cou et de la nuque qui deviennent un sujet de constante préoccupation. Le malade s'ingéniait à trouver une position qui les diminuât. Il prit ainsi l'habitude de tourner sa tête à droite. C'était pour lui un soulagement passager. A force de répéter ce geste, il finit par le faire sans s'en apercevoir (Brissaud et H. Meige) <sup>2</sup>.

1. IN BOMPAIRE, thèse de Paris, 1894, obs. III.

2. BRISSAUD et MEIGE, *Revue neurol.*, 15 décembre 1894.



III. — Craquements dans la nuque. La malade passait des soirées entières, inerte, les bras croisés, sans lire, sans travailler, penchant sa tête en avant ou en arrière, à la recherche de son craquement; ces mouvements devinrent peu à peu automatiques. Ce fut un tic (Brissaud et H. Meige).

IV. — Enfant mécontente de la place qu'elle avait à l'école. Elle prétendait être près d'une fenêtre à sa gauche et sentir sur le cou un courant d'air. Ce fut d'abord un mouvement de l'épaule qui se soulevait comme pour relever les vêtements et protéger le cou; puis la tête s'abaissa par moments... l'enfant fit force grimaces pour montrer combien elle était gênée, et ses mouvements devinrent involontaires (Raymond et Janet) <sup>1</sup>.

V. — Un malade se contractait la figure pour ne pas parler, pour avoir l'air gai, quand il était triste. Il cachait sa figure en la tenant penchée, avait toujours le dos voûté et les épaules élevées. Au bout de quelques mois seulement, on le plaisanta sur cette attitude permanente et il remarqua qu'il ne pouvait la changer (Raymond et Janet) <sup>2</sup>.

VI. — Une femme passait des journées entières, assise auprès de sa fenêtre, occupée à tricoter ou à coudre. Pour se distraire, elle tournait la tête à droite et regardait dans la rue; pensive, elle demeurerait ainsi plus ou moins longtemps. Au bout de quelque temps, la malade s'aperçut que conserver sa tête en position correcte lui devenait pénible; elle se trouvait mieux de la tourner à droite. La malade, préférant cette position de la tête, nota que, à chaque jour qui passait, sa tête tendait davantage à se tourner de côté, si bien que cette attitude devint à peu près constante et que, lorsqu'elle voulait redresser sa tête, elle devait se servir de ses mains (Sgobbo) <sup>3</sup>.

1. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II, p. 378.

2. RAYMOND et JANET, *loc. cit.*, p. 380.

3. SGOBBO, Un caso di torticollo mentale, *Il Manicomio moderno*, 1898, fasc. 3.



VII. — Douleurs de la nuque ayant duré six mois. Le malade en était très ennuyé, il y pensait beaucoup. Il fut encore plus affecté lorsque ces douleurs, il y a un mois, se transformèrent en une sensation de grande faiblesse. A ce moment il prit l'habitude, pour reposer sa tête, de la tourner de temps en temps à gauche. Le malade est très catégorique sur ce point : les mouvements de rotation furent d'abord voulus (Feindel) <sup>1</sup>.

Citons encore une belle observation de M. Séglas :

Une dame de cinquante ans souffrait depuis environ trois ans de troubles neurasthéniques. Les douleurs, d'abord vagues, se localisèrent à la nuque. Plus tard elle remarqua des craquements de la nuque se reproduisant au moindre mouvement.

Le début du torticolis mental remonte à plus de deux ans ; les douleurs étaient devenues une véritable *obsession topoalgique*. La malade avait cru remarquer que l'inclinaison de la tête sur l'épaule les atténuait. Cette attitude de défense à laquelle elle recourait volontairement tout d'abord pour se procurer un soulagement, finit peu à peu par devenir un besoin irrésistible et par passer à l'état d'habitude inconsciente <sup>2</sup>.

On pourrait multiplier ces exemples. Ceux-ci suffisent pour montrer le rôle du geste initial, volontaire et réfléchi au début dans la genèse du torticolis mental. Ce geste est bien un acte fonctionnel, voulu, ayant un but bien défini. Il est coordonné et systématisé à l'égal de tous les tics.

Le *souvenir* d'un geste souvent exécuté, d'un acte professionnel en particulier, semble aussi capable de favoriser la localisation du torticolis. Témoin « le tic du col-

1. FEINDEL, Le torticolis mental et son traitement, *Gazette hebdomadaire*, 20 février 1898.

2. SÉGLAS, Un cas de torticolis mental, *Revue neurologique*, 1901, n° 3, p. 114.



porteur » post-professionnel, de M. Grasset, qui nous montre un patient dont le tic reproduisait le geste de charger un ballot sur son épaule, souvenir de son ancien métier de colporteur.

Un de nos malades, M. N..., a, pendant des années, travaillé de façon presque exclusive, les muscles qui contractent aujourd'hui pour produire un torticolis presque permanent.

En examinant le torse à nu, on s'aperçoit que l'épaule droite est fortement relevée : le trapèze, le sterno-mastoïdien droits sont contractés. Or, M. N... a été pendant dix-huit ans oupeur dans un magasin de blanc. Pendant plusieurs heures par jour, il maniait de très gros ciseaux avec lesquels il couvrait plusieurs doubles d'étoffes, appuyant fortement sa main droite sur la table, le bras droit étendu, l'épaule droite levée, la tête inclinée et tournée à gauche.

Pour donner une description du torticolis mental, nous ne saurions mieux faire que de rappeler les exemples cités par M. Brissaud<sup>1</sup> lorsqu'il attira, pour la première fois, l'attention sur cette variété de tic du cou.

Voici une malade qui montre une contraction énergique des muscles abaisseurs de la tête sur l'épaule. Elle tient sa tête à deux mains pour l'empêcher de s'incliner : notez qu'elle réussit. Si elle lâche prise, sa tête va s'incliner de nouveau. Cette femme est convaincue que pour redresser l'attitude vicieuse, la force qui doit intervenir n'est pas simplement la volonté de faire agir les muscles du cou, mais la force de ses mains. Elle fait à un insu *dédoublement* de sa personne physique : sa volonté, qui se fait encore obéir de ses mains, ne commande plus à ses muscles du cou. Voilà du moins ce que nous figure notre malade, car vous concevez bien qu'en fait, dès l'instant qu'elle est capable de redresser son cou avec les

1. BRISSAUD, *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1893, p. 314.



main, il lui serait beaucoup plus facile de le redresser par une action des muscles cervicaux antagonistes. La contraction dont il s'agit, d'ailleurs, n'est nullement douloureuse. C'est une simple manie, un acte obsédant provoqué par je ne sais quelle minuscule hallucination psycho-motrice.

L'homme que voici ne peut s'empêcher de tourner la tête à gauche si ce n'est en la maintenant, lui aussi, avec sa main : croyez-vous trouver là comme cause l'irritation du spinal qui anime les muscles présidant à ce mouvement ? Assurément non. S'il y avait une compression quelconque de ce nerf, le sujet ne pourrait pas replacer sa tête lui-même. C'est bien sa seule *idée* qui le force à exécuter ce mouvement.

Essayez de vous opposer par la force à ce que quelqu'un tourne la tête ou efforcez-vous de la lui tourner contre son gré, vous verrez que c'est la chose la plus difficile. Essayez encore de tirer sur vos deux mains pour voir laquelle des deux est la plus forte, vous ne parviendrez jamais à le savoir. Jamais vous ne ferez abstraction de votre volonté, et l'une de vos mains ne l'emportera sur l'autre que si toutes deux y consentent, c'est-à-dire si vous le voulez bien : notre main gauche n'ignore jamais ce que fait notre main droite. *Il n'y a pas de volontés partielles, locales* ; il ne peut, dans notre cas, en exister une pour la tête et une pour le bras. Résignons-nous à ne voir encore dans ce tic qu'une mauvaise habitude, contre laquelle la volonté pourrait seule agir efficacement.

Ce troisième malade présente toujours le même spasme du cou. Par moments, sa tête se tourne à droite irrésistiblement... Celui-là n'emploie pas une grande force pour vaincre son spasme : il se contente d'appliquer les deux doigts sur le menton. Cet homme cependant est ainsi depuis cinq ans. Rien n'a pu le guérir de cette névrose, véritable folie, où deux choses se mêlent, où l'on ne sait laquelle l'emporte sur l'autre : une impulsion motrice inconsciente et impérieuse ; une volonté consciente, mais mal renseignée, déraisonnable et impuissante à arrêter le phénomène convulsif par le moyen simple et normal ; obligée, pour triompher, de recourir



à un détour puéril, à une sorte de supercherie maladive. Car, contre un spasme du cou si violent, la seule opposition de deux doigts ne compte pas : si faible pourtant que soit le secours apporté à la résistance, l'imagination du sujet s'en contente.

« Voilà bien, ajoute M. Brissaud, coulés dans le même moule, les *mentaux* dont je vous parlais. Retenez bien leur *besoin irrésistible* d'exécuter ce mouvement convulsif que leur volonté suffirait à empêcher : retenez en même temps combien *leur volonté est débile*. »

Les premières observations de M. Brissaud ont suscité en assez peu de temps la publication de divers travaux : d'abord la thèse de son élève M. Bompaire<sup>1</sup>, puis quelques articles auxquels nous avons collaboré.

D'autres observations encore ont été publiées (Lentz<sup>2</sup>, Sgobbo, Noguès et Sirol, Raymond et Janet, Séglas, Et. Martin, etc.); un important mémoire de M. Grasset<sup>3</sup> présente un intérêt tout spécial, tant par l'observation qu'il contient, que par les interprétations personnelles de son auteur.

Le rôle capital joué par les phénomènes psychiques dans cette affection est confirmé par la plupart des auteurs. On a vu des cas graves qualifiés de « spasmes de l'accessoire guérir à la façon des tics sous l'influence des agents thérapeutiques les plus divers ». Dans nombre de cas, selon Oppenheim, « l'affection ne dépend pas d'une altération du système nerveux central ou périphérique; elle tient à un état irritatif des centres nerveux. Il est vraisemblable que les centres kinesthésiques des mus-

1. BOMPAIRE, *Du torticolis mental*, thèse de Paris, 1894.

2. LENTZ, Présentation d'un malade affecté d'une rotation permanente de la tête à droite, *Journal de Neurologie*, 1897, p. 502.

3. GRASSET, Tic du colporteur, spasme polygonal post-professionnel, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 4.



cles du cou dans l'écorce sont le point de départ de ces mouvements, et que la faiblesse congénitale et héréditaire de ces centres décide de la manière d'être de l'accident convulsif ».

Ces faits et ces interprétations tendent bien à confirmer que le torticolis mental n'est qu'une variété de tic.

Les malades atteints de torticolis mental ont deux convictions bien arrêtées : d'abord, rien ni personne ne peut s'opposer à ce que leur torticolis se produise; ensuite, leur procédé de correction, *leur geste antagoniste efficace*, est seul capable de redresser leur tête déviée. Si l'on cherche à corriger leur attitude vicieuse, ils éprouvent aussitôt une vive *angoisse* et ils luttent de toutes leurs forces pour s'opposer aux efforts de redressement. Ils préfèrent déployer une résistance considérable, quelquefois même douloureuse, que de renoncer à satisfaire leur besoin de tiquer.

Quelques-uns peuvent encore se contenir pendant un certain temps; mais comme ils savent se dédommager, l'instant d'après, par des contractions désordonnées, du court sacrifice qu'ils viennent de faire pour conserver la rectitude et l'immobilité!....

La contraction musculaire qui produit la déviation de la tête peut être clonique ou tonique. Clonique, elle entraîne brusquement la tête par une secousse ou une série de secousses; la tête reprend ensuite sa position normale, pour repartir l'instant d'après. Tonique, la contraction maintient la tête dans une attitude vicieuse de rotation qui peut se conserver pendant des heures. D'ailleurs, on trouve dans les diverses observations tous



les intermédiaires; bien plus, chez un même sujet, il est de règle que la durée et la forme de la contraction musculaire subissent de nombreuses transformations.

Souvent la contraction tonique est comme l'aboutissant d'un accès de contractions cloniques. La tête ne se dévie pas immédiatement et d'un seul mouvement dans le sens de l'attitude qu'elle conserve à l'ordinaire; elle effectue au préalable une série d'oscillations.

En somme, quoique dans la majorité des cas le torticollis mental puisse être qualifié de tic d'attitude, il importe peu de savoir si le tic consiste dans la *prise de l'attitude* ou dans l'*attitude prise*. L'une et l'autre ne sont que deux phases successives du même acte musculaire anormal.

Le mouvement le plus simple consiste en une simple rotation de la tête, comme pour regarder de côté; celle-ci peut également s'incliner sur une épaule, ou être à la fois tournée et inclinée d'un même côté, ou tournée d'un côté et inclinée sur l'autre.

L'attitude vicieuse de la tête s'accompagne souvent d'une élévation de l'épaule correspondante. L'acte moteur peut être encore plus complexe, les muscles du cou, de l'épaule, du bras entrant en jeu.

Tous les muscles du cou peuvent se contracter dans le torticollis mental. Le malade utilise tantôt les uns, tantôt les autres, car on sait qu'il existe des suppléances nombreuses entre ces muscles, superficiels et profonds.

Cependant, certains muscles sont atteints avec une plus grande fréquence, en particulier le sterno-cléido-mastoïdien. Parfois, il entre seul en jeu<sup>1</sup>; mais son action est plus souvent modifiée par celle du trapèze, du splénus, des

1. MARÉCHAL, Un cas de torticollis spasmodique, *Journal de Neurologie*, 1899, n° 11.



obliques, de l'angulaire, etc., du même côté ou même du côté opposé. Chez beaucoup de malades la tête s'incline d'un côté et se tourne vers l'autre : c'est le fait de l'action du sterno-cléido-mastoïdien. La contraction du splénius incline la tête en arrière et la tourne un peu du côté de la contraction. L'oblique inférieur entraîne la tête en rotation latérale sans inclinaison.

Lorsque le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze du même côté sont contractés, la torsion du cou est extrêmement accusée; on voit alors des plis profonds se former sur la peau de la nuque. Ce sont les attitudes les plus communes <sup>1</sup>.

Quelquefois la tête est inclinée et tournée du même côté. Il en était ainsi chez le malade de M. Grasset, qui a insisté sur la bizarrerie de cette combinaison : convulsion clonique du trapèze et du grand pectoral à gauche, du sterno-mastoïdien et du grand pectoral à droite. De plus, chez ce même malade, le bras gauche était appliqué contre le corps, le bras droit projeté en arrière.

Dans quelques cas, il ne s'agit plus de torticolis à proprement parler, mais d'un *rétrocolis* (contraction des muscles de la nuque), comme dans un cas de M. Brissaud, ou d'un *procolis* (projection de la tête en avant) comme ce paveur de Duchenne (de Boulogne), chez lequel les deux sterno-mastoïdiens se contractaient en même temps. Cette contraction tonique était telle que la tête se fléchissait avec une force extrême; mais il suffisait que la tête fût appuyée pour que la contraction cessât. Jamais celle-ci n'apparaissait quand le patient était couché ou renversé, la tête appuyée sur le dos d'un fauteuil.

1. Voyez à ce sujet le livre de M. Redard, où cet auteur a étudié les variations de la morphologie de la tête, du cou et des épaules pendant la contraction des muscles de la région, suivant leurs divers groupements synergiques. REDARD, *Le torticolis et son traitement*, Paris, 1898.



On peut observer tous les degrés dans l'intensité et la fréquence des mouvements de déviation de la tête, comme dans la durée et la difformité de l'attitude vicieuse, et cela chez un même sujet, suivant les moments.

Lorsque le malade est seul, tranquille, reposé, les contractions musculaires sont beaucoup moins fréquentes et moins fortes; elles peuvent même manquer complètement. S'il est fatigué, troublé, ému, les accidents s'exagèrent.

Ainsi, un cas de tic du membre supérieur droit et du sterno-cléido-mastoïdien du même côté, survenu sans cause connue et durant depuis sept ans chez un ouvrier mineur de vingt-cinq ans, a été décrit par Van Gehuchten<sup>1</sup>. Quand le malade est seul, le tic cesse. Si cet homme se sent observé, le tic reparait aussitôt. Il est très calme, lorsqu'il a absorbé un nombre suffisant de verres de bière.

La distraction est un précieux sédatif du torticollis mental. Un de nos malades passait toute sa journée à tiquer, à tourner la tête de plus en plus fort, comme s'il eut voulu regarder son dos. Le soir, il allait au théâtre; souriant et gai, il demeurait des heures sans ébaucher le moindre mouvement de rotation.

Certains actes d'occupation semblent provoquer le torticollis.

Duchenne (de Boulogne) parle d'un sujet dont la tête entraînait en rotation à droite lorsqu'il lisait et restait ainsi jusqu'à ce qu'il eût rejeté son livre.

Nous avons observé un malade dont la tête tournait dès que ses deux mains étaient occupées simultanément. Si l'une des deux mains restait immobile, la tête conservait sa rectitude.

1. VAN GEHUCHTEN, Un curieux cas de tic, *Journal de Neurologie*, n° 3, 1899



D'une façon générale, on peut dire que toute excitation est capable de produire ou d'exagérer la contraction du muscle. Par contre, dans le sommeil, le torticolis ne se produit pas. Une longue nuit réconfortante fait souvent que le malade demeure au réveil assez longtemps, quelques minutes, d'autres fois plusieurs quarts d'heure, sans que la déviation de la tête ait tendance à se produire.

Les douleurs vives sont rares dans le torticolis mental; mais en général les malades accusent des sensations de gêne, de tension, de courbature dans les muscles du cou.

Voici, à titre d'exemple, l'observation d'une de nos malades :

L..., dix-huit ans. Le *torticolis* est de date récente, il a débuté il y a six semaines environ. Il consiste en une rotation brusque de la tête à droite, avec une très faible inclinaison de la face du côté droit et aussi en avant. Les muscles contracturés pendant cette attitude, sont principalement le sterno-cléido-mastoïdien gauche et le splénius droit, comme on peut s'en rendre compte en étudiant leurs reliefs sous la peau. La malade rentre, comme on dit, sa tête dans ses épaules; l'épaule droite est, de plus, notablement élevée au moment où le mouvement s'exécute vers la droite; elle reste élevée tant que l'attitude de la tête persiste en torticolis.

Le torticolis est produit tout d'un coup, par une secousse modérément brusque, qui porte la figure à peu près directement à droite par rotation de la tête autour de son axe vertical. Des secousses successives peuvent venir l'une après l'autre exagérer la déviation ou la reproduire lorsqu'elle tend à s'atténuer. Mais ces secousses impriment toujours à la tête la même direction, sans qu'on puisse observer des oscillations de la tête en haut et en bas ou dans d'autres sens; on ne voit pas ici ces sortes de tâtonnements spasmodiques que font certains malades avant de se fixer dans l'attitude du torticolis.

Chez L..., cette attitude du torticolis (figure tournée à droite et épaule droite relevée), dure un temps variable; quelque-



fois la tête revient spontanément à sa place, d'où elle peut repartir aussitôt après ; suivant les jours, et même suivant les instants, le torticolis est plus ou moins accentué.

Le torticolis s'accompagne d'une gêne un peu douloureuse.

Plus exactement, L... éprouve dans les muscles qui se contractent une sensation de fatigue, de tiraillement aussi bien dans les corps musculaires qu'au niveau de leurs insertions. Les sensations siègent surtout le long du sterno-mastoïdien gauche, sur la moitié droite de la face postérieure du cou, dans tout le moignon de l'épaule droite ; la portion supérieure des trapèzes droit et gauche n'est pas douloureuse ; la moitié gauche de la face postérieure du cou, le muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, la partie antérieure du cou ne le sont pas non plus.

Mais ici, comme dans tous les torticolis du même genre, les sensations subjectives varient d'un jour à l'autre et même l'un instant à l'autre. Il est aussi difficile de faire préciser à ces malades le siège exact des douleurs dont ils se plaignent que d'obtenir d'un neurasthénique la localisation exacte d'une névralgie. La variabilité des contractions musculaires, causes principales de ces sensations pénibles, explique aisément le manque de précision des réponses.

Les émotions, l'appréhension, la présence de personnes étrangères exagèrent le torticolis. C'est d'ailleurs la règle, comme aussi il est plus facile à la malade de replacer correctement sa tête lorsqu'elle est tranquille et bien reposée. Par contre, la cause la plus légère peut suffire pour rappeler la tête à droite lorsque celle-ci a retrouvé la position normale : un bruit subit, une question posée brusquement, la réponse à cette question, le besoin d'avaler sa salive, l'acte de tirer la langue, etc.

En somme toute surprise, tout mouvement et même la seule pensée d'un mouvement sont capables de provoquer le retour du torticolis.

Dans sa maison, lorsque la malade est tranquille, à demi-couchée dans un fauteuil, le torticolis est peu visible, car elle se trouve alors dans les meilleures conditions de repos.

Dans son lit même, lorsqu'elle ne dort pas, L... est assez calme. Mais dans ses mauvais jours elle se trouve aussi mal



couchée, que debout. Aucune position ne lui convient : ni le décubitus dorsal, ni le décubitus latéral.

La tête peut revenir quelquefois spontanément à une position correcte sous l'influence de la volonté seule, surtout après le repos. La distraction a inmanquablement le même effet; exemple : toutes les fois que L... suit attentivement une conversation avec son père qui toujours l'accompagne, immédiatement sa tête se redresse d'elle-même. Une main étrangère peut aussi obtenir facilement ce redressement.

Par contraste, les jours où L... dit aller plus mal, même en déployant une grande force, on ne peut arriver, ni à empêcher la tête de tourner, ni à la remettre en place. En somme suivant les jours, ou même suivant les moments, le torticolis oppose à la réduction une résistance ou nulle, ou faible, ou forte, ou invincible.

Dans un certain nombre de cas de torticolis mental, les malades semblent avoir perdu en partie la notion de position de leur tête. D'autres manquent de précision et d'assurance dans l'exécution de quelques mouvements des membres.

D'une façon générale, tous les mouvements des bras dirigés vers le bas sont difficiles; ceux qui se font vers le haut sont plus corrects. Les mouvements simultanés et symétriques des deux bras s'opèrent plus aisément que ceux d'un seul.

Le début du torticolis mental est ordinairement insidieux.

Qu'il s'agisse de l'envahissement d'un tic de l'épaule, ou que la déviation de la tête soit le phénomène le premier en date, le torticolis qui en résulte est d'abord peu fréquent et peu accentué. Il ne se produit qu'un petit nombre de fois par jour et chaque fois la contraction ne dure que peu de temps.

Graduellement, la rotation involontaire de la tête



s'effectue plus souvent, l'attitude est maintenue plus longtemps. Mais il faut souvent plusieurs mois pour que le torticolis mental soit complètement constitué.

Quelquefois le début est insidieux à ce point qu'il passe inaperçu du malade lui-même; ce sont des personnes de son entourage qui lui font remarquer son attitude singulière. D'autres fois il remarque qu'il ne peut redresser sa tête sans l'aide de ses mains.

Il n'est pas rare de voir l'affection se localiser au début dans un muscle, l'abandonner ensuite pour s'attaquer à un autre, puis reparaitre dans le premier muscle atteint.

On voit même le torticolis changer de côté : la tête qui tournait d'abord à droite se met ensuite en rotation à gauche.

La forme de la convulsion peut aussi changer, et de clonique devenir tonique, au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

Dans les premiers temps, avons-nous dit, le tic est moins fréquent. Le malade peut même passer des journées entières sans en être incommodé. Il arrive aussi que celui-ci ne se montre que dans certaines conditions bien déterminées. C'est ainsi que nous avons vu plusieurs fois le torticolis mental à son début se produire uniquement à l'occasion des mouvements de l'écriture.

Tel fut le cas de M. S..., de M. P... et celui de M. N...

M. N..., âgé de quarante-huit ans, atteint d'un torticolis à gauche datant de vingt mois. Au dire du malade, l'affection aurait commencé de la façon suivante : Durant ces dernières années, il était employé dans une maison de commerce où il passait la journée entière à écrire, de 7 heures du matin à 8 heures du soir, le corps et la tête toujours tournés à gauche. Au commencement de l'année 1900, il éprouva divers chagrins, et *sa tête commença à tourner vers la gauche d'une façon*



*exagérée pendant qu'il écrivait.* Peu à peu ce geste se reproduisit à l'occasion d'autres mouvements, pour lire, pour manger, boutonner ses chaussures. Bientôt ce mouvement devint incessant, même en dehors de tout autre geste; il persistait pendant la marche, mais cessait complètement dans le décubitus dorsal ou quand la tête était appuyée.

Actuellement, M. N... éprouve une grande difficulté pour écrire, car aussitôt sa tête se tourne violemment vers la droite. Cependant son écriture reste correcte.

Au torticolis s'adjoignent parfois des mouvements de l'épaule, du bras, du tronc; nous avons même vu survenir une fois des mouvements de la jambe. Ce mode d'extension des accidents convulsifs est tout à fait comparable à ce que l'on observe dans certains tics qui débutent souvent par une légère grimace et peu à peu se généralisent à tous les membres.

Lorsque le torticolis mental se prolonge pendant longtemps on voit assez fréquemment survenir dans les membres des mouvements, d'allure choréiforme ou athétosiforme, ou encore une espèce de tremblement irrégulier, arythmique.

MM. Pierre Marie et G. Guillain ont présenté tout récemment à la Société de Neurologie de Paris, un exemple de ce genre <sup>1</sup>.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans dont la tête est animée de secousses qui déterminent sa rotation successivement à droite et à gauche. Maintient-il sa tête entre ses mains, il a quelques secondes de tranquillité, mais les mouvements anormaux reprennent rapidement. Un geste assez habituel du malade consiste à porter la main gauche vers la face dans le but d'obtenir l'immobilité de la tête.

1. PIERRE MARIE et GEORGES GUILLAIN, Torticolis mental avec mouvements des membres supérieurs de nature spasmodique. *Société de Neurologie de Paris*, 17 avril 1902.



Au niveau du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche, on voit aussi des mouvements brusques, saccadés, intermédiaires entre le tremblement et les mouvements choréiformes.

Chez cet homme, les différents réflexes sont normaux, le réflexe cutané plantaire en particulier amène bilatéralement la flexion des orteils. Aucun stigmatisme d'hystérie ne peut être décelé. L'affection actuellement constatable a débuté chez ce malade en l'année 1879. Sans aucun motif à lui connu, sa tête aurait commencé à trembler et à se porter incessamment vers la gauche. A cette époque, on aurait fait la section d'un tendon du sterno-mastoïdien. Cette opération n'empêcha pas la tendance permanente de la tête à se porter vers la gauche. Le phénomène, depuis lors, a persisté, mais depuis deux années les mouvements spasmodiques du cou ont augmenté d'intensité, si bien qu'aujourd'hui le malade est incapable de lire; de plus, dans les deux bras sont apparus aussi, il y a deux ans, les mouvements que l'on constate aujourd'hui.

Il semble bien, étant donné chez ce malade l'attitude générale, étant donné le geste à lui spécial de chercher à maintenir sa tête avec sa main, geste que l'on a souvent signalé dans les cas de torticollis mental, il semble bien qu'il s'agisse ici d'une variété de torticollis spasmodique avec mouvements de même nature et de même origine dans les membres supérieurs.

A propos de cette communication, M. Brissaud fait la remarque suivante :

La répétition indéfiniment prolongée des mêmes actes — et cela appartient à toutes les hyperkinésies fonctionnelles — produit à la longue non seulement une hypertrophie musculaire, mais une suractivité des contractions de tous les muscles en cause, à toute occasion. Il ne s'ensuit pas cependant que cette hypertrophie, cette suractivité dérivent nécessairement d'une lésion matérielle des centres. Je ne peux y voir qu'une exaspération purement fonctionnelle, qui a pour



conséquence forcée une exagération visible de tous les mouvements. La cause de cette exagération n'est pas dans les centres, elle n'est que dans la manifestation extérieure de la suractivité musculaire.

Le geste antagoniste se montre quelquefois dès le début du torticolis. Mais plus fréquemment, il apparaît plus tardivement, plusieurs mois, plusieurs années même après que l'attitude vicieuse est invétérée. Chez M. S..., il ne s'est montré qu'au bout de six années.

Le torticolis mental, une fois constitué, reste extrêmement variable d'un jour à l'autre. Mais d'une année à l'autre il ne se modifie guère. C'est donc une affection remarquablement tenace. Nous avons vu des torticolis de ce genre datant de dix ans, de quinze ans et plus.

On observe cependant des rémissions temporaires d'assez longue durée, et d'autres fois des alternances, soit avec divers tics, soit avec des troubles psychiques.

Témoin ce cas rapporté par M. Briand, au Congrès de Limoges.

Un jeune homme avait été frappé de torticolis mental à la suite d'une chute de bicyclette... En utilisant les moyens habituels, j'obtins sa guérison. Elle était complète au moment où il se présentait à une école du gouvernement. Bientôt, cependant, le torticolis était remplacé par un tic de l'épaule, avec tiraillement de la bouche et clignement d'un œil.

A l'approche des vacances annuelles, le tic disparut et le torticolis revint sous une influence banale.

Les vacances furent utilisées au traitement du torticolis, qui disparaissait encore un peu avant la rentrée à l'école où il fut de nouveau remplacé par le tic de l'épaule.

Il en arriva de même à plusieurs reprises, et chaque fois, l'intervalle de guérison séparant le torticolis du tic augmenta de durée. Le malade finit par guérir complètement, mais il reste toujours l'obsédé et le craintif qu'il était auparavant.



M. Briand a parlé d'un autre malade, présentant un torticolis alternant avec une sorte d'astasia-abasia qui pourrait être qualifiée de *paraplégie mentale* incomplète. Le malade ne voyage jamais sans ses béquilles et une minerve dont il se sert tour à tour, pendant ses crises, pour assurer sa marche ou maintenir sa tête droite.

Ces faits, sans doute, sont exceptionnels. Cependant, le torticolis mental doit être considéré comme un des tics les plus fixes et les plus tenaces.

### Tics du Tronc.

Les muscles thoraciques sont rarement atteints isolément, mais ils coopèrent souvent aux tics du cou et des membres. La plupart de ces muscles ont en effet un point d'attache sur les os des membres. C'est à propos des tics des membres qu'il y aura lieu d'envisager ces différentes localisations.

Exception faite encore pour les muscles respirateurs, il ne reste donc à considérer que les muscles vertébraux et abdominaux. Ceux-ci entrent en jeu dans les *mouvements rythmés de salutation*, de *balancement*, qu'on observe surtout chez les idiots. Ces accidents offrent assurément de grandes analogies avec les tics; toutefois leur allure rythmique est assez particulière pour qu'on doive en faire un groupe spécial.

Quant aux contractions toniques d'où peuvent résulter des *tics d'attitude* du tronc, elles sont également associées le plus souvent aux tics toniques du cou et des membres. Dans certains cas de torticolis mental, elles sont l'origine de déformations parfois considérables.

Les muscles de l'abdomen jouant un rôle important dans la fonction de respiration, entrent en jeu dans les



tics respiratoires. M. P. Janet <sup>1</sup> a publié la curieuse observation suivante :

Une femme de trente-deux ans est atteinte, depuis trois ans, d'un *tic de la respiration* qui consiste à imiter avec ses lèvres le *hennissement du cheval* et d'un tic bien plus étrange qui consiste dans un mouvement particulier de la paroi abdominale. La malade semble « avaler son ventre ». Celui-ci, assez proéminent à l'état normal, devient plat et creux; la peau est tendue et tirée en haut, l'ombilic énormément déplacé arrive près des côtes. C'est au moment où l'ombilic semble devoir disparaître, devoir être avalé, que le ventre ressort lentement de la dépression. Ce manège s'opère 10 ou 12 fois par minute. Si on appuie sur l'épigastre, il cesse; mais aussitôt le hennissement reprend; si on cesse la pression, le hennissement s'arrête et le mouvement du ventre recommence.

### Tics de l'Épaule et du Bras.

Au *membre supérieur*, les tics peuvent se localiser sur les divers muscles de l'épaule, du bras, ou de l'avant-bras.

Les tics de l'épaule sont fréquents. Ils sont souvent provoqués par la gêne que cause une emmanchure trop étroite ou un col mal ajusté. Ils accompagnent en général les tics du cou, en particulier le torticolis mental.

Nous rappellerons le tic des épaules de M. O..., provoqué par un craquement articulaire, et celui du jeune J..., dont voici la genèse et la description :

Le jeune J..., depuis son enfance, avait présenté des « mouvements nerveux » tantôt dans la face, tantôt dans les membres.

A l'âge de treize ans, jouant dans l'appartement, il se

1. PIERRE JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. I, p. 311.



heurta contre une porte ouverte. Le choc eut lieu sur la clavicule gauche, près de l'extrémité externe. Il fut assez douloureux et marqué par une petite contusion rosée. Au bout de trois à quatre jours, la douleur avait complètement disparu, ainsi que la rougeur. L'enfant se servait de son bras comme auparavant, sans gêne ni souffrance. Il tiquait toujours de partout.

Or, deux mois après ce petit accident, qui avait été rapidement oublié, on s'aperçut qu'au niveau de la contusion une légère grosseur apparaissait. Elle était d'ailleurs indolore, à peine gênante. Cependant les parents s'inquiétèrent. On fit des applications d'onguent napolitain, puis des pointes de feu sur la région claviculaire. Ces différentes médications n'amènèrent aucune modification locale.

Mais elles eurent d'autres conséquences.

L'attention de l'enfant se porta davantage sur la tuméfaction qui était l'objet de ces soins. Voyant son entourage alarmé plus que de raison par cette exostose singulière, il commença à s'en préoccuper lui-même.

Déjà, quelque temps après le traumatisme claviculaire, et à l'apparition de la petite tumeur, l'inquiétude de ses parents n'avait pas échappé au jeune J... On lui parlait souvent de son épaule, on l'examinait, on le plaignait.

Et dès cette époque, les tics, tout en continuant à se manifester dans la face et dans le bras droit, avaient paru se localiser de préférence dans l'épaule gauche (côté du traumatisme). L'enfant soulevait ou abaissait fréquemment et brusquement cette épaule, écartant un peu le bras, inclinant la tête du même côté. Il projetait aussi le moignon de l'épaule tantôt en avant, tantôt en arrière, par de brusques secousses.

Cependant il ne souffrait pas : il est très affirmatif à cet égard ; il éprouvait seulement comme une gêne, une raideur dans l'épaule, et surtout, lorsqu'il y pensait, un *besoin* irrésistible de la mouvoir en tous les sens. Ces mouvements cessaient parfois, pour reparaitre ensuite, sans cause précise. S'il y prenait garde, il pouvait se contenir un certain temps ; durant le sommeil, calme absolu.

Les applications d'onguent, les pointes de feu sur la clavi-



cule multiplièrent encore les occasions de rappeler au petit malade le souvenir de son accident et accrurent ses préoccupations. Leur principal résultat fut de l'inciter à mouvoir davantage son épaule gauche, et il est certain que ce tic s'aggrava dès ce moment. Toutefois, — et le fait est confirmé formellement par les parents, — les mouvements de l'épaule gauche existaient *avant ce traitement*, et même *avant le choc claviculaire*. La seule différence, — elle est importante à noter, — c'est qu'avant le traumatisme, le tic de l'épaule n'était pas plus fréquent que n'importe quel autre tic de la face ou des membres (droits ou gauches), tandis qu'après la contusion, et surtout après le traitement de la tumeur claviculaire, *le tic de l'épaule gauche devint prépondérant*, plus fréquent et plus violent, sans que cependant les autres mouvements aient cessé tout à fait dans le reste du corps.

Ces constatations, dûment contrôlées, ont une grande portée diagnostique. Le fait que les mouvements de l'épaule gauche existaient avant le traumatisme, l'exostose et l'opération, permet d'affirmer que ceux-ci n'ont pas eu d'action directe sur la production de ces mouvements.

La clavicule n'a pas été fracturée, puisque après le choc l'enfant a continué à se servir de son bras sans souffrir. Peut-être avait-elle été simplement fêlée, et l'exostose aurait été la conséquence de cette fêlure. Mais les mouvements de l'épaule qui, — il faut le répéter encore, — se produisaient avant la contusion, ne sauraient être mis sur le compte d'une irritation nerveuse quelconque par une production périostique profonde ou par un traumatisme opératoire.

L'opération elle-même et les soins consécutifs ont simplement contribué à augmenter les préoccupations du sujet et à localiser son tic.

Sans doute, la présence de l'exostose claviculaire n'était pas sans causer une certaine gêne dans la région; mais à coup sûr elle ne donna lieu à aucun phénomène irritatif capable de provoquer un spasme proprement dit.

D'ailleurs, la convulsion n'était pas irrésistible; la volonté pouvait arrêter ces contractions intempestives; elles cessaient complètement pendant le sommeil.

Ces « mouvements nerveux » n'étaient qu'un tic avant l'ac-



cident; ils sont demeurés un tic après ce dernier; aujourd'hui encore, ceux qui persistent ne sont pas autre chose qu'un tic.

Et ce tic, d'abord fugitif et en tous points comparable à ceux de la face ou des membres, ne s'est fixé de façon plus durable que le jour où l'attention et les préoccupations du jeune J... se sont fixées elles-mêmes avec plus d'insistance sur son exostose et sur son épaule gauche, devenant chez lui une sorte d'idée fixe qui s'accompagne d'un syndrome obsédant avec une réaction motrice impérieuse.

Le tic de l'épaule s'affirma plus violent que jamais à partir du mois d'octobre 1900.

Dans ce tic, ou plutôt dans ces tics de l'épaule, il est assez difficile de préciser les muscles qui entrent en jeu.

D'une façon générale, les mouvements se passent dans le moignon de l'épaule et peuvent se ramener à quatre principaux : élévation, abaissement, projection en avant, puis en arrière.

L'élévation, accompagnée parfois d'une inclinaison de la tête du même côté, ne diffère pas des formes ordinaires.

L'abaissement est plus particulier : il est dû à une brusque contraction des muscles inférieurs de l'omoplate, auxquels le pectoral s'associe souvent. Le résultat est une projection en bas de la tête humérale, un allongement de la capsule articulaire sur laquelle les faisceaux deltoïdiens apparaissent tendus exagérément.

Le vide se fait dans l'articulation et les parois ligamenteuses et musculaires tendent à se rapprocher entre les extrémités osseuses écartées. Dans les mouvements de projection en avant ou en arrière, il se produit une véritable subluxation de la tête humérale qui vient faire saillie sous les muscles pectoraux ou omoplatiens.

Tous ces mouvements s'accompagnent de bruits articulaires, quelquefois de petits craquements qui n'ont rien de pathologique, mais auxquels le malade attache une importance excessive et qu'il surveille, qu'il recherche même avec attention.

Le bras peut d'ailleurs prendre toutes les positions normales, exécuter tous les mouvements d'élévation, d'abaissement, de rotation. On ne voit aucune déformation des extrémités



osseuses, sauf, peut-être, un léger épaissement du moignon.

La cicatrice consécutive à l'ablation de l'exostose claviculaire est visible, mais non adhérente. A peine sent-on au palper une légère rugosité vers l'extrémité externe de la clavicule gauche.

Les deux épaules sont sensiblement pareilles; cependant, du côté gauche, le bord supérieur du trapèze fait une saillie un peu plus accentuée, le muscle semble plus épais; il en est de même des muscles scapulaires gauches.

Lorsqu'on fait étendre le bras gauche horizontalement, on voit parfois un léger tremblement; mais il ne s'agit pas d'un tremblement pathologique ni de contractions fibrillaires. L'effort inaccoutumé que fait le malade est la seule cause de ce tremblement, comparable à celui que l'on observe chez les sujets qui ont cessé pendant quelque temps d'exécuter les mouvements d'extension du bras (à la suite d'une fracture, d'une immobilisation passagère du membre supérieur).

Enfin, les tics toniques du membre supérieur se traduisent par des attitudes variées suivant la localisation de la contraction tonique. Nous avons vu précédemment que le jeune J... avait présenté également ce genre d'accident.

On le retrouve d'une façon presque constante chez les sujets atteints de torticolis mental.

Chez Mme T..., il entraînait une déformation considérable. Chez M. N..., l'élévation presque permanente de l'épaule droite semble avoir été provoquée par l'acte de couper des étoffes avec un ciseau, acte répété pendant plusieurs années.

#### **Tics des Mains. Tics de grattage.**

Aux *mouvements de grattage*, qui sont infiniment variés, coopèrent suivant les cas différents muscles des membres. La localisation musculaire n'a ici qu'une importance très relative, l'acte fonctionnel seul est à considérer.



Le grattage est un acte qui a pour but de débarrasser l'individu d'une cause d'irritation cutanée. Tant que cette cause persiste (bouton d'acné, piquûre d'insecte, excoriation, écorchure, etc.), le geste du grattage est logique, normal. Mais la démangeaison, le prurit, la cuisson venant à disparaître, si le sujet continue à se gratter machinalement, involontairement, avec excès, son acte fonctionnel devient intempestif; il peut même être nocif : c'est bien un tic.

Les tics qui reconnaissent cette origine sont innombrables. Ils ont la plus étroite parenté avec les tics de morsure provoqués, eux aussi, par des causes irritatives. La main et la bouche sont par excellence les organes de la fonction du grattage; les quadrupèdes y ajoutent le pied.

M. S... passe à chaque instant sa main sur son front, M. O... sur ses yeux, Mme T... sur ses lèvres, M. P... sur ses moustaches, le jeune J... sur ses favoris naissants, etc., etc. Ce sont des tics de grattage encore à l'état embryonnaire, débutant par des gestes stéréotypiques et pouvant conserver indéfiniment cette apparence mais qui peuvent aussi atteindre un degré infiniment plus accentué.

Nous avons vu le jeune M... gratter ses lèvres avec ses ongles jusqu'à les faire saigner.

M. E..., tiqueur de la face, se grattait le front et les tempes au point d'entretenir perpétuellement sur son visage une floraison sanguinolente de petits boutons excoriés. En certaines régions même, la peau présentait un épaissement notable et une coloration brunâtre, résultats de frottements incessamment réitérés, sortes de durillons professionnels des *gratteurs*.

Mme W..., dans sa jeunesse, dès qu'elle était couchée, arrachait avec ses doigts les ongles de ses pieds. Aujourd'hui, très fréquemment, elle glisse entre les ongles de ses



mains et la pulpe des doigts une chaînette d'or qu'elle porte au cou : près de la moitié de l'ongle est ainsi détachée de la peau sous-jacente.

MM. Raymond et Janet<sup>1</sup> ont observé une petite fille de dix ans qui présentait un tic de grattage d'une rare intensité.

La fillette a la figure et les mains couvertes de plaies et de croûtes; sur le corps, elle a des plaies de plusieurs centimètres de diamètre et de très mauvais aspect. C'est l'enfant elle-même qui se fait ces blessures et qui arrive à les faire malgré toutes les précautions prises et toutes les corrections.

A l'âge de cinq ans, elle avait eu successivement la rougeole et la coqueluche, et resta longtemps au lit pendant une convalescence difficile; il lui survint à ce moment quelques petits boutons au front qu'elle commença à gratter, surtout avant de s'endormir ou le matin, au réveil. Plus tard elle continua à gratter sans merci tous les points de son corps qui avaient reçu un léger choc, ou les plus légères modifications de l'épiderme. Ce grattage incessant a fait naître de vastes plaies, qui souvent sont très douloureuses.

Mais l'habitude est prise, le tic de grattage est invétéré.

Très analogue aux tics de grattage est cet autre exemple de MM. Raymond et Janet<sup>2</sup>.

... Au premier abord vous ne vous douteriez pas que M. Ph... ait un tic grave. Cependant vous avez déjà remarqué que ses yeux ont quelque chose de bizarre... Cet aspect des yeux tient à ce que les paupières sont absolument dépourvues de cils... Cette absence de cils n'est pas due à une maladie. Ils repousseraient parfaitement si Ph... le leur permettait.

1. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II, Arrachement des cils, p. 390.

2. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II, Tic de s'arracher la peau, p. 388.



Si vous le suivez, vous remarquerez qu'il a fréquemment, en parlant ou en marchant, un petit mouvement de la main droite qui se lève et tâte avec soin le bord des paupières. Si le doigt rencontre un cil qui se soit un peu développé, immédiatement, d'un mouvement brusque, Ph... l'arrache et il recommence perpétuellement ce manège, si bien que ses paupières n'ont jamais un cil.

### Tics et Écriture.

Existe-t-il des *tics de l'écriture*?

Une habitude graphique, une bizarrerie graphologique, même si elle se reproduit avec excès, avec ténacité, de façon involontaire, ne mérite guère le nom de tic. Les fioritures, les volutes, les enjolivements de toutes sortes que certaines personnes ajoutent aux caractères graphiques ne peuvent vraiment pas être considérés comme l'expression d'un trouble pathologique, pas plus que les gestes surabondants, les mots redondants, ou les mimiques exubérantes dont d'autres se montrent si prodigues. Ce sont des modes d'extériorisation propres à chacun. Sans doute, ils sont excessifs, superflus; ils outrepassent leur but; mais, en somme, ce ne sont guère que des manières d'écrire, de mimer ou de parler.

Et surtout ces particularités ne se manifestent qu'à l'occasion d'un acte fonctionnel déterminé : un paraphe pendant l'écriture, un mot inutile au cours d'un discours, une grimace à l'occasion d'une expression mimique ayant un but précis. Leur exécution n'est pas précédée d'un besoin irrésistible.

Plus voisines des tics sont les *stéréotypies dans le langage écrit*, qu'on observe surtout chez les aliénés.

Ce sont des formules, toujours les mêmes, des lignes en blanc, des tirets toujours au même endroit, des pages



écrites autrement que le reste du manuscrit. M. Ségla en fait une analyse et une interprétation excellente dans ses études sur les troubles du langage chez les aliénés. Un de ses malades écrivait chaque semaine des lettres portant toujours la même adresse compliquée, et invariablement signées :

« De Senez de Mésange. Grand prince Napoléon, grand prince de sang royal et impérial de l'univers entier, grand amiral, grand maréchal de mes armées, polices... grand procureur de la République, royale et impériale, grand président de la République, royale et impériale, grand pape, grand duc, grand roi, grand empereur. — Jupiter, Louis XIV et Louis XV. »

Une autre malade écrit presque entre chaque phrase :

« Dieu et son droit, maudit dans tout ce qu'il y a de plus maudit qui mal y pense. » C'est une sorte de conjuration, de formule cabalistique permettant à cette persécutée de se défendre contre l'attaque de l'esprit du mal<sup>1</sup>.

Mais un tic de l'écriture serait toute autre chose.

Celui qui, hors de tout propos, sans plume ni crayon, se mettrait à exécuter convulsivement avec les doigts les mouvements de l'écriture, qui éprouverait à faire et à répéter ce geste un besoin impérieux, difficile à réprimer, — celui-là aurait vraiment un tic de l'écriture. De celui même qui, sans rime ni raison, se mettrait à écrire fébrilement, sans que les caractères tracés aient aucun rapport avec les idées, on pourrait dire encore à la rigueur qu'il a un tic de l'écriture.

Mais du premier cas nous ne connaissons pas d'exemple bien caractéristique, et le second phénomène est classé avec les différentes espèces d'*écriture automatique* ou

1. J. SÉGLAS, *Les troubles du langage chez les aliénés*, Paris, 1892.



d'*impulsions graphiques*. Son étude nous entraînerait trop loin. Rappelons seulement que, chez M. O..., nous en avons constaté l'ébauche.

Les tiqueurs ont-ils des *troubles de l'écriture*? — Rarement, même s'ils tiquent des membres supérieurs.

Un des caractères du tic, en effet, est de n'apporter que de courtes entraves à l'exécution des actes que le malade veut accomplir. L'écriture n'est donc pas souvent modifiée par un tic du bras, ni par un tic de la main. Lorsque le tiqueur occupé à écrire, éprouve le besoin de tiquer, il lève sa plume, tique à son aise, puis continue le mot ou la lettre au point où il en était resté. Il est rarement surpris par le mouvement convulsif. Il sait faire vivre en bonne intelligence ces deux actes automatiques : l'un, anormal, — le tic, l'autre, normal, — l'écriture.

Voici comment opérait un malade de M. G. Guinon :

Si on lui dit d'écrire, il prend sa plume, se penche sur la table, et, au moment où la plume va toucher le papier, il décrit de la main droite un certain nombre de mouvements de circumduction, comme un enfant qui se prépare à écrire en s'appliquant. Alors, tantôt il se met tout de suite à tracer les caractères, tantôt avant de pouvoir commencer, il grince plusieurs fois des dents, grimace de la moitié droite de la face, tire la langue, se frotte le nez ou trempe dix fois de suite par des mouvements saccadés sa plume dans son encrier, tout en faisant hem ! hem !

Il s'arrête souvent en écrivant pour faire quelques grimaces ou quelques mouvements de circumduction de la main. Ce qu'il écrit est d'ailleurs très net, nullement tremblé, sans irrégularités. Il n'y a pas d'écarts comme dans la crampe des écrivains. Les phrases se suivent, l'orthographe est mise convenablement, il n'y a rien à redire au point de vue calligraphique. — Ainsi il n'existe aucun trouble dans l'exécution du mouvement volontaire si précis et si délicat de



l'écriture et quoique l'on s'attende toujours, en considérant le malade qui gesticule avec sa plume, à le voir faire sur le papier quelque tache ou quelque trait bizarrement dirigé, il conduit en somme sa main avec assurance et son manuscrit est correct.

Cependant, lorsque les mouvements du tic, quel qu'il soit, sont très fréquents et très violents, le sujet peut ne plus avoir le temps matériel suffisant pour tracer des caractères corrects entre deux secousses musculaires. Le plus souvent alors il renonce à écrire; mais si on lui demande un effort de volonté, il est parfaitement capable de calligraphier quelques mots et même quelques lignes.

En tout cas, il est exceptionnel de lui voir faire des taches, des gribouillages, des zigzags, des lettres tremblées, déformées, comme cela s'observe au contraire dans les troubles moteurs d'origine organique (tabes, maladie de Friedreich, paralysie agitante, etc.).

Nous avons toujours fait écrire tous nos malades; les pires tiqueurs écrivaient encore fort bien. Mais il faut se méfier de leurs dires, car ils ont tendance à déclarer qu'ils ne peuvent plus écrire du tout. Cependant chez eux, la fonction de l'écriture est indemne. Ce qui leur manque c'est de pouvoir refréner leurs tics, pendant un temps suffisant.

Si les troubles de la fonction de l'écriture sont exceptionnels chez les tiqueurs, par contre, nous avons pu constater déjà, dans plusieurs cas, que l'écriture semblait n'être pas étrangère à l'apparition des tics du cou et de l'épaule.

M. S... fait remonter son torticolis mental à l'époque où il copiait des chiffres pendant plusieurs heures chaque jour. Son écriture est d'ailleurs des plus correctes; il n'éprouve



aucune difficulté à faire tous les mouvements de la main et du bras nécessaires pour écrire; mais s'il écrit un certain temps, la rotation de sa tête s'exagère.

M. N... a vu survenir son torticolis convulsif à la suite de longues séances dans un bureau où il écrivait sans arrêt.

Chez L..., le torticolis et les mouvements convulsifs du bras droit ont été précédés d'une sorte de crampe des écrivains, de la main droite d'abord, de la main gauche ensuite.

Enfin, voici l'observation d'un malade chez lequel l'un de nous a pu assister à l'évolution des accidents. Ici encore, il s'agit d'un torticolis qui, au début, ne se produisait qu'à l'occasion de l'écriture, puis, peu à peu, a accompagné d'autres gestes du bras, et qui, enfin, est devenu permanent, même au repos, même au lit.

M. P..., âgé d'une cinquantaine d'années, occupe une situation importante dans une grande compagnie de chemins de fer; il passe toutes ses journées dans un bureau dont il est directeur et par ses fonctions il assume une grande responsabilité. Il est passionné pour sa profession, prend sa tâche très à cœur, avec une grande ponctualité et une égale conscience.

Il a toujours été très émotif, très préoccupé de sa santé et de celle de son entourage.

Vers le milieu de l'année 1900, il éprouva une vive émotion et de grands chagrins à la suite d'un deuil de famille particulièrement triste. A cette époque, il eut aussi un surcroît de travail.

Obligé de donner chaque jour un très grand nombre de signatures, d'annoter et de parapher rapidement des pièces nombreuses, il commença à s'apercevoir que *chaque fois qu'il écrivait son nom, sa tête se tournait involontairement à droite*. Pour y remédier il tint son menton avec sa main gauche, faisant effort pour ramener sa tête à la rectitude. En outre, il ressentait une gêne peu douloureuse dans la nuque et dans l'épaule droite.



Ce mouvement anormal de la tête se produisait au début *uniquement à l'occasion de l'écriture*, et principalement des signatures. Quelques mois après, le même mouvement apparut comme M. P... coupait sa viande, puis lorsqu'il voulut tailler un crayon, couper ses ongles.

14 octobre 1901. — Dès que M. P... veut écrire, brusquement, sa tête se porte vers la droite et s'y maintient avec de légères secousses, une grimace de tout le côté droit du visage et de temps en temps un clignement de l'œil droit. La commissure droite des lèvres est tirée vers le bas par une forte contraction du peaucier. En même temps le sterno-mastoïdien gauche fait une forte saillie sous la peau. Cette attitude persiste pendant tout le temps que dure l'écriture. Mais, fait remarquable, *l'écriture elle-même n'est pas altérée*. Les doigts ne se contractent pas, les lettres sont régulières, sans crochets, sans zigzags. Les mouvements de la tête sont d'autant plus violents que le malade se sert d'une plume plus dure. Avec un crayon, ils se produisent également, mais moins intenses. De même pour l'écriture sur le sol avec une canne. Mais ils n'apparaissent pas si le malade trace des caractères graphiques dans l'espace avec la main ou le doigt.

Dans l'écriture des deux mains, la main gauche écrivant en miroir (ce que M. P... réussit à faire dès le premier essai), la tête tourne encore à droite.

Le conseil fut donné à M. P... d'écrire en inclinant sa tête sur l'épaule droite, en s'efforçant de contracter le sterno-mastoïdien droit. Il arriva de la sorte à tracer correctement plusieurs bâtons sans tourner la tête, ce qu'il ne pouvait faire auparavant, car aussitôt que la pointe du crayon venait en contact avec le papier, la rotation de la tête apparaissait. Le succès de cette expérience causa à M. P... une très vive émotion; il se mit à pleurer, tout confus d'ailleurs de cette faiblesse.

Prescription : Supprimer toute écriture, tout au moins réduire au minimum les signatures à donner. S'exercer à tracer des bâtons au crayon, *très lentement*, en tenant la tête inclinée sur l'épaule droite et un peu tournée vers la gauche. Pour manger, exécuter tous les mouvements, couper la viande, porter la fourchette à la bouche, etc., en maintenant



la tête dans la position précitée. — Tub tiède matin et soir. Suralimentation.

*21 octobre 1901.* — L'état général est meilleur. M. P... est moins inquiet, moins découragé.

Si l'on fait décomposer tous les mouvements de l'écriture et exécuter isolément chacun d'eux, chaque premier essai est toujours correct, le second moins bon; au troisième, la rotation de la tête reparait.

La fatigue survient très rapidement. M. P... s'impatiente, s'énervé, se désespère. Il éprouve par moments une véritable angoisse et est obligé de s'éponger le front, car il est couvert de sueur, même après les exercices les plus simples.

*19 novembre.* — Examen des réflexes : tous normaux et égaux des deux côtés. La percussion des muscles du cou (sterno-mastoïdien droit) s'accompagne de mouvements plus violents de torsion de la tête vers la droite.

*21 novembre.* — Mieux manifeste. M. P... peut tracer correctement des bâtons, des z, des courbes, les mots « vu, oui ». Pour les mots plus longs, il éprouve encore de la gêne, mais d'une façon générale, il se sent plus maître de lui et capable d'empêcher sa tête de tourner. Il peut manger, couper sa viande, nettoyer ses ongles, sa tête restant droite.

*15 décembre.* — L'amélioration n'a pas persisté. M. P... est allé chez son coiffeur : pour la première fois, sa tête s'est mise à tourner à droite pendant qu'on lui taillait les cheveux. Dans la rue, pour saluer, en retirant son chapeau, sa tête a tourné aussi à droite pour la première fois. Enfin, à table, même mouvement lorsqu'il a voulu porter son verre à sa bouche. Tous ces accidents ont profondément affligé M. P... et ont déterminé de nombreuses crises de désespoir et de larmes.

*24 décembre.* — L'état de M. P... s'est notablement aggravé. Alors que les mouvements de torsion de la tête ne se produisaient au début qu'à l'occasion de certains gestes, ils ont lieu aujourd'hui sans que le malade fasse le moindre mouvement. Ils sont de plus en plus fréquents et de plus en plus forts. La tête se tourne violemment à droite et en haut en même temps que l'épaule droite se relève.

Réflexes toujours normaux, mais état mental déplorable.



Le repos au lit est conseillé, car au lit tout mouvement de la tête cesse.

*28 décembre.* — Après deux ou trois jours de calme relatif dans le lit, voilà que la rotation de la tête commence à se produire, même dans cette position. C'est pour M. P... l'origine d'une grande crise de désespoir où il parle même de se suicider. Complètement désespéré, il appelle en consultation un autre médecin, qui confirme l'intégrité de tous les réflexes, y compris celui des orteils, et conseille un traitement électrique.

*20 janvier 1902.* — M. P... est toujours dans le même état. Il reste couché toute la matinée, inventant toutes sortes de procédés pour caler sa tête dans son lit avec des oreillers et des dictionnaires. S'il sort, il relève le col de sa pelisse, qu'il attache avec une épingle et sur lequel il prend un point d'appui pour maintenir sa tête.

*27 janvier.* — M. P... est désespéré; il a renoncé au traitement électrique. Il est allé de lui-même dans un établissement d'hydrothérapie, où il a pris une douche; mais il en a été mécontent et a déclaré qu'il n'y retournerait plus. Quelqu'un lui ayant parlé d'une « minerve » destinée à corriger les torticolis, il est allé demander à ce sujet l'avis d'un médecin, qui lui a déconseillé ce mode de traitement. Enfin il a pris le parti d'aller faire une cure hydrothérapique en province. Depuis lors, aucune nouvelle de lui.

Un fait que nous avons observé également chez plusieurs de nos malades, c'est que les mouvements convulsifs du cou et du bras, provoqués ou exagérés par l'écriture, étaient toujours d'autant plus accentués que le sujet écrivait sur une table plus bas placée.

Dans l'écriture au tableau noir ce phénomène est facile à contrôler. Tant que le bras est élevé, les mouvements convulsifs sont faibles, faciles à maîtriser; si, au contraire, le bras s'abaisse, ces derniers s'exagèrent considérablement.

Mais, dans tous ces cas, nous le répétons, l'écriture elle-même reste parfaitement correcte.



Il en va tout autrement chez les sujets atteints de « crampe des écrivains », « graphospasme », « mogigraphie ». Ici, la fonction de l'écriture elle-même, et elle seule, se trouve perturbée. C'est uniquement lorsqu'il s'agit d'écrire qu'apparaît le trouble fonctionnel ; en dehors de l'écriture, rien ne permet de le constater. Voilà pourquoi cet accident doit être différencié des tics.

Mais il faut reconnaître qu'il leur est intimement apparenté. Il se développe chez des sujets qui présentent un état névropathique ou psychopathique non douteux, chez des déséquilibrés où se retrouvent les mêmes anomalies mentales. Impulsifs ou abouliques, et surtout nombre de phobiques en sont atteints.

Chez une dame, une crampe des écrivains survint après que son mari fut atteint de paralysie agitante, sous l'influence de la peur qu'elle avait d'être atteinte de la même maladie. (Oppenheim.)

La crampe des écrivains a été observée chez plusieurs membres d'une même famille. Enfin elle peut coexister avec des tics véritables.

Malgré les affinités de ces deux sortes de troubles fonctionnels, nous ne croyons pas devoir entrer ici dans l'étude détaillée de la crampe des écrivains.

#### **Tics des Membres inférieurs.**

##### **Tics de la Marche. Tics de Saut.**

Aux membres inférieurs, les tics sont moins fréquents. Ils sont surtout rarement isolés.

Le « coup de pied » est un des plus habituels. M. O... ne l'avait pas oublié, et c'est sur son autre jambe qu'il le dirigeait. D'autres lancent le coup de pied dans le vide, en avant ou sur le côté, ou encore en arrière, comme une



ruade. D'autres enfin tapent du pied sur le sol, qu'ils soient assis ou debout.

On a décrit des convulsions toniques des muscles de la jambe entraînant des accidents qui peuvent être comparés aux tics toniques.

Ehret<sup>1</sup> en Allemagne a donné le nom de « contracture d'habitude » et de « paralysie d'habitude » à des contractions toniques siégeant dans un groupe musculaire et s'accompagnant de relâchement du groupe antagoniste. La caractéristique de ces cas est qu'au début la contraction musculaire est volontaire. Exemple : à la suite d'une blessure du bord interne du pied, le sujet, pour éviter la douleur, s'habitue à marcher seulement sur le côté externe du pied. La contraction volontaire des muscles adducteurs du pied devient peu à peu involontaire et l'on voit alors des mouvements convulsifs se produire dans ces derniers. En même temps les muscles abducteurs du pied, les péroniers dans cet exemple, perdant l'habitude de se contracter, sont inactifs et paraissent même s'atrophier.

Ehret considère cette affection comme d'origine psychique : pour lui les malades ont perdu toute action volontaire sur les muscles atteints. Thiem, Jacoby, Wolff, ont rapporté des cas analogues dans lesquels les muscles de la jambe, de la cuisse, de la hanche, ont été atteints de la même façon et à la suite de causes similaires. Ces auteurs supposent également qu'il s'agit d'une sorte de névrose traumatique dans laquelle les phénomènes psychiques jouent un rôle prépondérant. Il va sans dire que les sujets en question n'étaient pas hystériques.

Des cas de ce genre, il faut rapprocher ceux que

1. *Archiv. f. Unfallheilkunde*, vol II, H. 4; voyez aussi 1898, p. 58 et n° 12.



MM. Raymond et P. Janet<sup>1</sup> ont rapportés sous le nom de *tics du pied*.

Une femme de trente-sept ans, pendant la marche, tourne son pied gauche légèrement en dedans, relève le gros orteil en extension forcée, tandis que les autres orteils s'écartent fortement les uns des autres. Cette attitude est douloureuse. La malade marche ainsi depuis sept ans. Tout disparaît au repos.

L'origine de cet accident est intéressante à noter. Cette femme suivait un traitement de frictions mercurielles; elle avait aussi un cor. Elle eut l'idée que la pommade mercurielle devait être efficace pour les cors. Malheureusement, un jour, en coupant celui-ci, elle le fit saigner. Grande frayeur : qu'allait produire la pommade en pénétrant dans le sang? Dès le lendemain survinrent des « crampes » dans le pied, qui, depuis lors, ont entraîné la déformation qui rend la marche presque impossible.

Le deuxième malade, un jeune homme de vingt ans, après une marche de dix minutes, est contraint de s'arrêter parce que, subitement, tous les orteils du pied droit se fléchissent fortement vers la plante du pied. Après un repos, il peut repartir, mais le même phénomène se reproduit incessamment.

Ces deux malades ont été guéris par une gymnastique rééducatrice associée à la psychothérapie. L'origine psychique de ces accidents ne semble donc pas douteuse. Cependant leur caractère douloureux doit être retenu. En outre, comme ils ne se produisaient qu'à l'occasion de la marche, c'est surtout des « crampes fonctionnelles » qu'on peut les rapprocher.

En tout cas, on ne les confondra pas avec les « crampes douloureuses » des mollets, qu'on observe dans les intoxications (alcoolisme) ou quelques infections (choléra).

1. RAYMOND et PIERRE JANET, Note sur deux tics du pied, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1899, n° 5, p. 353.



On peut néanmoins admettre l'existence de perturbations fonctionnelles de la marche qui méritent vraiment le nom de tics, et qui affectent la forme clonique ou tonique.

Ces accidents sont des plus variés; ils se traduisent toujours par l'apparition inopinée d'un mouvement convulsif qui vient altérer le rythme régulier de la fonction.

Nous en avons observé un, dit M. G. GUINON, qui pendant la marche s'arrêtait subitement et fléchissait les genoux comme s'il avait reçu, sans s'y attendre, un violent coup au niveau du jarret. On eut cru à le voir qu'il allait s'affaisser et tomber à genoux.

Ces *tics de génuflexion* ne sont pas très rares. M. Oddo<sup>1</sup> en a rapporté récemment un très intéressant exemple dont il a soigneusement élucidé la pathogénie.

Une petite fille de dix ans, Th... fait quatre ou cinq pas d'une manière irréprochable, puis soudain elle se baisse brusquement du côté droit, le genou se plie tout à coup en angle aigu, en même temps que le tronc s'incline en avant par flexion du bassin. On ne peut pas mieux comparer ce mouvement qu'à celui d'un enfant qui plie brusquement le genou en passant devant l'autel, dans une génuflexion que l'habitude a rendue en quelque sorte mécanique. Parfois cette inclinaison est si brusque qu'elle entraîne la chute de l'enfant sur le côté droit.

« Une particularité assez frappante est celle-ci, ajoute M. Oddo : Si nous faisons faire à Th... le tour de la salle d'une manière ininterrompue pour l'observer à loisir, elle fait toujours sa génuflexion au même endroit de son circuit, c'est-à-dire exactement chaque fois qu'elle passe devant nous. On a beau la prévenir et lui défendre formellement de plier la jambe au moment où elle va passer à l'endroit indiqué, soudainement sans qu'aucune incorrection dans la marche puisse

1. Oddo, Tic de la génuflexion, *Marseille médical*, 15 mars 1902.



être saisie, elle plie brusquement le genou dans un mouvement invincible, puis sans se détourner de sa route, elle reprend son pas régulier pendant tout le reste du cercle, pour recommencer à chaque tour et au même endroit. »

Ce mouvement n'était pas le seul auquel la fillette se livrait : dans son lit, elle pliait souvent sa cuisse sur le bassin en produisant des craquements assez intenses pour être entendus. Lorsqu'elle était debout depuis quelque temps, elle relevait sa cuisse en pliant le genou, provoquant encore les mêmes craquements articulaires.

Or, pendant la marche ordinaire, ces craquements articulaires ne se produisaient pas; ils n'apparaissaient que pour la gène flexion.

Aussi, M. Oddo pense-t-il judicieusement que ce *tic de gène flexion* est lié à la *recherche des craquements articulaires*.

Ceux-ci étaient d'ailleurs la conséquence d'une affection bien réelle des articulations de la hanche et du genou, à droite. On pouvait les produire en imprimant à la jambe des mouvements d'extension et de flexion assez étendus et la malade les provoquait dans les mêmes conditions.

Ils n'étaient pas douloureux, non plus que les mouvements des segments du membre inférieur droit les uns sur les autres. Mais il n'en avait pas toujours été ainsi, et il y a deux ans, les douleurs furent vives, lorsque les accidents articulaires apparurent à la suite de deux infections successives, scarlatine et diphtérie. Elles nécessitèrent un séjour prolongé au lit.

Il est intéressant de remarquer que le tic n'est apparu que depuis que les phénomènes douloureux se sont atténués considérablement.

MM. Raymond et Janet<sup>1</sup> ont rapporté l'histoire d'une jeune femme qui depuis trois ans tombe sur ses genoux dès qu'elle a fait quelques pas. Elle se relève facilement,

1. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II, Chute sur les genoux, p. 391.



marche encore un peu, puis retombe sur les deux genoux avec un grand bruit. Malgré la brusquerie de la chute, jamais cette femme ne s'est fait aucun mal. D'ailleurs cet accident ne se passe jamais dans un escalier, dans des endroits dangereux, ou simplement malpropres.

Il existe aussi des *tics de saut*.

Tantôt en marchant, le plus souvent au repos dans la station debout, dit M. G. GUINON, les malades exécutent de petits sauts, sortes de sautillements sur place; ils ont plutôt l'air de danser que de sauter en l'air réellement. Mais il en est qui exécutent de véritables bonds. On en voit qui, soit de pied ferme, soit pendant la marche, se mettent à faire plusieurs pas en avant en courant.

Enfin des accidents plus bizarres et plus complexes encore ont été décrits, en particulier par M. Gilles de la Tourette.

Subitement un malade courait, se mettait à genoux, puis se relevait. Chez un autre le mouvement le plus habituel consistait à se baisser tout à coup et à se relever vivement, comme s'il avait eu à ramasser quelque chose. (G. GUINON.)

De ces faits singuliers qui sont certainement apparentés aux tics, il faut rapprocher ceux, plus étranges encore, qui ont été décrits à l'étranger : le *Jumping* du Maine en Amérique (Beard), le *Latah* dans les îles Malaises (O'Brien), le *Myriachit* en Sibérie (Hammond), considérés chacun comme des maladies spéciales. « Chez les malades atteints de ces affections on constate toujours ce phénomène bizarre, pour ne parler que de celui-là, du saut au moment d'un contact inattendu. » (G. GUINON.)

Récemment, Ramisiray a décrit dans sa thèse la manie dansante (*Ramaneniana*) qui s'observe à Madagascar.



Cette affection a des rapports avec le latah des Indes néerlandaises; cependant elle semblerait se rattacher plus directement à l'hystérie, et en particulier aux chorées saltatoires, crampes saltatoires de Bamberger, danses de saint Jean, de saint Guy, tarentisme, etc...

Nous ne faisons que signaler ici ces troubles convulsifs dont la nature est encore obscure, mais qui, certainement, ont avec les tics plus d'une analogie.

**Tics de Sputation, de Déglutition,  
Tics d'Éructation, de Vomissement,  
Tic aérophagique.**

Les muscles du voile du palais dans certains tics peuvent se contracter. Il importe de distinguer les secousses convulsives de ces muscles qui accompagnent souvent celles de la face, et qui appartiennent à des *spasmes* provoqués par une lésion irritative des centres ou des branches du facial.

L'un de nous en a observé un exemple des plus nets chez un jeune homme atteint d'un spasme de l'orbiculaire et des zygomatiques du côté droit. A chaque secousse s'ajoutait un déplacement de la luette. Dans ce cas, il s'agissait bien d'un spasme véritable : l'extrême brusquerie et la rapide succession des décharges musculaires, l'impossibilité de les faire cesser par l'influence de la volonté, l'inefficacité absolue d'un traitement méthodique prolongé, ont confirmé ce diagnostic.

D'ailleurs, on sait que des secousses spasmodiques du voile du palais ont été observées dans des cas de lésions cérébrales, de tumeur du cervelet (Oppenheim), de méningite cérébro-spinale épidémique, d'anévrysme de la vertébrale (Siemerling et Oppenheim). Ces secousses s'accom-



pagnent parfois de claquements. On a signalé aussi des mouvements convulsifs analogues dans les muscles hyoïdiens et dans ceux de la langue. En pareils cas, le diagnostic entre un spasme et un tic est toujours malaisé.

Le tic est au contraire bien reconnaissable quand les contractions des muscles de la langue, du voile du palais et du larynx concourent à l'exécution d'un acte fonctionnel, comme la sputation.

Les *tics de sputation* sont bien connus chez les obsédés.

Un malade observé par M. G. Guinon, tout en faisant des expirations forcées, portait convulsivement plusieurs fois de suite sa main devant sa bouche, comme s'il avait craint de projeter sa salive sur les personnes environnantes.

Une de mes malades, dit M. SÉGLAS, nullement hystérique, entre autres obsessions, est atteinte de la crainte d'avoir pu avaler certains objets (épingles, couteaux, etc.). Les crises d'obsession sont à certains moments très intenses et très fréquentes chez elle, parfois renouvelées à de si courts intervalles qu'elle est pendant plusieurs jours dans un véritable état de mal obsédant. L'idée obsédante arrive alors à être tellement nette et précise qu'elle s'accompagne de la sensation d'un corps étranger qui se serait arrêté dans l'œsophage; l'angoisse devient extrême et, parmi les phénomènes réactionnels qui l'accompagnent, ... l'un consiste dans une salivation exagérée avec sputation incessante, telle que la malade porte continuellement sur elle un certain nombre de mouchoirs pour pouvoir cracher à loisir.

La fonction de déglutition ne peut guère être troublée dans son mécanisme; la succession des contractions des muscles du pharynx, du voile du palais et de la base de la langue se fait suivant un ordre que la volonté ne modifie que fort peu. Mais la fréquence des mouvements



de déglutition peut, dans certains cas, s'accroître de façon anormale.

M. Hartenberg<sup>1</sup> a publié un cas de *tic de déglutition* caractérisé par un besoin continuel d'avaler la salive; il s'agissait, il est vrai, d'un hystérique.

Rossolimo<sup>2</sup> a décrit des troubles amyotaxiques de la déglutition; il en admet trois formes : la dysphagie motrice, la dysphagie sensorielle et la dysphagie purement psychique. Bechterew<sup>3</sup> avait déjà signalé des cas de *dysphagie psychique*. Il s'agit dans ces cas soit d'une véritable obsession, soit d'une crainte involontaire et même inconsciente « d'avaler de travers », de « s'étouffer » en avalant; certains malades se rendent compte de cette anxiété irréfléchie contre laquelle ils sont impuissants à résister, d'autres n'ont cette crainte et ces troubles que par intermittences. La plupart des sujets ont des antécédents névropathiques héréditaires ou personnels chargés.

Certains sujets ont des *éructations* incessantes qui sont de véritables tics.

L'un de nous connaît une famille dont plusieurs membres sont atteints de cet accident à des degrés divers. Il survient, sans cause, avant, pendant et après les repas. Aucune de ces personnes n'est hystérique.

Otto Lerch<sup>4</sup> a publié l'observation d'un malade atteint de tics multiples. Il ouvrait et fermait les paupières, roulait les globes oculaires. Par moments, la tête se penchait irrésistiblement en arrière pour revenir ensuite à sa posi-

1. HARTENBERG, Tic de déglutition chez un hystérique, traitement et guérison, considérations, *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, juin 1899, p. 175.

2. ROSSOLIMO, De la dysphagie amyotaxique. *Neurol. Centralblatt*, n° 4, 5, 6, 1901.

3. BECHTEREW, Sur les Troubles psychiques de la Déglutition (Dysphagie psychique). *Neurol. Centralbl.*, n° 14, 1901.

4. OTTO LERCH, Tics convulsifs, *American Medicine*, 2 nov. 1901.



tion normale. Parfois tout le tronc s'inclinait à droite ou à gauche; enfin, tous ces mouvements étaient fréquemment accompagnés, surtout le matin et la nuit, d'éruptions profondes.

Mais les éructations sériees sont surtout bien connues chez les hystériques. On sait la signification que lui attribuaient les démonologues : c'était l'indice de la sortie des diables qui habitaient le corps des possédés.

MM. Raymond et Janet<sup>1</sup> ont raconté l'histoire d'une hystérique qui substitua une chorée du bras droit à un tremblement général du corps; plus tard, la chorée fut remplacée par une émission continuelle d'éructations sonores. Ces mêmes auteurs ont constaté la coexistence de hoquets inspireurs et d'éructations expiratrices chez une autre malade<sup>2</sup>. M. Cruchet a également rapporté dans sa thèse un cas de ce trouble singulier.

Dans le même ordre de faits, on retrouve des accidents qui ont été décrits sous le nom de *tics aérophagiques*. M. Pitres, M. Séglas en ont rapporté plusieurs exemples. Ce dernier a fait une analyse très complète du phénomène, qui montre bien son identité avec les tics<sup>3</sup>.

Dans un cas, en particulier, il s'agissait d'un homme qui commençait une paralysie générale et qui, d'ailleurs, ne tarda pas à succomber aux progrès de cette maladie.

Voici cette observation, intéressante par elle-même et surtout par les commentaires très édifiants qui l'accompagnent.

1. RAYMOND et JANET, Tremblements, chorée, du bras droit, rots, etc.... in *Névroses et idées fixes*, vol. II, p. 354.

2. RAYMOND et JANET, Hoquets et rots hystériques, in *Névroses et idées fixes*, vol. II, p. 357.

3. SÉGLAS, Paralysie générale et tic aérophagique, *Semaine médicale*, 11 janvier 1899.



Je fus consulté, dit M. SÉGLAS, par un homme de trente-quatre ans, qui m'était adressé comme neurasthénique hypocondriaque. Il était à peine entré dans mon cabinet que je fus frappé de l'entendre émettre, à de très courts intervalles, des *éructations* répétées et sonores. C'était là d'ailleurs ce qui l'avait déterminé à consulter un médecin.

Ce phénomène datait déjà de plusieurs semaines et était apparu dans les circonstances suivantes. Un jour, au milieu de son repas, le malade avait été pris subitement d'une sorte de vertige qui fut suivi de perte de connaissance. C'était très vraisemblablement, si l'on se reporte à l'évolution ultérieure de l'affection, un *ictus*; mais le patient fut persuadé, sans raison aucune, que c'était le résultat de l'ingestion d'aliments mal préparés, d'un empoisonnement. A dater de ce moment, il manifesta des préoccupations hypocondriaques portant notamment sur l'état de son estomac; peu de jours après apparurent les éructations.

Or, en examinant de près ce symptôme, on remarquait très vite qu'il ne s'agissait pas là d'éructations gastriques. En réalité, l'état des fonctions digestives se trouvait de tous points très satisfaisant; les éructations se produisaient à n'importe quel instant, sans aucun rapport avec le moment de la digestion; les gaz rendus étaient absolument inodores.

D'un autre côté, on s'apercevait facilement qu'elles étaient précédées d'un effort d'aspiration avec plusieurs mouvements de déglutition très apparents, accompagnés d'un bruit pharyngien d'un timbre sourd et suivis presque immédiatement de l'expulsion de gaz sonores. Elles se reproduisaient de la sorte deux ou trois fois par minute, avec un caractère nettement spasmodique, sans rythme régulier, et cela quelquefois pendant plusieurs heures.

Dans tout cet ensemble de phénomènes, le malade n'avait conscience que du fait terminal, les éructations, qu'il affirmait être involontaires et dont il aurait voulu se débarrasser.

Il est à noter que ces éructations étaient influencées par certaines circonstances particulières. Ainsi, *elles s'exagéraient à l'occasion d'une émotion morale*, ou chaque fois que le malade venait à parler de l'état de son estomac. Inversement, sa femme avait remarqué que lorsqu'il était distrait,



soit par une conversation, une promenade, ou l'audition de séances musicales qu'il aimait beaucoup, les éructations disparaissaient instantanément et ne se reproduisaient pas durant tout ce temps. Elles étaient *suspendues dans le sommeil*, mais réapparaissaient presque inmanquablement si le malade se réveillait la nuit.

Ces diverses considérations nous amenèrent à penser qu'il s'agissait là, en réalité, d'un tic particulier, tic qui, consistant dans l'existence de « spasmes musculaires systématiquement harmonisés de façon à provoquer alternativement la déglutition et l'expulsion d'une certaine quantité d'air atmosphérique (Pitres.) », pouvait être qualifié de *tic aérophagique*.

Il existe plusieurs variétés de tic aérophagique, suivant le mode et le degré de pénétration de l'air dans le tube digestif.

L'air dégluti peut venir de l'extérieur ou du poumon; d'autre part, il peut pénétrer jusque dans l'estomac ou simplement dans le canal pharyngo-œsophagien.

Quel est, dans ces différentes circonstances, le mécanisme physiologique de ce phénomène?

Supposons que l'air dégluti vienne du poumon. Dans ce cas, une certaine quantité d'air est arrêtée au début de l'expiration, dans la cavité pharyngo-œsophagienne dont les divers orifices se trouvent étroitement fermés par la contraction combinée des muscles du voile du palais, de la glotte et de la base de la langue. Alors, une contraction brusque des constricteurs du pharynx chasse par la bouche l'air ainsi accumulé, qui imprime aux membranes entourant l'orifice supéro-antérieur de la cavité, une vibration sonore et s'échappe de la sorte sous forme d'éructation plus ou moins bruyante.

Mais si l'orifice buccal ne s'ouvre pas à ce moment précis, l'air se trouve comprimé et refoulé vers les parties inférieures de l'œsophage et passe sans grande résistance, à travers le cardia facilement dilatable, jusque dans l'estomac.



Quand il y est accumulé en quantité suffisante, il est expulsé par la bouche sous la même forme d'éruclation bruyante.

La déglutition de l'air venant de l'extérieur est précédée par un effort d'aspiration thoracique. La glotte restant fermée, le vide intrathoracique se trouve forcément exagéré; l'œsophage tend à s'ouvrir et provoque ainsi un appel de l'air extérieur. L'aspiration thoracique cessant de se produire, l'air enfermé dans la cavité œsophago-pharyngienne peut être expulsé immédiatement dehors, ou refoulé préalablement dans l'estomac, comme nous l'avons vu tout à l'heure.

Dans certains cas on remarque que l'aspiration de l'air extérieur est suivie de mouvements de déglutition. Cela tient vraisemblablement à ce que le sujet, au moment de l'effort d'aspiration thoracique, ferme à la fois et la glotte et l'orifice inférieur du pharynx, de telle sorte que, malgré les différences de pression, l'air atmosphérique ne peut pénétrer ni dans la trachée, ni dans l'œsophage. Les mouvements de déglutition lui ouvrent alors passage dans l'œsophage et dans l'estomac.

L'aérophagie n'est donc point un simple mouvement involontaire, mais nécessite l'intervention de mouvements musculaires combinés, *systématisés*. C'est bien un tic qui comporte à la fois un côté physique et un côté mental.

Au point de vue physique, dit encore M. SÉGLAS, le symptôme prédominant est l'éruclation; par suite, la détermination des autres phénomènes accessoires a surtout pour but de différencier cette éruclation aérophagique de l'éruclation gastrique proprement dite, résultant de gaz formés dans l'estomac.

L'appétit est bon, les digestions normales; il n'y a pas de ballonnement, pas de clapotage gastrique ni de douleur abdominale. Les gaz éruclés sont inodores, et leur analyse dans différents cas (Pönsgen, Hoppe-Seyler, Pitres, Sabrazès et Rivière) a montré qu'ils ne renferment aucun des produits développés dans les fermentations pathologiques de l'esto-



mac, mais qu'ils ont, à peu de chose près, la même composition que l'air atmosphérique.

Si l'on applique l'oreille sur la colonne vertébrale au niveau de l'estomac, on perçoit un bruit hydro-aérien, dont les caractères physiques semblent correspondre à la pénétration de gaz dans l'estomac et généralement, moins d'une seconde après, l'éruclation se produit.

Chez certains malades, comme notre paralytique général, on voit aisément se manifester un effort de déglutition précédant l'éruclation et destiné à favoriser la pénétration de l'air dans le tube digestif.

Des constatations d'un autre ordre vont nous montrer maintenant la participation des facteurs psychiques dans la production du phénomène. C'est ainsi que ce tic s'exagère à l'occasion des émotions. L'action directe de la volonté le suspend ou l'atténue momentanément dans certains cas. Il disparaît aussi sous l'influence de la distraction, lorsque l'attention est sollicitée et suffisamment fixée dans une direction déterminée; c'était le cas de notre malade. La parole, la lecture à haute voix suspendent également le tic aérophagique.

Son origine psychique se trouve encore mise en évidence dans certains cas, et notamment chez des hystériques, par des circonstances particulières. M. Pitres cite deux faits où l'ouverture prolongée de la bouche, l'administration de pilules de mica panis, d'eau distillée colorée au bleu de méthylène suffirent à faire cesser définitivement le spasme éruclatoire.

Enfin, un examen psychologique minutieux permet souvent de retrouver à l'origine de ce phénomène un trouble intellectuel, un état mental particulier, parfois très nettement caractérisé.

Le tic aérophagique n'est en réalité qu'un syndrome qui peut se rencontrer dans des états pathologiques très différents....

Jusqu'à ce jour on n'a guère envisagé le tic aérophagique que dans l'*hystérie*. Sans doute, c'est là qu'il paraît être le plus fréquent et qu'il se présente sous sa forme la plus nette et la plus développée; ce serait toutefois une erreur de croire



qu'il lui est exclusif. Notre paralytique général constitue déjà une preuve du contraire.

J'ai encore eu l'occasion d'observer ce tic dans d'autres circonstances et sans que l'hystérie fût le moins du monde en jeu. Mais toujours il s'agissait d'individus atteints de troubles neuro-psychopathiques variés, offrant tous un état mental pathologique comme source même du syndrome aérophagie.

L'aérophagie est souvent liée à une *obsession*. La malade de M. Séglas qui présentait un tic de sputation, avait en outre un véritable tic aérophagique. Le tic aérophagique peut se rencontrer encore chez les délirants, quel que soit leur délire.

J'ai eu l'occasion, dit M. SÉGLAS, d'en observer un exemple chez une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de grande hypocondrie à forme délirante, depuis quinze ans déjà. Elle croit avoir un trou dans la tête, le cerveau gangrené; elle ne sent plus son corps, que les aliments traversent sans qu'elle s'en aperçoive : « c'est comme une armoire vide qui ne contient plus que de l'air ». Sur cette idée délirante s'est greffé un tic aérophagique que la malade donne comme une preuve à l'appui de ses convictions. Ce tic, d'abord intermittent, est maintenant tellement habituel et irrésistible que les mouvements musculaires se produisent, comme chez une malade de M. Pitres, alors même que la langue est maintenue hors de la bouche ou fixée avec une cuillère. La seule différence, c'est qu'ils ne s'accompagnent alors d'aucun bruit; cela se passe « à blanc », pour employer l'expression de M. Pitres.

J'ai observé également le tic aérophagique dans un autre cas, où il se rattachait encore à une *idée délirante*; c'était chez une femme, âgée de quarante-six ans, atteinte d'un délire de persécution, systématique, déjà stéréotypé. Elle se disait poursuivie par une bande de sorciers; on lui a jeté un sort, on la martyrise, on la roue de coups, on l'empoisonne... Hallucinations verbales, auditives et motrices, très nettes et fréquentes; troubles de la sensibilité générale; néologismes. Cette malade présentait plusieurs tics qui se reproduisaient



à chaque instant : l'un consistait à fermer d'une façon saccadée les yeux en allongeant rapidement le bras droit et en prononçant une série de mots incompréhensibles; l'autre était justement un tic aérophagique caractérisé par un ensemble de mouvements de déglutition très rapides, accompagnés d'un bruit pharyngien et suivis d'une éructation sonore et prolongée. Ces différents mouvements se reproduisaient plusieurs fois par minute pendant un certain temps, sous forme d'une sorte de décharge convulsive. La malade prétendait exécuter ces mouvements malgré elle, en dehors de sa volonté. Ce sont, disait-elle, les sorciers qui les lui font accomplir, absolument comme ils lui font fermer les yeux ou prononcer des mots qu'elle ne comprend pas, en lui remuant la langue à leur fantaisie.

On peut donc conclure avec M. Séglas :

Le tic aérophagique n'est qu'un syndrome qui s'observe dans des états pathologiques assez différents; ces états pathologiques divers présentent du moins tous cette note commune de s'accompagner de troubles intellectuels et, parmi ces troubles intellectuels, on en peut rencontrer qui figurent à l'origine même du tic aérophagique. Par conséquent, le syndrome comporte en réalité, un côté physique et un côté mental.

Il nous apparaît donc bien, non pas comme un simple spasme ayant pour base anatomique un arc réflexe, mais comme un phénomène dont le substratum anatomique serait une anastomose cortico-spinale, c'est-à-dire comme un tic. (Brissaud.)

Lorsque le diaphragme entre en jeu, on peut voir se produire des *tics de vomissement*.

MM. Noguès et Sirol<sup>1</sup> ont rapporté l'observation d'une malade atteinte d'un trouble pharyngo-laryngé simulant le vomissement, sans que cet accident d'ailleurs se soit jamais accompagné d'un rejet de matières alimentaires.

1. NOGUÈS et SIROL, *Archives médicales de Toulouse*, 1<sup>er</sup> juin 1898.



La malade disait éprouver une sensation de constriction, de corps étranger dans le gosier et de légers picotements. La plus légère pression sur le cou déterminait une crise convulsive dans laquelle cette femme avait toutes les apparences d'une personne qui veut vomir, mais qui ne peut y parvenir.

Si, comme le pensent MM. Noguès et Sirol, on peut trouver l'origine de ces accidents dans un spasme réflexe, il est probable que la cause première d'irritation ayant disparu, un trouble psychique n'est pas étranger à leur répétition et à leur prolongation. Le spasme aurait engendré un tic.

A tous ces troubles fonctionnels le nom de *tics* n'est pas toujours applicable.

Il est nécessaire que le phénomène se reproduise avec fréquence et avec une brusquerie convulsive pour qu'on puisse reconnaître en lui un tic. Assurément, on éprouve souvent de la difficulté à apprécier les différences qui le séparent de l'acte normal correspondant.

Mais ici encore la recherche de la cause provocatrice de l'accident et surtout l'étude des anomalies mentales concomitantes auxquelles on le trouvera presque toujours relié, permettront d'en saisir la véritable nature.

#### **Tics de la Respiration.**

**Ronflement, Reniflement, Soufflement,  
Sifflement, Toux, Sanglot, Hoquet.**

Les *tics de la respiration* sont extrêmement nombreux. Ils portent sur le diaphragme et sur les muscles thoraciques inspireurs ou expirateurs. Ils s'accompagnent de mouvements synergiques des muscles du nez, des lèvres,



de la langue, du voile du palais, du pharynx, et souvent aussi de bruits laryngés. Ils coexistent aussi avec des tics de la face et des membres.

Ils représentent des perturbations de divers actes fonctionnels : le reniflement, le ronflement, le « soufflement », le sifflement, la toux, etc.

Suivant les cas, l'accident porte sur l'inspiration ou sur l'expiration.

Le bâillement et l'éternuement étant, comme la déglutition, des phénomènes réflexes dont le mécanisme n'est que très difficilement modifié par la volonté, ne peuvent guère être perturbés que dans leur fréquence.

Saenger<sup>1</sup> rapporte le cas d'une femme de vingt-neuf ans qui n'était pas hystérique et qui présentait des accès de bâillements avec raideur dans les bras, puis des contractions rapides de la langue durant une minute environ. Elle guérit au bout de quelques mois. Il s'agirait d'un « spasme idiopathique », probablement une espèce de tic.

Cependant ces anomalies fonctionnelles du bâillement et de l'éternuement s'observent le plus souvent chez des sujets hystériques.

Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le bâillement peut être l'aura d'une crise épileptique. On observe aussi le bâillement incoercible parmi les accidents méningitiques, et dans les cas de tumeur du cerveau et du cervelet.

Le « rhincho-spasme », *tic de ronflement*, a été observé dans un cas de neurofibromatose, par Oppenheim. L'origine psychique du phénomène était démontrée par le besoin impérieux qu'éprouvait le malade de se mettre à

1. SAENGER, Observation du spasme idiopathique de la langue, *Monatschrift für Psychiatrie u. Neurologie*, janvier 1900, p. 77.



ronfler et par la cessation du ronflement sous l'influence de la distraction.

Dans les tics de ce genre, comme dans certains tics de reniflement, la cause provocatrice peut être la présence de végétations adénoïdes.

Les tics portent aussi sur l'*expiration*.

L'acte de *souffler*, répété hors de propos, peut constituer un tic. On a décrit plusieurs exemples de « souffleurs » tantôt par le nez, tantôt par la bouche.

Schapiro a rapporté un cas de « spasme » expiratoire produit par la contraction des buccinateurs.

Le *sifflement*, tic d'habitude pour M. Letulle, rentre plutôt dans la catégorie des stéréotypies.

On rencontre quelquefois, dit M. LETULLE, des hommes parfaitement élevés qui ont pris la déplorable habitude de siffler bas presque continuellement : rien ne les arrête, au travail, au repas, en écoutant un interlocuteur, dans la rue, dans un salon, ils sifflent toujours et quand même !

Il ne faut pas considérer comme appartenant aux tics tous les troubles spasmodiques de la respiration décrits sous les noms de « dyspnée spasmodique », « asthme spasmodique », « toux spasmodique », « spasme asphyxique », « toux nerveuse », etc.

Dans nombre d'observations de ce genre, il s'agit réellement de *spasmes*, ayant leur point de départ dans une irritation des voies sensibles.

Edel<sup>1</sup> a observé un homme atteint depuis plusieurs années d'un trouble respiratoire qui se produisait à l'occasion de tout attouchement, d'un bruit subit, d'une vive lumière et s'accompagnait d'une dyspnée énorme. Ce

1. Cité par Oppenheim.



malade présentait en outre une exagération des réflexes. C'était un « spasme ».

Mais les *tics de toux* sont aussi très fréquents.

Que de personnes, dans la conversation, s'interrompent à chaque instant pour faire une ou plusieurs expirations explosives, plus ou moins bruyantes, qui ne répondent à aucune nécessité, les voies respiratoires n'étant nullement irritées ou encombrées ! Ces petites toux inutiles ne méritent pas toujours le nom de tics et ne sont souvent que des habitudes comparables aux gestes inconscients des membres, faits pendant le discours ou la réflexion. Cependant, chez certains sujets, le phénomène se répète avec une insistance, une brusquerie particulières et s'accompagne d'un besoin qui permet de l'assimiler au tic.

On voit d'ailleurs ces accidents coexister avec des tics du visage ou des membres. M. Tissié<sup>1</sup> a publié un cas de tic oculaire et facial accompagné de toux spasmodique chez un enfant de huit ans.

Les contractions cloniques du diaphragme donnent lieu à un certain nombre de phénomènes que les tics peuvent imiter ou caricaturiser, en particulier le *sanglot*, le *hoquet*.

Le bruit est produit par un brusque appel d'air passant par la glotte entr'ouverte lorsqu'a lieu la contraction clonique du diaphragme. Les muscles du pharynx y participent souvent. Mais, il ne faut pas l'oublier, sanglots et surtout hoquets sont fréquents dans l'hystérie d'abord, et aussi dans les affections organiques des centres nerveux, ainsi que dans les états infectieux graves. Le diagnostic

1. TISSIÉ, Tic oculaire et facial droit accompagné de toux spasmodique, traité et guéri par la gymnastique médicale respiratoire, *Journal de médecine de Bordeaux*, 9 et 16 juillet 1899.



de tic ne peut donc être porté qu'après une enquête sévère et longue.

On observe aussi, quoique beaucoup plus rarement, des contractions toniques du diaphragme.

Dans ces cas la respiration abdominale fait momentanément défaut, tandis que la respiration thoracique s'accélère. La malade se sent en imminence d'asphyxie; les insertions du diaphragme sont parfois douloureuses. Ce qu'on a appelé l'*éructation pulmonaire aiguë*, peut être la conséquence de ce phénomène convulsif. C'est surtout chez les hystériques que cet accident a été décrit. Il se confond sans doute avec le type aérophagique.



## Tics du Langage.

Dans tous les actes respiratoires, le passage de l'air à travers de l'orifice glottique plus ou moins contracté, soit pendant l'inspiration, soit pendant l'expiration, peut donner lieu à des bruits très variés.

Certains de ces bruits sont des tics.

Le plus simple de ces phénomènes, qui est également le plus ordinaire, dit M. G. GUINON, consiste dans l'*exclamation involontaire*. De temps en temps, d'habitude, tout en exécutant ses tics et ses grimaces, le malade profère un cri : Ah ! Il peut ne le répéter qu'une fois ou bien plusieurs fois de suite. Généralement le cri ainsi proféré est brusque, bref et émis à très haute voix. Il éclate subitement au milieu du silence ou au milieu de la phrase que prononce le malade. Son discours est quelquefois entrecoupé, haché d'exclamations semblables, mais le malade retrouve toujours, et il est facile à ses auditeurs de suivre, le fil de sa phrase, qui reste le plus souvent correcte, si l'on en retranche ses cris, et dans tous les cas toujours raisonnée et conforme à sa pensée. A un degré un peu plus compliqué, nous trouvons l'aboïement : *Ouah !* qui constitue une variété d'exclamation volontaire très fréquente. Dans le même ordre d'idées on peut observer les reproductions plus ou moins complètes des cris d'animaux les plus différents.

M. G. Guinon incline à distinguer des tics ces exclamations involontaires, par exemple, les *hem ! hem !* que font



un très grand nombre de malades atteints de tics. Mais il ajoute : « A titre de mouvement expiratoire brusque, il peut aussi bien prendre place au milieu des simples tics. Ce *hem* ! est très fréquent ; c'est absolument celui qu'exécutent les gens affectés d'angine chronique. On peut le voir se répéter des milliers de fois dans la journée. »

Pour notre part, nous pensons que, dans l'immense majorité des cas, le « *hem* » est un véritable tic. Mouvement et bruit expiratoires commandés au début par une irritation laryngée ou pharyngée, et pouvant jusqu'alors n'être qu'une simple réaction spasmodique, ce phénomène devient un tic le jour où, l'irritation ayant disparu, il se reproduit sans raison et de façon intempestive. Tout ce que nous avons dit du clignotement, par exemple, peut s'appliquer ici. Et le « *hem* » est surtout un tic, si l'exclamation se produit en dehors du discours, lorsque le sujet ne parle pas.

Bien des gens en effet émaillent leurs propos d'expirations plus ou moins bruyantes ; les « *heu... heu...* » de l'hésitation chez les enfants qui récitent leurs leçons se retrouvent aussi chez nombre d'adultes. Ces bruits laryngés ne sont pas précisément des tics. Ils ne se produisent en effet qu'à l'occasion du langage, et non pas en dehors de lui. En cela ils se rapprochent davantage des « *crampes fonctionnelles* ».

Mais le *gloussement*, l'*aboiement*, comme dans le cas d'une jeune fille présentée autrefois par Charcot<sup>1</sup>, qui viennent inopinément interrompre le silence, voilà de véritables *tics phonatoires*. La fonction de la phonation entre en jeu sans cause et sans but ; elle se manifeste de façon inopportune et inusitée. En outre, les *glousseurs*,

1. *Leçons du mardi*, 24 janvier 1888.



les *grogneurs*, les *aboyeurs* éprouvent un besoin immodéré de pousser leurs cris d'animaux, et une véritable satisfaction à la suite de cet acte impérieux et déraisonnable. Ce sont de vrais tiqueurs.

Les causes de ces bizarreries phonatoires sont difficiles à démêler; on peut admettre cependant que l'imitation joue un grand rôle dans leur genèse. Nous rapportons plus loin un tic d'aboiement que Charcot rattachait à l'imitation.

Chez les aliénés, des cris de ce genre se montrent liés à des idées délirantes. M. Briand a rappelé au Congrès de Limoges le cas d'un vieux délirant qui, s'imaginant être transformé en horloge, balance les bras avec la régularité d'un pendule et indique les heures par l'émission de sons rauques régulièrement espacés. Ces bruits phonatoires n'étaient pas des tics. Si singulier que fût ce langage, il était cependant approprié à son objet.

Mais il existe de vrais tics du langage.

Celui-ci, auquel coopèrent tant d'actes musculaires, peut être perturbé de façons bien différentes : des troubles de la respiration, de la phonation, de l'articulation existant tantôt isolément, tantôt et le plus souvent simultanément, viennent modifier la forme du langage; le fonds peut également être perverti par des anomalies de l'idéation.

En laissant de côté les accidents qui relèvent d'affections organiques, on ne saurait donner le nom de tics à toutes les perturbations fonctionnelles du langage qui ne semblent liées à aucune lésion matérielle des centres ou des conducteurs nerveux.

Il importe en effet de distinguer *les troubles du langage*



*qui ne se produisent qu'à l'occasion de la parole, de ceux qui se traduisent par la manifestation de la fonction du langage au moment où celle-ci est non seulement inutile, mais intempestive.*

Les premiers de ces accidents font partie du groupe des « crampes fonctionnelles ou professionnelles ». Les seconds seuls appartiennent véritablement aux tics.

Cette distinction, bien qu'elle ne soit pas toujours aisée à établir, — ici comme partout en clinique les formes de transition ne sont pas rares, — a du moins l'avantage de limiter le cadre de ce qu'on peut appeler tics du langage.

C'est ainsi que nous croyons préférable de ne pas donner le nom de tics au *bégaiement*, au *zézaïement*, au *bredouillement*, etc., bref à tous les troubles de l'articulation ou de la phonation dont l'existence ne peut être révélée que par l'acte de parler et que rien ne peut trahir en dehors de la parole.

Mais nous tenons à signaler les faits qui montrent la parenté morbide de ces anomalies fonctionnelles avec les tics, et en particulier plusieurs exemples où ces affections coexistent ou se succèdent.

Tel est le cas du bégaiement.

Le *bégaiement*, a dit M. Letulle<sup>1</sup>, est « un tic de la parole dont l'origine doit être cherchée dans un trouble fonctionnel des centres nerveux, comme pour tous les tics en général. »

Pour nous, le propre du tic est de se manifester en toute occasion. Or, le bégaiement n'a lieu qu'à l'occasion de l'exercice d'une fonction déterminée : le langage. Si le bègue ne parle pas, rien ne permet de soupçonner son infirmité.

1. *Gazette méd. de Paris*, 1883.



Le bégaiement est un trouble fonctionnel comparable à une « crampe ou professionnelle ».

Le bégaiement n'est donc pas un tic. Mais il est étroitement apparenté aux tics, et sans entrer dans les détails de son analyse, nous devons signaler ici ces liens de parenté<sup>1</sup>.

Le bégaiement apparaît ordinairement dans l'enfance, augmente à la puberté. Il est héréditaire dans plus de la moitié des cas. Il survient chez des névropathes, des déséquilibrés, issus de souche nerveuse.

Après avoir regardé les bègues comme des sujets doués d'une intelligence exubérante, chez qui les manifestations idéatives dépassaient la mobilité possible des muscles de l'articulation, on les considère aujourd'hui à juste titre comme des déséquilibrés, chez qui le pouvoir de la volonté est notablement inférieur. Comme les tics, le bégaiement n'a aucune corrélation avec l'intelligence, mais bien avec la volonté.

On l'a rattaché à des lésions matérielles des centres du langage articulé ou des noyaux bulbo-protubérantiels; ce sont là de rarissimes exceptions.

On l'a aussi considéré comme un spasme résultant d'une irritation d'un conducteur nerveux, et il est possible qu'il existe des troubles de l'articulation qui soient franchement *spasmodiques*.

Mais dans le plus grand nombre des cas, la pathogénie du bégaiement est tout à fait comparable à celle du tic.

C. Biaggi<sup>2</sup> a insisté sur les rapports du bégaiement avec les affections du nez, du larynx et du pharynx, la rhinite hypertrophique, les végétations adénoïdes en particulier.

1. Consulter à ce propos un excellent résumé M. PAUL OLIVIER : Le bégaiement dans la littérature médicale, *La Parole*, n° 10, 1899.

2. *Arch. ital. di otologia*, 1897.



Et M. Thomas Derevoge<sup>1</sup> a mis en évidence le rôle joué dans les troubles de la respiration par la faiblesse de la volonté. Il a montré que parfois les bègues avaient la *phobie de certains mots*.

Beaucoup d'observateurs admettent en effet qu'il s'agit d'un trouble d'origine psychique.

D'ailleurs, des causes analogues à celles qui influent sur les tics sont capables de modifier le bégaiement. Il cesse pendant le chant. Nous avons vu plusieurs fois des tics de la face et des membres cesser pareillement.

L'intermittence du bégaiement est surtout en rapport avec les influences morales. La colère, l'ivresse et d'autres excitations nerveuses peuvent le faire disparaître momentanément. Ainsi des tics.

Voici encore une autre analogie. Abandonné à lui-même, le tiqueur ou le bègue ne se corrige presque jamais de son défaut. Le pronostic du bégaiement régulièrement traité est, comme celui du tic, beaucoup plus encourageant. Toute la question est de savoir si le bègue aura la volonté de persévérer dans ses efforts de correction, pendant le reste de son existence.

Enfin, le bégaiement est bien la perturbation d'actes fonctionnels : c'est un trouble de la respiration, de la phonation et de l'articulation.

Si les fonctions physiologiques de la respiration, de la mastication, de la préhension labiale s'effectuent normalement chez le bègue, il en va tout autrement lorsque les organes qui concourent à l'exécution de ces fonctions vont être mis en jeu dans le langage.

Avant de parler, le bègue, au lieu d'ouvrir la bouche, serre les dents, les lèvres, met ainsi obstacle à l'entrée de

1. *Thèse de Bordeaux*, 1898.



l'air qui est forcé de pénétrer seulement par le nez. Sa langue se contracte et vient obstruer l'isthme du pharynx. Enfin, la glotte peut se fermer convulsivement à ce moment.

Puis, le malade dilate brusquement sa poitrine au maximum. Il absorbe une quantité d'air considérable, et cependant il est continuellement à bout d'haleine, car il est incapable de s'arrêter volontairement, de faire par exemple une pause entre les deux temps de la respiration. Bien plus, il veut continuer à parler alors qu'il n'a plus d'air dans ses poumons; ou bien, lorsque l'inspiration a été très profonde, il ne sait pas graduer son expiration en contractant les muscles inspireurs antagonistes.

En même temps, les cordes vocales se tendent et se rapprochent anormalement; d'où une sensation de constriction à la gorge, des bruits glottiques variés. Souvent, le malade est incapable de commencer sa phrase, il reste longtemps avant de pouvoir prononcer une syllabe.

C'est que la glotte reste ouverte et laisse échapper l'air silencieusement, ou qu'elle est au contraire contracturée, fermée complètement. Au milieu des syllabes ou des mots, la voix est aussi souvent coupée par des haltes brusques, signes manifestes de la fermeture convulsive et involontaire de la glotte.

Enfin, si les voyelles sont en général facilement prononcées, il existe une grande difficulté à émettre les consonnes, certaines consonnes surtout. Les lèvres sont souvent le siège de mouvements convulsifs rendant impossible la succession des positions nécessitées par les lettres qui se suivent dans le mot. La langue est, elle aussi, animée de secousses brusques qui s'opposent à l'articulation des sons.



La coexistence du bégaiement avec d'autres phénomènes convulsifs a d'ailleurs été fréquemment notée.

M. Janke a donné des exemples de ces mouvements, qui se reproduisent toujours les mêmes pour chaque bégue.

Un homme veut parler : s'il est debout, il fait d'abord quelques pas en arrière, tout en boitant de la jambe gauche, jusqu'à ce qu'il trouve à s'appuyer sur un objet résistant; il heurte de l'épaule gauche et à plusieurs reprises le mur ou le meuble rencontré. Alors seulement il peut parler. S'il est assis, il se soulève lentement de la chaise à laquelle ses mains se cramponnent; il se laisse ensuite retomber sur le siège et commence sa phrase.

Un autre malade de M. Janke frappait du bout des doigts sur sa cuisse, lorsqu'il avait à prononcer un mot commençant par les sons *k* ou *gu*<sup>1</sup>.

Nous avons vu dans le service de M. Brissaud, deux cas assez instructifs.

Le premier concerne un forain, qui exhibait dans une baraque une série de « transformations d'objets » obtenues par des jeux de miroirs. Fut-ce l'effet de ses boniments incessamment répétés, toujours est-il qu'un beau jour, il ne put parler sans scander ses mots, sans en exagérer l'articulation; les syllabes ne sortaient qu'une à une, explosives, accompagnées d'une fermeture brusque, rapide, exagérée des yeux et de contractions de la face. Après un silence, le début d'une phrase était annoncé par des secousses plus énergiques et plus étendues de la tête et même de tout le corps.

Le deuxième cas se rapporte à un petit israélite d'environ

1. JANKE, Sur les mouvements musculaires conscients et inconscients dans le bégaiement, *III<sup>e</sup> Congrès des médecins et des naturalistes tchèques à Prague*, 1901.



dix-huit ans, natif de Russie, puis ayant émigré en Argentine, d'où il revenait en présentant le phénomène suivant :

Quand il commençait à parler, il émettait un son dur, comme « kh », à quatre ou cinq reprises. Chaque « kh » est accompagné d'une convulsion violente de la tête à droite, d'une crispation du visage et d'un saut sur place. Puis le malade se mettait à parler avec la plus parfaite aisance, sans bégayer ni tiquer tant qu'il ne s'arrêtait pas.

Mais, dans une conversation, il faut bien s'interrompre parfois pour écouter l'interlocuteur. Après chaque silence, la même scène se reproduisait à l'occasion de la réponse.

Quant au chant, il s'exécutait à merveille, comme chez presque tous les bègues.

Ces troubles du langage sont de la forme clonique.

Il existe aussi des troubles toniques de la fonction du langage, qui se traduisent par des phénomènes d'arrêt aboutissant à une sorte de mutisme plus ou moins complet, plus ou moins prolongé.

L'un de nous en a observé récemment un bel exemple :

Une jeune fille, apparentée à plusieurs bègues, éprouve, de temps en temps, au cours de la conversation, une sensation d'angoisse singulière; elle rougit, demeure soudain immobile, comme « figée »; impossible alors d'articuler, et même de proférer un son. La glotte se contracte violemment: les efforts expiratoires sont impuissants à chasser l'air, ou bien celui-ci s'échappe en laissant entendre de petits bruits explosifs. En même temps, les lèvres sont animées de secousses convulsives et les paupières battent rapidement. L'ensemble de ces phénomènes dure quelques secondes, puis subitement la malade se met à parler avec volubilité jusqu'à ce qu'un nouvel arrêt se produise. Cette jeune fille analyse d'ailleurs très bien ses accidents. « Il m'arrive tout d'un coup, dit-elle, soit avant d'adresser la parole à quelqu'un, soit au cours d'une phrase, d'avoir *peur de ne pas pouvoir prononcer tel ou*



*tel mot*; alors, je suis perdue, je ne sais plus parler, je ne puis même plus émettre un son; ma gorge se serre; ma langue, mes lèvres n'obéissent plus, et j'éprouve un malaise angoissant très pénible. » Fait remarquable, la malade n'éprouve pas cette phobie en présence d'un mot déterminé; ce n'est jamais deux fois de suite le même. Elle est capable d'ailleurs d'articuler très correctement toutes les syllabes et n'a pas, comme les bègues, de gêne spéciale pour prononcer certaines consonnes. Le trouble fonctionnel ne porte pas seulement sur les organes de l'articulation, mais aussi sur ceux de la phonation et de la respiration. C'est, si l'on veut, une triple crampe du langage. Son point de départ psychique est manifeste.

On a décrit un trouble analogue sous le nom d'*aphonie spastique*, affection caractérisée par la perte totale de la faculté de parler à haute voix, le parler à voix basse, le chuchotement étant conservé. Ce phénomène se produit juste au moment où le malade veut parler, et s'il fait effort, il n'arrive qu'à pousser convulsivement des sons explosifs. Hasslauer<sup>1</sup> en a observé un exemple chez un sergent resté rebelle à tout traitement : il l'a considéré comme participant de l'hystérie et des névroses professionnelles.

Il ne nous paraît pas douteux que dans les observations de ce genre, le phénomène d'arrêt soit tout à fait comparable à celui qui se produit dans la « crampe des écrivains ». Ce n'est pas à proprement parler un tic tonique, car le trouble n'apparaît qu'à l'occasion de la mise en jeu de la fonction du langage. Cependant on le voit coexister avec d'autres tics.

F. Pick<sup>2</sup> a rapporté le cas d'un homme de trente-huit

1. HASSLAUER, Ueber spastischer Stimmritzen Krampf; *Militärtaertzt Zeitschrift*, n° 29, p. 417, 1900.

2. Société des médecins allemands à Prague, séance du 10 mars 1893.



ans, atteint de mouvements convulsifs de la face avec troubles de la parole.

Dès que ce malade voulait parler il se produisait des crispations de la bouche, la langue était fortement tirée vers la gauche; bientôt les mains et les pieds se mettaient à battre l'air, sans que le malade put arriver à prononcer un seul mot. Les mouvements intentionnels diminuaient l'agitation; et il n'y avait pas d'incoordination motrice. Les émotions exagéraient ces accidents.

M. Aimé en a cité encore un exemple sous le nom de *tic élocutoire*<sup>1</sup>. Dès que le malade voulait articuler un mot, sa gorge se serrait et il ne pouvait proférer aucun son. Il avait en outre des mouvements convulsifs du cou, de l'épaule et du bras. Ces accidents qui duraient depuis 8 ans, disparurent sous l'influence d'une rééducation méthodique.

Un tiqueur cité par Kopczynski, outre des mouvements convulsifs du visage et des membres, avait plusieurs anomalies du langage. Par exemple, il prononçait souvent d'une façon extrêmement monotone toute une suite de mots ou même toute une phrase; puis le langage redevenait normal. D'autres fois, il faisait, au milieu d'une phrase, une pause de 5 à 40 secondes.

Il existe d'ailleurs de véritables spasmes phonatoires, *laryngospasmes*, liés à des causes irritatives locales, et qui disparaissent avec celles-ci. Des lésions centrales seraient capables de produire des effets analogues.

Uchermann<sup>2</sup> a rapporté l'observation d'un homme de soixante-huit ans chez lequel survenaient toutes les cinq ou dix minutes des attaques de mutisme. L'examen laryngosco-

1. AIMÉ, Un cas de tic élocutoire, *Revue médicale de l'Est*, 1<sup>er</sup> janv. 1901.

2. UCHERMANN, *Arch. f. Laryngol*, vol. VII, cahiers 2 et 3, 1898.



piqué pratiqué pendant ces attaques a montré qu'il existait alors un spasme de la glotte. En même temps que des secousses alternantes, rythmiques et cloniques de fermeture et d'ouverture de la glotte, se produisaient des contractions toniques dans les muscles de la mâchoire, et cloniques dans les muscles du voile du palais, dans la langue et dans l'avant-bras. Ces phénomènes duraient depuis environ un mois, lorsque survint une hémiplegie droite spasmodique, bientôt suivie d'accidents démentiels. Trois semaines plus tard le malade mourut. Bien qu'il n'y ait pas eu d'autopsie, l'auteur pense qu'il s'agissait d'une lésion de la région du sulcus præcentralis gauche intéressant les centres de la mastication (pied de  $F_2$  et  $F_3$ ), de l'ouverture de la glotte (pied de  $F_3$  chez le chien), de la langue, de la phonation.

Si maintenant l'on considère le *contenu* du langage, on voit qu'il peut présenter de singulières anomalies, dont l'apparition subite, involontaire, inopportune, et la répétition fréquente, ne sont pas sans analogie avec les tics.

M. Letulle parle d'un homme qui ne pouvait prononcer quatre mots de suite, sans intercaler un « monsieur » séparant tous les membres de phrases. Il en est de même des « n'est-ce pas ? », « n'est-il pas vrai ? », « à vrai dire » dont une foule de gens ponctuent avec excès leurs discours. L'un de nous connaît une personne dont chaque récit est encombré de la locution « vous concevez ? ». Et le « vous concevez » reparait sans modification, alors même que cette personne tutoie son interlocuteur.

Tel était encore un pauvre diable que le besoin contraignait quelquefois à figurer, comme nègre, dans les défilés de l'Hippodrome ou bien à distribuer des prospectus dans les rues. « Eh!.. mon garçon, bien entendu, ma foi ! » était le refrain qui revenait périodiquement émailler son discours, quel que fut son interlocuteur, même s'il le voyait pour la première fois.



Dans le théâtre d'Ibsen, George Tesman, le mari de *Hedda Gabler*, est un débile qui commence ses phrases par un invariable : « Dis donc, Hedda », et les termine par un non moins invariable « hein ! »<sup>1</sup>.

Toutes ces locutions habituelles, dont on pourrait multiplier les exemples à foison, sont comparables aux grimaces ou aux gestes familiers que l'on fait à l'occasion de certains actes qui nécessitent un effort d'attention. Mais les uns et les autres ne peuvent être qualifiés de tics, s'ils ne se reproduisent pas en dehors de ces moments-là.

D'ailleurs, si l'emploi de ces locutions est certainement abusif, on ne peut dire qu'il soit déraisonnable. Trop de « n'est-ce-pas ? », trop de « vous concevez ? » sont assurément d'un fâcheux effet et alourdissent inutilement les phrases. Mais ce ne sont, en somme, que des formules surabondantes, des fautes de style ou de grammaire, qui dénotent simplement une certaine inattention, mais non pas un sérieux défaut mental.

Plus grave est l'introduction dans le discours de termes ou de locutions qui n'ont aucun sens et qui trahissent une anomalie mentale singulière, qu'une volonté mal assise ne peut pas corriger. La perturbation fonctionnelle est alors bien voisine des tics.

Tel est le cas de ce confrère distingué qui, à tout instant, au cours de ses phrases, répétait le mot *cousisi*<sup>2</sup>.

On peut d'ailleurs admettre avec M. Séglas qu'il s'agit en pareil cas de *stéréotypies dans le langage parlé*.

Une malade de la Salpêtrière terminait toujours ses phrases par « en tout et pour tout ». Une autre commençait toutes ses phrases par « Araken-Doken-Zoken » (A. Marie).

1. ROBERT GEYER, Étude médico-psychologique sur le théâtre d'Ibsen, *Thèse de Paris*, 1902, p. 79.

2. GRASSET, *Clinique méd.*, 1891.



Beaucoup de « néologismes » créés par les aliénés peuvent être considérés comme des stéréotypies du langage.

Une persécutée se dit en butte aux poursuites des « Reluquets ». Une autre, qui se plaint de sensations douloureuses le long de l'épine dorsale, attribue celles-ci aux agissements d'un forçat « *épine dorsalier* » (Séglas).

Chez les aliénés, au bout d'un certain temps, le lien d'association qui reliait l'idée première au néologisme disparaît, et le malade ne peut plus guère expliquer le sens du langage spécial dont il continue à se servir. Mais lorsqu'on a affaire à des sujets dont l'état mental est moins gravement compromis, le néologisme ne peut être considéré que comme une bizarrerie, indiquant, il est vrai, une tournure d'esprit qui s'écarte de la normale et qui va généralement de pair avec d'autres modes de déséquilibre. Tel était M. O., avec ses « vertigos » et ses « paratics ».

Enfin, nous arrivons aux mots ou phrases involontaires qui font explosion pendant le silence, dont le besoin apparaît impérieux, inopinément et inopportunément, que rien ne peut retenir et dont l'émission est suivie d'une satisfaction. Ce sont là vraiment des tics du langage.

M. G. Guinon en a donné une excellente analyse :

Au plus haut degré de l'échelle parmi les exclamations, se trouvent les mots involontaires, répétés sans raison, hors de propos, d'un grand éclat de voix, au milieu des tics et des grimaces. Mais dans ces mots involontaires il faut établir deux catégories très tranchées.

Dans la première, les mots prononcés sont quelconques; chaque malade peut avoir le sien : le nombre en est donc absolument illimité et en donner des exemples serait superflu. Disons seulement que l'on peut quelquefois retrou-



ver dans les antécédents la raison pour laquelle le malade prononce tel ou tel mot ou nom, de préférence à tel ou tel autre. Nous citerons comme exemple le cas de cet homme dont l'exclamation involontaire était : *Maria!* Il avait éprouvé nombre d'années auparavant, étant tout jeune, une passion d'enfant pour une petite fille portant ce nom, et, depuis le jour où il en avait été séparé, il prononçait involontairement ce mot : *Maria!*

Les troubles de ce genre sont bien des tics.

Ils ont même origine, même mode d'extériorisation ; que la localisation motrice soit brachiale, faciale ou verbale, le phénomène est identique. Une idée provoque un geste du bras, une mimique, ou un mot articulé. Si l'idée reste un certain temps prévalente, le geste, la mimique, le mot sont répétés. La répétition crée une habitude fonctionnelle. L'idée disparaît ; si l'habitude motrice persiste, si le sujet n'a pas la volonté suffisante pour l'enrayer, geste, mimique ou mot, demeurent et se manifestent hors de propos : ce sont des tics.

Ainsi agissent en particulier les *hallucinations verbales motrices* dont M. Séglas a fait une si remarquable étude. Les tics du langage ne sont souvent que leur mode d'extériorisation. Ainsi agissent aussi les *impulsions verbales*. Une malade de M. Séglas prononçait à haute voix des mots violents, des injures, des « choses qu'il lui faut dire et qu'elle ne voudrait pas dire » et dont elle s'excusait. Un tiqueur nous en disait tout autant pour les coups de pied qu'il lançait dans le vide.

C'est dans la catégorie des tics du langage qu'on peut faire rentrer un certain nombre de faits décrits çà et là sous des étiquettes diverses.

M. Pitres a rapporté une belle observation de ce genre :



Un homme de cinquante-neuf ans, jusqu'alors indemne d'accidents névropathiques, s'était retiré des affaires après une vie très active; bientôt il s'ennuya, devint triste, morose, irritable. Le sommeil disparut; une tentative de suicide n'avorta que par le hasard. Quelques semaines plus tard il commença à pousser involontairement des aboiements inarticulés. Un mois plus tard il criait : *Numa! Hélène! Camille! Maria!* (C'étaient les noms de sa femme et de ses enfants). — Cela dura quatorze mois, après lesquels il jouit pendant trois ans d'une excellente santé.

Mais bientôt, à la suite de préoccupations financières, il se remit à proférer ses cris d'autrefois. L'insomnie reparut, les tentatives de suicide se renouvelèrent.

Toutes les deux, trois, quatre ou cinq minutes, ce malade poussait brusquement à voix haute, claire, brève et bien timbrée, quelques cris très nettement articulés. Tantôt il lançait successivement et très rapidement les quatre noms : *Numa! Hélène! Camille! Maria!* tantôt il répétait l'un d'eux avec violence : *Numa! Numa!..., Hélène! Hélène! Hélène! Hélène!..., etc.*

L'émission de ces mots était accompagnée de secousses convulsives violentes dans les muscles des bras et du tronc. Quelquefois le malade s'abaissait ou s'accroupissait pour les proférer.

Les cris se produisaient souvent au milieu d'une phrase commencée. Le malade ne pouvait les retenir ni même les modérer; il ne pouvait prononcer un nom crié habituellement par un autre, dire par exemple *Henri* au lieu de *Numa*, ni *Jeanne* au lieu d'*Hélène*. Cependant il répétait pendant des heures entières le nom d'amis qui venaient le voir. Il avait crié *Georges! Georges!* toute la journée après la visite d'un cousin portant ce nom. La veille d'une consultation médicale il avait crié presque uniquement le nom du nouveau médecin qui devait l'examiner.

Cet état s'améliora lentement et le malade finit par guérir 18 mois après le début de l'accès.

M. Pitres rapproche de son observation un cas de Calvert Holland :



Un mineur, deux mois après avoir éprouvé un commencement d'asphyxie, éprouva le besoin irrésistible de parler. Ses paroles étaient rapides et peu distinctes; il avait tendance à balbutier, à répéter deux ou trois fois la même chose. Bientôt survinrent des accès de spasmes rotatoires de la tête. Guérison cinq mois après.

Enfin ce dernier fait rapporté par Ball :

Une jeune fille se mettait à chaque instant à genoux, sans aucun motif plausible, faisait le signe de la croix et répétait : *Jésus, Marie, Joseph*. Tout se bornait là, mais ces exclamations pieuses se produisant au milieu d'un salon ou sur une place publique, avaient fini par la faire considérer comme ayant perdu la raison.

L'étude des troubles du langage chez les aliénés<sup>1</sup> permet d'éclaircir la pathogénie de ces phénomènes. Ils sont de même nature qu'un grand nombre de syndromes obsédants portant sur les éléments du langage, l'onomatomanie, l'arithmomanie. Ils peuvent, dans un grand nombre de cas, être identifiés aux tics.

#### Écholalie.

M. Gilles de la Tourette, en décrivant la maladie qui porte son nom, a appelé *écholalie* un phénomène verbal qui s'observe parfois, mais non toujours, chez les tiqueurs.

Le malade, dit M. G. GUINON, répète involontairement, comme un écho, les sons qu'il entend émettre autour de lui, et de même que l'écho il est plus ou moins complet, c'est-à-dire qu'il en répète plus ou moins long. Ceux chez qui le phénomène est le moins accentué se contentent de reproduire

1. SÉGLAS, *Leçons sur les maladies mentales et nerveuses*.



sans le vouloir un cri, une exclamation inarticulée : *Ah!* que l'on profère à côté d'eux. Un degré de plus et le patient répétera un, deux, trois des derniers mots d'une phrase prononcée par une personne voisine; au degré le plus accentué il reproduira un membre de phrase tout entier. Généralement les mots répétés en écho le sont d'une façon bruyante, sous forme d'une vive exclamation. Mais il peut se faire qu'il n'en soit pas toujours de même.

Ainsi le malade, tout au début, lorsque ce symptôme surprenant pour lui-même ne fait que commencer, s'aperçoit avec étonnement qu'il répète involontairement tout bas des exclamations ou des bouts de phrases qu'il entend autour de lui. Il s'effraie, sa tête travaille, il cherche à se retenir, et alors arrive ce sentiment d'angoisse qui se produit toujours lorsqu'il veut arrêter quelques-unes de ces manifestations indépendantes de sa volonté. C'est à ce moment qu'il lâche violemment son mot, sa phrase en écho, tantôt ne la répétant qu'une fois, tantôt le redisant plusieurs fois de suite avec une sorte d'archarnement. Les cris, les exclamations, les mots répétés le sont avec une fidélité parfaite et une parfaite netteté. Les hurlements les plus étranges d'un hystérique en attaque, nous les avons entendus répétés, par un homme atteint de tics et parfaitement imités...

Par l'habitude, la volonté arrive à pouvoir exercer sur l'écholalie, comme sur les mouvements convulsifs, une certaine influence. Quelquefois le malade arrive à ne pas faire l'écho. Mais aussi bien souvent il n'y parvient qu'imparfaitement en quelque sorte, et tandis que sa volonté s'efforce de maintenir sa langue, elle lâche la bride aux tics et un accès survient, très violent. Dans des cas plus bénins le malade semble pouvoir remplacer jusqu'à un certain point un mot en écho par un mouvement surtout par une petite secousse de toux ou un *hem!* plus ou moins accentué. Cette action complète ou incomplète de sa volonté sur la production de l'écholalie existe surtout lorsque le malade est prévenu, lorsqu'il sent qu'on l'observe. Au contraire lorsqu'on vient à proférer brusquement auprès de lui, sans qu'il s'y attende, quelque exclamation, dans ce cas il la reproduit presque à coup sûr.



L'écholalie, comme l'échokinésie, pour fréquentes qu'elles soient chez les tiqueurs, ne sont cependant pas des tics. Ces phénomènes en effet exigent pour se produire le concours d'autrui. Le tic au contraire, une fois constitué, n'a besoin d'aucune incitation venue de l'extérieur pour se manifester. Il se suffit à lui-même.

Echolalie et échokinésie sont d'ailleurs judicieusement rapprochées des tics. Elles se développent sur le même terrain mental. On peut faire remarquer à ce propos qu'elles représentent la persistance et l'amplification chez l'adulte, d'une tendance manifeste chez l'enfant à répéter les paroles ou les actes qu'il entend ou qu'il voit. Elles sont donc encore l'indice d'un retard dans le développement mental, et traduisent à leur manière l'infantilisme psychique.

M. J. Noir a fait une intéressante étude de l'écholalie chez les aveugles.

L'écholalie, dit-il, consiste dans la répétition par la personne qui en est atteinte, des mots qu'on prononce devant elle. Cette répétition est brusque, rapide, et peut être en tout point comparée à un réflexe. Les sons n'ont pas plutôt frappé l'oreille qu'ils sont répétés par l'écholalique. Une preuve que dans l'écholalie complète le malade ne réfléchit pas, c'est qu'il répète les paroles les plus bizarres, les termes techniques, les mots de langue étrangère tant bien que mal et sans les comprendre.

Il est intéressant de constater que sur la douzaine de cas d'écholalie que nous avons pu observer, la moitié existait chez des aveugles. Cette coïncidence doit avoir sa raison d'être : la cécité et l'écholalie paraissent liées par des rapports de cause à effet. L'aveugle-né n'ayant qu'un sens supérieur pour enregistrer les impressions qui lui viennent de l'extérieur, doit avoir une mémoire auditive développée et qu'il tend à accroître, la mémoire visuelle ne pouvant exister



chez lui. Aussi, toutes les fois que chez un sujet aveugle et peu intelligent une impression auditive survient, il cherche aussitôt à en fixer les sons dans son cerveau imparfait; son organisation défectueuse ne peut sans doute lui permettre de le faire par le langage intérieur, il ne peut chuchoter mentalement à son oreille les bruits qu'il vient d'entendre; alors par un procédé plus grossier il excite les centres de sa mémoire en répétant aussitôt ce qu'il vient d'entendre. C'est pour cela que nous entendons des aveugles écholaliques répéter la phrase avant de répondre. La même chose du reste paraît se passer dans l'échokinésie et le plus bel exemple de cet état que nous ayons trouvé est justement un sourd et muet; chez lui sans doute il se passe pour la vue ce qui se passe pour l'ouïe chez l'écholalique.

M. J. Noir tend à généraliser ce mécanisme aux écholaliques non aveugles. Il établit par des exemples que des écholaliques « voyants » sont dépourvus de mémoire visuelle. Ils sont donc à ce point de vue dans les mêmes conditions que les aveugles-nés. Ils sont des aveugles pour la mémoire visuelle. Conclusion : « Les écholaliques non aveugles seraient dépourvus de mémoire visuelle. L'échokinésie aurait un rapport analogue avec la mémoire auditive. »

Cette hypothèse est séduisante; on peut faire remarquer en outre que les écholaliques sont certainement des « moteurs », de même que les sujets atteints d'hallucinations verbales de l'ouïe ou de la vue sont des « auditifs » ou des « visuels ».

L'écholalie est susceptible d'amélioration et même de guérison.

Elle guérit assez facilement, dit encore M. J. Noir, lorsqu'elle se trouve isolée ou qu'elle se manifeste chez des idiots avec des tics coordonnés. L'évolution qu'elle subit est intéressante et nous allons en donner un exemple. Si nous



disons à un écholalique parfait : « As-tu faim ? » Il répondra aussitôt : « As-tu faim ? » Plus tard, si son écholalie se modifie sous l'influence de l'éducation, sa réponse deviendra : « As-tu faim ? As-tu... ? Oui, monsieur, j'ai faim. » Après quelques progrès il répondra : « Oui, monsieur, j'ai faim. » « Et une fois complètement guéri, il se bornera à dire : « Oui, monsieur. »

Les observations de M. J. Noir lui ont permis de vérifier plusieurs faits de ce genre.

Mais l'écholalie n'est pas l'apanage exclusif des tiqueurs ; on l'observe chez des sujets qui n'ont aucune espèce de tic, chez des vésaniques, et même dans certaines affections organiques des centres nerveux.

Nous avons vu, pendant quelques jours, dans le service de M. Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, un paralytique général qui répétait régulièrement les questions qui lui étaient posées ; si la demande était un peu longue, il n'en répétait que les dix ou quinze derniers mots ; puis il répondait correctement.

Cantelena rapporte le cas d'une femme qui, atteinte d'hémiplégie droite et d'épilepsie partielle, répétait invariablement les derniers mots de toute demande qui lui était adressée. A l'autopsie, on trouva plusieurs tumeurs cérébrales.

On peut concevoir en effet qu'une lésion matérielle, aussi bien qu'un arrêt de développement congénital, puisse mettre entrave aux réactions inhibitrices de la volonté. Les excitations auditives ou visuelles n'étant pas modifiées par le frein volontaire, se transmettent aux centres moteurs sans modification aucune, d'où la répétition de la voix et des gestes. Une irritation corticale localisée peut favoriser le déclenchement d'un mouvement involontaire ou d'un phénomène verbal.



### Coprolalie.

Avec l'écholalie, la *coprolalie*, « manie blasphématoire », de Verga, serait, d'après M. Gilles de la Tourette, un des troubles du langage les plus fréquents dans la maladie des tics convulsifs.

Il est possible en effet qu'un tiqueur soit en même temps coprolalique; mais il existe un très grand nombre de tiqueurs qui ne sont pas coprolaliques. Par contre, la coprolalie s'observe chez des individus qui n'ont aucune espèce de tic.

Ces deux phénomènes, dit M. MAGNAN<sup>1</sup>, tics et coprolalie, coexistent parfois, mais ils peuvent également se montrer isolément, et quelquefois aussi ils sont associés à l'un ou à plusieurs des autres syndromes; ils font, en réalité, cortège à la folie héréditaire et n'en sont que des syndromes épisodiques.

Il ne faut pas confondre la coprolalie avec l'emploi abusif des termes triviaux ou même orduriers dont certaines personnes, de l'éducation la plus soignée, ne craignent pas d'émailler à profusion leur langage. Cette tendance n'est pas rare; elle dénote tantôt un manque d'équilibre entre les idées et les paroles, tantôt un arrêt de développement ou un certain degré de perversion du sens moral.

M. G. Guinon a observé un malade qui tenait, en présence de sa mère, des propos d'une inconvenance extrême et qui étaient absolument déplacés dans la conversation. Cet homme était bien coprolalique au sens étymologique du mot; mais ce genre de coprolalie ne saurait passer pour un tic.

1. MAGNAN, *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 288.



Au contraire, lorsque l'émission verbale ordurière est d'une brusquerie, d'une impétuosité telle qu'elle devance l'action frénatrice de la volonté, lorsque le juron est lâché avant que le sujet ait pu *vouloir* le retenir, lorsque le besoin qui précède cette émission est impérieux, irrésistible, lorsqu'elle a lieu en toutes circonstances, en dehors du discours, et là surtout où il ne faudrait pas qu'elle se produise, alors il s'agit vraiment d'un tic coprolalique du langage, où se reconnaît la déplorable faiblesse de la volonté, incapable de refréner un acte dont l'incongruité est évidente pour le tiqueur lui-même.

Les malades, dit M. G. GUINON, ont une tendance invincible à choisir les termes les plus grossiers, les plus orduriers... « Nom de Dieu! Merde! Foutre! Couillon! Cochon! » Tels sont les mots qui composent le plus ordinairement le vocabulaire forcé des coprolaliques. Et il ne faudrait pas croire que ces expressions se rencontrent seulement sur les lèvres de gens habitués à se servir de semblables termes. Bien au contraire, les personnes les mieux élevées, lorsqu'elles viennent à être atteintes de cette déplorable infirmité, emploient également sans pouvoir s'en empêcher le même langage ordurier. Qu'il nous suffise de citer l'exemple devenu classique de la marquise de Dampierre qui, depuis sa jeunesse jusqu'à l'âge de quatre-vingt-dix ans, prononçait involontairement, même dans les circonstances les plus solennelles, les mots : *Merde!* et *foutu cochon!*

PITRES a observé une petite fille fort bien élevée qui s'est mise tout à coup, vers l'âge de dix ans, à crier involontairement les mots les plus grossiers, qu'elle n'avait certainement jamais recueillis sur les lèvres de ses parents ou des personnes de son entourage. Cette infirmité rend souvent les malades très malheureux; ils se sentent un objet de scandale et ils regrettent ces mots qu'ils lâchent malgré eux. Ils peuvent quelquefois les arrêter, mais pas assez à coup sûr pour éviter des ennuis de toute espèce. Gilles de la Tourette rapporte l'histoire d'un jeune garçon atteint de tics et de copro-



lalie, qui s'était un jour arrêté à regarder d'autres enfants jouer aux billes. Tout en les examinant, il haussait les épaules en s'écriant : *Couillon!* Les enfants, croyant que ce mot était à leur adresse, se jetèrent sur le pauvre coprolalique et lui administrèrent, à son grand effarement, une correction soignée.

« Pourquoi, ajoute M. G. Guinon, les malades emploient-ils des termes de ce genre? Ce n'est pas, nous l'avons vu, parce qu'ils peuvent être mal élevés. La cause de cette bizarre préférence reste en somme absolument inconnue. »

Cependant Charcot a proposé une explication plausible :

Il est très probable, dit-il<sup>1</sup>, que la coprolalie n'est souvent que de l'écholalie; ce qui semble le bien établir, c'est que cette demoiselle X... changeait quelquefois ses exclamations articulées, ordurières, contre une espèce d'aboiement qui imitait d'une façon presque servile le jappement de son chien favori.

Un jeune garçon russe, qui est venu récemment me consulter avec sa mère, entremêlait devant moi ses tics convulsifs avec des cris fort singuliers paraissant exprimer la douleur. La mère m'apprit que ces cris étaient l'imitation exacte de celui qu'elle avait laissé échapper elle-même un jour devant l'enfant, au moment où elle s'était piqué un doigt en travaillant à la machine à coudre.

Grâce à l'écholalie, le coprolalique peut d'ailleurs d'un instant à l'autre, enrichir son vocabulaire.

Nous avons observé longuement, dans le service de M. Brissaud, à l'hôpital Saint-Antoine, un petit malade dont la coprolalie se perfectionna — si l'on peut ainsi dire, — grâce à une tendance manifeste à l'écholalie des gros mots. S'il entendait parler autour de lui, il répétait aussitôt les paroles qui avaient ou lui semblaient avoir

1. *Leçons du mardi*, 23 octobre 1888.



un sens ordurier. S'il apercevait une personne connue, il criait son nom accompagné d'injures variées; toute femme, surveillante, infirmière ou visiteuse, était accueillie par les vocables les plus grossiers. Ce petit coprolalique modifiait donc ses expressions suivant ses acquisitions nouvelles et suivant ses idées. D'ailleurs, il n'était pas seulement ordurier en paroles; ses dessins, bien qu'informes, reflétaient très nettement la tournure de son esprit. Enfin, cet enfant présentait des mouvements convulsifs auxquels participaient les bras et jambes et par lesquels il accompagnait ses phrases ordurières : gestes inconstants, irréguliers, très variables.

On peut remarquer que les termes employés par les coprolaliques sont souvent ceux qui, dans le vocabulaire commun, sont usités pour traduire des états émotifs violents et désagréables.

Quand, pour telle ou telle cause, nous nous trouvons en état de colère ou d'impatience, ce sont généralement ces mots qui viennent immédiatement à l'esprit. Or, pendant la colère et l'impatience, l'équilibre volontaire est passagèrement dérangé, le contrôle de la réflexion fait momentanément défaut. Ces mots, sans doute, on sait qu'il ne faut pas les dire, et effectivement, on ne les prononce pas, quand on est en pleine possession de soi-même. Mais, dans un moment où la surveillance se ralentit, ils tendent à s'échapper et ils partent, parfois avec notre consentement, plus souvent en devançant notre permission.

Auquel de nous n'est-il pas arrivé, même dans la solitude, en présence d'une difficulté ou d'une contrariété subites, de laisser échapper un juron, qui d'ailleurs ne faisait pas partie de notre vocabulaire coutumier? Pareil-



lement, n'avons-nous pas, dans les mêmes circonstances, esquissé plus d'une fois un geste violent de la main ou du pied, ou convulsé notre visage en une brusque grimace d'impatience? Mais la présence d'une personne devant laquelle nous aurions su qu'il eut fallu nous contenir, la réflexion seule de l'inopportunité de ces manifestations aurait suffi à les maîtriser.

Cependant, si l'on y prend garde, on s'apercevra que cet acte de répression volontaire entraîne toujours un certain malaise : tel un besoin qui n'est pas satisfait.

Dans les instants d'impatience, chez certaines personnes l'expulsion d'un gros mot est tellement impérieuse, qu'elles ne se contentent pas de le dire et de le répéter plusieurs fois mentalement; elles se détourneront pour le dire à voix basse, avec mille subterfuges pour en dissimuler la forme et la signification.

Car on peut être *mentalement coprolalique*; c'est le premier degré de la coprolalie, il se borne à la représentation mentale d'un mot ordurier.

La coprolalie mentale s'observe souvent chez les obsédés.

M. Séglas a rapporté l'histoire d'un malade atteint de folie du doute, qui craignait de prononcer des mots grossiers « parce qu'il se sentait les articuler mentalement »; souvent même, il se demandait s'il ne les avait pas réellement prononcés<sup>1</sup>.

Il s'agit là de véritables hallucinations verbales psychomotrices, qui ne sont pas rares chez les obsédés de la forme impulsive. Un degré de plus, et le mot sera proféré à voix basse; un degré encore, il éclatera tout haut.

Enfin, au dernier degré, non seulement le mot ordurier

1. SÉGLAS, *Leçons sur les maladies mentales et nerveuses*, publiées par Henry Meige, 1895, p. 83.



s'échappera, irrésistible ; mais il se reproduira même en l'absence de toute contrariété, sans aucune des raisons qui font qu'à la rigueur on l'excuse ; il fera explosion à propos de tout comme à propos de rien. Alors la coprolalie devient une impulsion verbale irrésistible qui, par sa répétition, prend les caractères d'un véritable tic. M. Magnan a bien montré cette « obsession du mot qui s'impose », lequel s'échappe parfois « avec l'irrésistibilité du tic ».



## Évolution des Tics.

L'évolution du tic est essentiellement capricieuse.

Chaque tic évolue à sa façon et l'on comprendra qu'il en soit ainsi si l'on se rappelle que la réaction motrice reflète l'état mental du tiqueur. Les différences qui caractérisent chaque individu se retrouvent aussi bien dans le corps que dans l'esprit, à l'état normal comme à l'état de maladie. Il est donc presque impossible de tracer une esquisse d'ensemble de l'évolution des tics. Nous nous bornerons à quelques remarques d'ordre très général.

Le *début* du tic se montre insidieux dans la majorité des cas.

Un beau jour on s'aperçoit qu'un enfant, un adolescent, ou même un adulte, répète un mouvement, toujours le même, sans raison et plus souvent que de raison. Peu à peu, le tic s'enracine plus profondément, il devient une anomalie fonctionnelle inséparable du sujet. Nous avons assez longuement insisté sur ce mécanisme pathogénique pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici.

Il semble qu'au début le tic ne s'installe qu'avec une certaine hésitation, après une période de tâtonnements. Tantôt il reste localisé au lieu où il est né, tantôt il s'étend jusqu'à une certaine distance du muscle ou du groupe musculaire où il a débuté; un moment arrive où



il ne progresse plus ; il est fixé, peut-être pour toujours.

Un tic n'apparaît donc pas subitement. Même lorsqu'on peut trouver nettement sa cause provocatrice, on s'aperçoit que le tic n'est définitivement constitué qu'après une certaine période d'apprentissage ou d'éducation.

Témoin l'histoire du jeune J... Et ce cas récent rapporté par M. Pitres :

Un petit garçon de neuf ans fut violemment effrayé par ses camarades cachés derrière un bûcher ; à son approche, ils s'étaient inopinément élancés sur lui en poussant de grands cris. L'enfant avait eu peur, mais l'émotion ne dura pas longtemps, car quelques instants après, il jouait avec ceux qui l'avaient effrayé comme si rien d'anormal ne s'était passé. Cependant, quelques jours après cet incident, il commença à présenter des secousses dans les muscles de la partie supérieure du corps et à pousser involontairement des cris étouffés. Ces accidents devinrent peu à peu plus violents et plus fréquents ; ce furent bientôt de véritables tics.

Un an après leur apparition, l'enfant fut soumis à un traitement interne dont il ne peut préciser la nature. Ce traitement améliora son état, sans le guérir complètement. L'amélioration persista jusqu'à l'âge de dix-sept ans. A cette époque, sans cause connue, le mal recommença à s'aggraver. Pendant deux ans, il fit des progrès continus. Depuis un an, il est resté à peu près stationnaire. Ce tic constitué par de violents soubresauts secouant la tête seule, ou à la fois la tête et les membres, était accompagné d'un cri rauque, ou d'une sorte de grognement court et bref. Il guérit par la gymnastique respiratoire à laquelle fut soumis le sujet sur les indications de M. Pitres.

Cette histoire est un exemple excellent qui peut schématiser, autant qu'il est possible, le mode d'évolution le plus habituel des tics.

Début timide, sinon insidieux ; extension consécutive des phénomènes convulsifs ; amélioration passagère sous



l'influence d'un traitement; rechute; nouvelle extension des accidents; enfin nouvelle disparition de ceux-ci grâce à une bonne discipline motrice.

Le tic, nous l'avons vu, peut être unique, localisé indéfiniment au même muscle ou au même groupe musculaire. Il peut aussi se montrer errant, migrateur : tic variable, qui apparaît aujourd'hui en une région du corps, disparaît le lendemain pour être remplacé par un autre dans une autre sphère.

D'autres fois, deux tics coexistent ou se superposent, ou s'accompagnent bientôt d'un troisième, et ainsi de suite. D'aucuns s'éteignent, de nouveaux apparaissent; il peut y avoir des accalmies générales, des résurrections inopinées.

Il en est même qui semblent apparaître d'un jour à l'autre; mais ce sont le plus souvent des tics anciens, disparus depuis un mois, depuis un an ou plus, qui renaissent subitement avec toute leur perfection.

Le tic, en effet, est enclin à l'envahissement : l'acte fonctionnel tend à se compliquer.

Après l'orbiculaire, par exemple, le tic gagne les groupes musculaires voisins, et plus particulièrement les muscles qui, par une action synergique, donnent une expression spéciale à la physionomie. C'est ainsi que l'on voit les tics des paupières s'accompagner de contractions des muscles frontaux, des pyramidaux, des sourciliers. Les tics des commissures ou de l'aile du nez ne tardent pas, le plus souvent, à s'étendre à tous les muscles élévateurs de ces parties. Il n'est pas surprenant que les groupes musculaires qui se contractent généralement ensemble à l'état normal, tendent à le faire à l'état pathologique (J. NOIR).

En outre, le tiqueur, dont l'imagination est presque toujours féconde, sait par des inventions motrices de son



cru, modifier, compliquer, parodier, caricaturiser de mille manières les actes fonctionnels sur lesquels ses tics sont venus se greffer.

Les tics subissent des modifications continuelles.

Nous avons déjà parlé de variations en étendue, en fréquence et en violence, des accès; modifications quotidiennes qui font que le tiqueur a ses bons et mauvais jours. « Nous avons de bons moments et de fichus quarts d'heure », répétait volontiers M. O...

Le repos de la nuit, la solitude, le silence et l'obscurité, la distraction, ont le plus souvent une action sédative. La fatigue, un bruit agaçant et prolongé, la crainte du ridicule, etc., ont pour effet d'exagérer momentanément le tic.

Si M. S... semble absolument incapable de tourner la tête à droite lorsqu'on le lui commande, il lui arrive maintes fois d'exécuter ce mouvement avec la plus grande facilité lorsque son attention est brusquement attirée vers la droite. Par contre, s'il réfléchit un instant avant de faire ce geste, il exécute toutes sortes de contorsions sans pouvoir y parvenir, et finalement fait demi-tour sur lui-même pour arriver à regarder à droite. Bien plus, il lui est arrivé de faire de la sorte deux ou trois tours successifs avant d'arrêter son regard sur un objet, « comme fait, dit-il, un chien qui court après sa queue ». Mais qu'une visite agréable survienne, qu'il se jance dans une discussion ou dans un jeu qui le passionne, qu'il ait à faire une réprimande à quelqu'un de son entourage, aussitôt il oublie tout son mal, parle avec abondance, gesticule, disserte, ergote à perte de vue. Sa tête se redresse, son torticolis disparaît complètement, il redevient tout à fait normal.

Dans son lit, avant de s'endormir, il tient encore sa tête en rotation à gauche pendant quelque temps, puis peu à peu celle-ci prend n'importe quelle position; il dort de la façon la plus naturelle.



Une maladie intercurrente peut provoquer une recrudescence des tics ; mais elle a aussi souvent pour effet d'atténuer ou même de les faire cesser temporairement, surtout lorsque le sujet est contraint de garder le lit, ce qui constitue toujours un excellent moyen de sédation. Dès que le malade entre en convalescence, les tics reparaissent généralement.

Parmi les causes pouvant réussir à atténuer un tic pendant un certain temps, la plus efficace est certainement le repos du corps et de l'esprit, l'absence de fatigues, de préoccupations, en un mot, pour emprunter la judicieuse expression de M. P. Janet : le bonheur.

Le bonheur, qui calme l'hystérie, est également une puissante panacée pour le tiqueur. Ce mot de « bonheur » doit être entendu dans son sens le plus large. Le tic apparaît souvent, ou souvent s'exaspère à la suite de préoccupations de toutes sortes, à propos de soucis financiers par exemple. Nous avons vu des tics s'amender considérablement et rester très atténués, après une rentrée de fonds, après une commande suffisante pour faire disparaître la crainte du lendemain.

Chez l'enfant, le bonheur est de jouer en liberté. Aussi, chez le petit malade de M. Tissié, le tic facial et la toux convulsive disparaissaient pendant les vacances, pour reparaitre d'ailleurs dès la rentrée au collège.

De telles remarques sont fréquentes. Cependant, bien souvent aussi, la raison de l'atténuation ou de l'aggravation d'un tic nous échappe complètement, surtout lorsqu'il s'agit des rémissions de longue durée. Enfin, on voit des tics guérir spontanément, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, sans qu'il soit possible d'en trouver la raison.

L'évolution des tics, grâce au polymorphisme de l'état



mental des tiqueurs, se prête donc mal à la description nosographique. Quelques cas cependant font exception et semblent suivre, dans leur évolution, une marche à peu près systématique, en tous cas assez régulièrement progressive. Ces cas constituent, à proprement parler, la maladie de Gilles de la Tourette.

### Maladie de Gilles de la Tourette.

Sous ce titre : *Étude sur une affection nerveuse, caractérisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie*, M. Gilles de la Tourette a groupé, en 1885<sup>1</sup>, un certain nombre d'observations de tiqueurs dont il a fait ressortir les caractères communs et qui lui ont permis de décrire un type morbide, remarquable surtout par son évolution progressive. La description en a été reprise par M. G. Guinon, sous forme nosographique. Elle figure désormais dans tous les ouvrages didactiques.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler, à diverses reprises, des différents symptômes de la maladie de Gilles de la Tourette. Mais il est nécessaire d'en retracer le tableau schématique; nous l'emprunterons au dernier travail que lui a consacré M. Gilles de la Tourette<sup>2</sup>.

Vers l'âge de sept ou huit ans, assez souvent un peu plus tôt, quelquefois plus tard, un enfant, garçon ou fille — car les deux sexes paraissent également atteints, — dont l'hérédité est presque toujours chargée, présente des secousses musculaires involontaires, des tics, qui ne tardent pas à attirer l'attention des parents, sans toutefois que ceux-ci dans la plupart des cas songent alors sérieusement à s'en alarmer. Les secousses sont, en effet, presque toujours limitées, au moins au début; elles occupent de préférence

1. *Arch. de Neurologie*, 1885, n<sup>os</sup> 25 et 26.

2. GILLES de la TOURETTE, *Semaine médicale*, 1899.



les muscles de la face qui devient le siège de clignements d'yeux, de torsion de la bouche, de mouvements des lèvres brusques et rapides. Il s'y joint parfois, dès cette époque, des bruits laryngés expiratoires qui dans la suite pourront revêtir un caractère particulier.

Les secousses musculaires peuvent, pendant assez longtemps, rester localisées aux muscles de la face, mais sous l'influence de causes toujours difficiles à préciser, de même d'ailleurs que celles qui ont présidé à l'éclosion des premiers tics, les mouvements se généralisent, notamment aux muscles des épaules et des membres supérieurs.

L'enfant hausse alternativement l'une et l'autre épaule, porte le tronc à droite ou à gauche tout d'une pièce, agite ses bras et ses mains et, à un degré plus avancé, se courbe en avant ou en arrière, saute sur place, frappant du pied, fléchissant alternativement l'un et l'autre genou.

Les muscles du larynx participent parfois, eux aussi, au fonctionnement anormal des muscles de la face, du tronc et des membres; il s'ensuit que nombre de tiqueurs émettent, en coïncidence le plus souvent avec une secousse du tronc et des membres, un bruit rapide, expiratoire : *hem, ouh, ah*, inarticulé.

Les choses peuvent en rester là, mais parfois, lorsque le sujet avance en âge, généralement quelques mois ou quelques années après le début des secousses musculaires de la face ou des membres, ce bruit inarticulé peut se formuler, revêtir une allure spéciale et devenir, de ce fait, en quelque sorte pathognomonique...

Un jour, sous l'influence de causes impossibles à apprécier dans la plupart des cas, on entend le tiqueur émettre à haute voix d'une façon toujours brève, un mot, une courte phrase qui dans l'espèce ont un caractère véritablement spécial, car ils comportent une signification ordurière... Ces mots, ces phrases, sont émis à haute voix, sans aucune retenue... C'est donc avec une véritable inconscience morale que sont émises les interjections *coprolaliques*; il existe au moment de leur émission une impulsion psychique irrésistible qui pousse le sujet à proférer des mots orduriers, sans retenue, sans le moindre respect humain.



A côté de la coprolalie se place un autre stigmate psychique qu'on observe également, mais avec une fréquence moindre, l'écholalie.

Telle est la maladie de Gilles de la Tourette, type clinique judicieusement isolé et dont on connaît aujourd'hui de nombreux exemples.

Tous les tics doivent-ils être rattachés à cette forme morbide? — Nous ne le pensons pas.

En élargissant à ce point le cadre de cette affection on lui retirerait ses caractéristiques. Il s'en faut que tous les tiqueurs présentent au complet le syndrome de la « maladie des tics convulsifs généralisés avec coprolalie et écholalie », évoluant de façon régulière depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr.

Sans doute, on peut observer des cas frustes plus ou moins atypiques, de la maladie de Gilles de la Tourette.

L'ensemble symptomatique qui constitue la maladie des tics convulsifs n'est pas toujours complet. Tout peut se borner aux tics eux-mêmes limités ou généralisés évoluant sous une forme chronique susceptible de s'entre couper de paroxysmes. Même dans ces cas, lorsque le sujet a atteint l'âge adulte, il est rare qu'il n'existe pas un certain degré de déséquilibre mental sous la dépendance duquel se trouvent, en particulier, l'écholalie et surtout la coprolalie qui complètent alors le syndrome morbide. L'apparition souvent successive de ces divers éléments constitutifs est importante à connaître<sup>1</sup>.

*L'évolution des accidents* est en effet la principale caractéristique du type clinique décrit par M. Gilles de la Tourette. Mais si l'on s'en rapporte aux observations, on voit bientôt que tous les tiqueurs ne peuvent pas rentrer

1. GILLES DE LA TOURETTE, *l. c.*



dans ce cadre morbide. Aussi bien dans la localisation et la forme des accidents convulsifs que dans leur ordre d'apparition, on observe tellement de variantes, que si l'on veut considérer tous les tiqueurs comme atteints de la « maladie des tics convulsifs », telle que l'a décrite M. Gilles de la Tourette, on risque de dénaturer complètement la valeur nosographique de cette dernière.

Considérons plusieurs tiqueurs adultes : le premier a un tic oculaire, — et c'est tout, pour la vie entière ; le second a et n'a jamais eu qu'un tic de l'épaule et du bras ; un troisième cligne de l'œil et tord sa bouche en poussant un cri. Enfin ce dernier est un coprolalique qui n'a jamais tiqué.

Dira-t-on que chacun d'eux représente un cas fruste de la maladie des tics convulsifs ? — Ce serait à la fois méconnaître les caractères d'un syndrome judicieusement isolé et se refuser à décrire les tics tels qu'on les voit journellement. Ceux-ci, en effet, revêtent d'autres aspects cliniques, dont l'existence, prouvée par l'observation, ne saurait atténuer la valeur de celui qu'a fait connaître M. Gilles de la Tourette.

C'est ainsi que l'on peut se demander si certains cas de « maladie des tics » appartiennent bien à cette forme.

Voici, par exemple, une observation de M. Chabbert<sup>1</sup>.

Femme de quarante-deux ans, sans hérédité nerveuse. A neuf ans, *traumatisme* de la partie gauche de la face, à la suite duquel se développent le tic convulsif et des *attaques de nerfs, probablement hystériques*, disparues depuis l'âge de dix-sept ans, sans avoir laissé actuellement aucun stigmat. *Le tic n'a jamais changé, ne s'est jamais étendu* ; c'est une contraction brusque de la moitié inférieure de l'orbiculaire palpébral gauche. Rien autre qu'une certaine originalité de

1. CHABBERT, *De la maladie des tics (tics, chorée, hystérie ; diagnostic)*.



pensée et une tendance assez manifeste à la coprolalie, développée plus tard.

Un tic palpébral qui jamais ne s'est étendu, survenu à la suite d'un traumatisme, chez une femme suspecte d'hystérie, ne suffit pas, malgré une tendance tardive à la coprolalie, à constituer le syndrome de Gilles de la Tourette.

Dans le cas suivant du même auteur, c'est surtout l'hystérie qui domine et le tic localisé au seul muscle frontal ne saurait représenter toute la « maladie des tics ».

Garçon de dix-neuf ans, fils de la précédente malade. Hérédité paternelle chargée (paralysie générale, imbecillité). *Somnambulisme* naturel de huit à douze ans. *Blessure du front* dans l'enfance. *Tic convulsif* ayant débuté il y a quelques mois, *localisé au muscle frontal*. Peut-être une certaine tendance aux idées de doute. C'est un *hystérique confirmé* (hypoesthésie à droite, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie).

Par contre, une troisième observation rapportée encore par M. Chabbert, semble bien se rattacher à la maladie de Gilles de la Tourette.

Femme de quarante-quatre ans, strumeuse. Antécédents de famille mal connus; père buveur. Début à quatre ans. Mouvements systématiques et par accès de deux types : 1° occupant face et trois membres (l'inférieur gauche excepté); 2° face et bras gauche; ces derniers assez violents pour contusionner la tête heurtée par la main. Coprolalie accompagnant invariablement les mouvements. Écholalie et échokinésie. Idées de doute.

Sans doute, entre le tic facial le plus simple et le tic le plus compliqué, avec accompagnement de coprolalie et d'écholalie, on rencontre toute une série de formes intermédiaires. Dans la hiérarchie des tics, chaque type se trouve uni par des transitions insensibles à celui qui le



précède et à celui qui le suit. Mais il importe de faire, provisoirement, abstraction de ces traits d'union, sous peine de confondre dans un même groupement trop général des accidents qui présentent entre eux des caractères distinctifs incontestables, et dont la gravité pronostique est certainement bien différente.

Nous croyons donc qu'il convient de réserver le nom de « maladie de Gilles de la Tourette » aux seuls cas de tics dont l'évolution progressive aboutit à la généralisation des accidents convulsifs et qui peuvent s'accompagner de coprolalie, parfois d'écholalie. Cette forme clinique représente le degré le plus élevé que puissent atteindre les tics : c'est, si l'on veut, l'apogée du tic.

L'accentuation progressive des troubles psychiques, qui peuvent aboutir à la véritable aliénation, est encore un des caractères particuliers de la maladie de Gilles de la Tourette. Par là se confirme bien le rôle essentiel que jouent les désordres mentaux dans la genèse et l'évolution des tics.

D'après l'enseignement de M. Magnan, la maladie des tics convulsifs ne saurait être considérée comme une entité nosographique, les accidents qu'on y observe représentant simplement divers syndromes épisodiques de la dégénérescence. Les réflexions d'ordre général que nous avons faites au début de cette étude trouveront ici leur application, et nous nous bornerons à dire avec M. J. Noir :

Nous ne saurions nier le bien fondé des objections de M. Magnan et de ses élèves; certes les tics, la coprolalie, l'échokinésie, etc., s'observent isolés très fréquemment, ces cas-là même sont les plus habituellement observés, mais la maladie de Gilles de la Tourette n'en existe pas moins. L'union de ces symptômes forme bien un tout à *évolution spéciale*, commençant par des tics, se compliquant peu à peu de troubles psychiques et se terminant par une véritable aliénation...



La maladie des tics est bien un produit de l'hérédité nerveuse, ceux qui en sont frappés sont bien des dégénérés de Magnan, des déséquilibrés de Charcot, mais ils forment parmi eux un groupe à part très net.

D'ailleurs, dans certains cas qui semblent bien appartenir à la maladie de Gilles de la Tourette, les troubles psychiques sont peu accusés.

Sciamanna<sup>1</sup> a rapporté l'observation d'un jeune homme à antécédents héréditaires chargés, chez lequel les tics s'étaient étendus à de nombreux groupes musculaires. Les mouvements prédominant aux membres supérieurs paraissaient tous adaptés au même but. Les facultés intellectuelles étaient normales, ce qui est fréquent; et parmi les anomalies psychiques on ne constatait guère qu'un léger trouble de l'affectivité. A vrai dire, dans les observations de ce genre, il importerait de savoir si, au bout de quelques années, l'intégrité de l'état mental a persisté.

On a aussi donné le nom de *maladie des tics impulsifs* à l'affection décrite par M. Gilles de la Tourette.

Dans deux cas rapportés par Köster<sup>2</sup> l'affection a débuté dans le tout jeune âge par des grimaces du visage, bientôt suivies de secousses dans le cou et dans les muscles de la nuque, puis de mouvements stéréotypés des membres paraissant adaptés à un but, enfin de coprolalie, — et dans le second cas, une fillette de onze ans, d'écholalie et d'échokinésie. — Ces exemples sont typiques.

En voici un autre qui diffère sensiblement de la description classique.

Kopczynski<sup>3</sup> a publié l'histoire d'un homme de trente-

1. SCIAMANNA, Maladie des tics, *Accademia medica di Roma*, 1893.

2. KÖSTER, Ueber die maladie des tics impulsifs, *Deutscher Zeitsch. f. Nervenheilk.*, Bd XV, 1899.

3. KOPCZYNSKI, Ein Fall von Bewegungs-Neurose in Form von Tic convulsif, *Gazeta lekarska*, 34-35, 1900.



quatre ans, atteint depuis sept ans de contractions siégeant dans les extrémités du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit. Ces secousses musculaires très brusques survenaient les unes après les autres occupant tantôt un muscle, tantôt un groupe musculaire et n'avaient pas le caractère de mouvements coordonnés. Il existait en outre des secousses analogues dans les muscles du visage, dans les muscles de la respiration et dans les crémaster. Cet homme avait en outre des troubles singuliers de la parole : tantôt une intonation monotone, tantôt des arrêts brusques. Dans le sommeil, repos complet. Intelligence parfaite ; aucun stigmate d'hystérie. L'auteur range ce cas dans le groupe des grands tics convulsifs, qu'il considère comme distincts de la « maladie des tics ».

Enfin un dernier exemple, publié sous le nom de « spasmes musculaires progressifs chroniques », par Innfeld<sup>1</sup>, nous ramène au type clinique de M. Gilles de la Tourette. Bien que l'auteur déclare que ce cas ne rappelle aucune forme morbide connue et qu'il tente de le rapprocher de la chorée chronique progressive, il n'est pas douteux que l'on ait à faire à un tiqueur. C'est un garçon de quinze ans chez lequel l'affection a débuté vers l'âge de neuf ans par des secousses musculaires dans le visage ; elles se sont étendues ensuite à la tête, à l'épaule et à la main et furent bientôt accompagnées de bruits respiratoires et d'exclamations involontaires. Tous ces accidents cessent pendant le sommeil, sont exagérés par les émotions. Conservation des mouvements intentionnels ; aucun trouble de la sensibilité ou de la réflexivité. Aucune modification des réactions électriques.

1. INNFIELD, Reféré dans *Wien. Klin. Woch.* n° 1, p. 17, 1898.



La maladie de Gilles de la Tourette représente donc une forme clinique bien caractérisée. Il est indispensable de lui conserver son individualité. Mais il serait excessif de considérer tous les autres tics comme des cas frustes ou atypiques de ce type morbide.

### Chorée variable de Brissaud.

Si la maladie de Gilles de la Tourette mérite, par l'uniformité des accidents et la régularité de leur évolution progressive, de représenter, parmi les tics, un type clinique distinct, on peut lui opposer un autre type clinique, caractérisé au contraire par le polymorphisme de ses manifestations, l'irrégularité de son évolution et l'inconstance de sa durée. Nous voulons parler de l'affection décrite par M. Brissaud sous le nom de *chorée variable*.

Malgré la dénomination de *chorée* que justifie d'ailleurs la forme des réactions motrices, il s'agit bien d'accidents étroitement apparentés aux tics, souvent même entremêlés avec ces derniers.

L'état mental des sujets atteints de chorée variable est exactement celui des tiqueurs. Quant aux troubles moteurs, s'ils rappellent parfois, à s'y méprendre, les gestulations de la chorée de Sydenham, ils se présentent aussi de temps en temps avec un caractère de répétition, une certaine brusquerie qui les rapprochent des mouvements des tics, à telles enseignes que M. Gilles de la Tourette s'est refusé à considérer cette affection comme une chorée. Pour lui, elle constitue simplement une des formes de la maladie des tics convulsifs, quelquefois en effet, la chorée variable s'accompagne de l'émission de syllabes explosives et même de coprolalie.

Bien que ces deux types cliniques soient assurément



très proches parents, cette manière de voir peut avoir l'inconvénient de faire perdre à la maladie de Gilles de la Tourette ses caractères distinctifs. D'autre part, la chorée variable mérite de conserver l'individualité clinique que M. Brissaud lui a donnée.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire sa description. D'abord, le trouble moteur :

Sur la signification du mot *chorée*, aucune ambiguïté : la chorée consiste en des mouvements involontaires survenant sans but et en apparence sans cause, pendant le repos comme pendant l'action, et par conséquent illogiques et maladroits ; ils suffisent pour caractériser symptomatiquement une névrose dont la durée est limitée lorsqu'il s'agit de la *chorée mineure* (dite de Sydenham) et illimitée lorsqu'il s'agit de la *chorée majeure* (dite d'Huntington). Quant aux faits que vise l'adjectif *variable*, on peut presque les deviner : *c'est une chorée qui n'a ni uniformité dans ses manifestations actuelles, ni régularité dans son évolution, ni constance dans sa durée.* Elle va et vient, augmente et diminue alternativement, cesse tout d'un coup, réapparaît un jour, disparaît de nouveau, avec des mouvements tantôt brusques, tantôt lents, sans localisation prépondérante. C'est une névrose qui manque — si l'on peut s'exprimer ainsi — de tenue symptomatique.

Quoiqu'il s'agisse indubitablement d'une chorée, c'est-à-dire d'une affection dont le diagnostic appartient presque au public, il est aussi difficile de savoir quand elle a commencé que d'affirmer qu'elle a cessé d'être. L'incertitude s'explique, car cette névrose est le propre d'un personnage essentiellement mobile lui-même, incorrect, fantasque et changeant. Jusqu'au jour où elle s'affirme par des signes de morbidité indéniables, on la néglige ; elle passe pour un simple caprice des muscles dépourvu de valeur pathologique ; et, de même, lorsqu'elle vient à disparaître, la bizarrerie du sujet ne s'en trouve pas tellement modifiée qu'on s'en aperçoive.

Les mouvements involontaires qui constituent le syndrome méritent-ils de figurer dans les pathologies au chapitre des *myoclonies* ? Si cette question se pose dès à présent, c'est



qu'il vient naturellement à l'esprit d'identifier aux myoclonies les contractions musculaires que le langage courant englobe sous le titre de *mouvements nerveux*. Ce terme de myoclonie est remarquablement vague; il ne signifie pas autre chose que « secousse musculaire ». D'autre part, on sait bien ce qu'il faut entendre par « mouvements nerveux » : ce sont des mouvements plus ou moins brusques des membres, spécialement des bras, des épaules, du visage, toujours involontaires et en général d'autant plus forts et fréquents que l'état nerveux est plus prononcé lui-même.

Ainsi des parents racontent que leur enfant est depuis quelque temps plus agité, plus irascible, et qu'il a également « beaucoup plus de mouvements nerveux ». Cette concordance est un fait constant. L'expression « mouvements nerveux » est consacrée dans la langue courante. Les médecins n'en font guère usage... Trouvent-ils qu'elle manque de précision? Pas tant que cela; elle dit très bien ce qu'elle veut dire. Les mouvements dont il s'agit ne sont ni des convulsions toniques, ni des spasmes cloniques, et encore moins des tics d'habitude; ce sont des contractions complexes, en général assez vives mais sans violence, et montrant de grandes analogies avec les actes automatiques les plus simples : par exemple, un pas en avant, un haussement d'épaules, un froncement des sourcils, un soupir ou un gémissement, un appel de langue ou un claquement des doigts, le plus souvent un geste d'impatience; mais tout cela est si varié, si fugitif qu'on ne saurait y voir un phénomène convulsif défini. Les dites contractions ont, en outre, ceci de spécial que malgré leur complexité, elles sont à peu près ignorées du malade qui les exécute : il est tout surpris qu'on lui demande ce que signifie le mouvement qu'il vient de faire, car c'est à peine s'il s'en est aperçu.

Bref, les « mouvements nerveux » dont nous voulons parler ne font partie ni des myoclonies, ni des tics; leur multiplicité, leur inconstance ont quelque chose de très spécial. Enfin ils ne surviennent jamais en dehors d'un certain état névropathique dont la nature va être spécifiée, où les troubles mentaux dominant, tout comme dans la chorée; et au demeurant *c'est de chorée et non d'autre chose qu'il s'agit.* »



La caractéristique psychique de la chorée variable est donc l'inconstance, l'instabilité, une irrégularité et une fantaisie de chaque instant dans les idées et dans les actes. On y retrouve aussi l'infantilisme mental des tiqueurs.

Ces malades sont des déséquilibrés, des « dégénérés », d'où les noms de « chorée variable ou polymorphe », « chorée des dégénérés<sup>1</sup> ».

Parfois, les désordres psychiques sont plus accentués, on a noté des manies, des phobies, des hallucinations.

Exemples :

Chez un sujet de seize ans, monorchide, arriéré sous tous les rapports et réellement microcéphale, survient, à la suite d'une orchidopexie, une chorée dont les caractères cliniques semblent, à première vue, identiques à ceux d'une chorée franche. Mais les mouvements gesticulatoires sont inconstants d'un jour à l'autre et même d'un moment à l'autre; ils disparaissent parfois plusieurs jours de suite et reparaissent tout à coup lorsqu'on croit la névrose guérie. Ils peuvent être, dans une certaine mesure, enrayés par l'action de la volonté, mais l'effort de volonté n'a pas de durée. Bref, il s'agit d'une sorte de chorée spéciale, changeante, *variable* à tous égards, et différente de la chorée intermittente elle-même, en ce sens qu'elle n'a pas, comme cette dernière, des retours complets à longs intervalles, après rémission complète. Elle présente enfin cette particularité qu'elle s'est développée accidentellement sur un fond de dégénérescence physique et mentale, avec une tendance à s'y installer en tant que stigmate fonctionnel permanent.

Dans un autre cas il s'agit d'une chorée particulière survenue progressivement sans infection préalable chez une femme adulte dont le développement physique et intellectuel a été tardif, lent, incomplet et incorrect. Des phénomènes psychiques et somatiques qui caractérisent l'état morbide actuel, on ne saurait dire lesquels sont prépondérants, car

1. PATRY, *De la chorée variable ou polymorphe*, Thèse de Paris, 1897.



les uns et les autres paraissent avoir pris naissance à la même date et évolué parallèlement. Cette femme, fille d'un père à peu près inconnu, porte l'empreinte de la *dégénérescence* dans toute l'acception de ce terme; et aux signes matériels, tangibles et visibles de son infériorité constitutionnelle, se joint une instabilité choréiforme de tout le système des muscles de la volonté. C'est une agitation, une gesticulation, un désordre incorrigible de la motilité avec une notoire incapacité d'agir utilement. Ce vice fonctionnel ne se révèle que peu à peu — on ne sait sous quelle influence — en même temps que s'affirme, d'une manière formelle et définitive, l'infériorité intellectuelle. Il s'exagère ou s'atténue au gré de circonstances indéterminées; il change de localisation comme d'intensité, tantôt se généralise, tantôt se limite, tantôt disparaît, sans que rien permette de prévoir ni la forme ni l'époque de ces variations. C'est un cas typique de « chorée variable » chez une dégénérée.

Enfin voici une autre observation de M. Brissaud où nous retrouvons chez un jeune choréique variable un grand nombre de symptômes que nous avons vus chez les jeunes tiqueurs.

Denis X..., âgé de quinze ans, est amené par sa mère en 1893. C'est un enfant bien conformé de corps, mais le visage, le regard, la physionomie ont quelque chose d'étrange qui défie l'analyse. Suivant le témoignage de sa mère — sujette à caution — il serait très intelligent, aurait la répartie vive, éprouverait beaucoup de plaisir à dire et à lire « des choses drôlatiques », enfin sa mémoire serait excellente et son jugement sain. De tout temps, il a été bizarre, très lent, très timide, d'une sensiblerie excessive; aujourd'hui encore, dit sa mère, il est tendre et affectueux comme une petite fille, prodigue à tous les siens des caresses qui ne sont plus de son âge, s'émeut et pleure pour des riens. Il a des manies : ainsi il ne se sert que de cuillers, de fourchettes, de couteaux lui appartenant en propre. Il faut que ces objets n'aient servi qu'à lui seul, pour qu'il prenne ses repas avec sécurité. Lorsqu'il n'a pas son couvert à lui, il manifeste une inquiétude



singulière. Le matin à son réveil, il se frotte le cou, s'habille et se débarbouille avec une grande lenteur, puis descend dans la salle à manger pour prendre son premier déjeuner, mais il ne déjeunera pas s'il n'a pas touché les quatre ou cinq boutons de porte qu'il rencontre quotidiennement sur ce parcours. En cela, la manie a acquis chez lui le caractère d'un impérieux besoin. Il craint l'eau froide à un tel degré que la toilette du matin est une véritable cérémonie, une scène invariablement orageuse, et comme il n'est plus d'âge à être débarbouillé par sa mère, il résulte de cette appréhension maladive, qu'il a toujours le visage et les mains sales. Il passe une demi-heure à cette opération, toujours imparfaite, durant laquelle il a des crachotements nerveux dont il va être question dans un instant. En classe il est attentif et docile. Il étudie avec grand plaisir le latin et le grec, mais il a une passion pour l'allemand : tout ce qui est allemand lui cause une joie indicible, au point qu'il embrasse son dictionnaire avec une effusion enfantine. Il écoute les observations de ses professeurs avec une grande déférence, mais n'en tient absolument aucun compte. Il est le premier dans quelques facultés (allemand, grec, latin), il est le dernier dans d'autres (histoire, mathématiques).

Les « mouvements nerveux » pour lesquels on vient consulter consistent en une série de gesticulations, qui tiennent à la fois des tics et de la chorée. Certains de ces mouvements se reproduisent en effet beaucoup plus fréquemment que les autres. Ce sont des gestes illogiques exécutés à l'improviste, presque à l'insu du malade lui-même et dans des conditions déterminées. Ainsi, lorsqu'il va au collège, tenant son paquet de livres sous son bras gauche, il porte constamment la main droite à son cou, à sa casquette, à ses yeux.

En classe, il fait les mêmes gestes, principalement avec la main droite, et comme il a toujours les doigts tachés d'encre, il revient chaque soir avec le cou et les yeux barbouillés de noir. A table, il se frotte le dos contre sa chaise, et durant tout le repas, étend et plie la jambe droite alternativement. En dehors de ces mouvements dont la constance et la répétition rappellent les « tics d'habitude », il a de véritables secousses ou gesticulations choréiques des membres,



du tronc et de la tête, avec les maladresses inévitables qui en résultent. Son lit au réveil est toujours en désordre, sa place à table est malpropre, ses livres et ses cahiers sont tout maculés d'encre, les cordons de ses souliers sont dénoués, son pantalon est toujours incomplètement boutonné. Lorsqu'il se promène avec ses parents, il n'est jamais à côté d'eux : en général, il marche lentement puis, tout à coup, fait quelques pas précipités pour regagner le temps perdu, il entrecroise ses pieds et se frotte les malléoles, a des haussements d'épaules, ferme les yeux, fait des grimaces, etc. Tous ces mouvements peuvent être arrêtés pendant un certain temps par un effort de volonté. Lorsqu'on dit à l'enfant de rester une minute tranquille, il y réussit, mais l'immobilité lui coûte trop et finalement la danse musculaire recommence; il a, lui aussi, ses bonnes et ses mauvaises périodes, de bons et de mauvais jours, de bonnes et de mauvaises heures.

Les mouvements ne sont pas invariablement les mêmes, ni par la forme, ni par l'intensité. Sa mère ne peut dire depuis quand son fils est malade. Elle lui a toujours vu des « mouvements nerveux ». Cependant elle n'a commencé à soupçonner un état maladif réel que depuis deux ou trois ans, sans préciser davantage. Aujourd'hui elle se préoccupe de cet état, parce que l'aggravation est notoire : l'enfant est tourné en dérision pendant les heures de récréation par ses petits camarades et il a bien fallu le retirer du collège. Il n'y va plus qu'aux heures de classe.

Aucun signe d'hystérie n'a pu être relevé. Les antécédents morbides sont absolument nuls.

Telle était la situation, lors du premier examen, en 1893.

Actuellement (mai 1896), tous les symptômes de chorée ont disparu. Denis X... a dix-huit ans. C'est un grand garçon, vigoureux, bien constitué, encore bizarre et timide, laborieux et, dit-on, bien préparé pour ses examens de fin d'études. Il a pu rentrer au collège, il y a un an, comme interne.

Ainsi, la chorée variable surajoutée aux nombreux symptômes de dégénérescence qui viennent d'être énumérés, n'a été qu'un épisode lié à l'évolution de l'adolescence.



« L'évolution, ajoute M. Brissaud, en a été longue, mais la névrose paraît avoir presque complètement disparu en tant que désordre musculaire. Ce fait a une grande valeur au point de vue du pronostic d'abord, cela va de soi; il en a une non moins grande au point de vue du diagnostic, puisque sans l'accalmie ou la guérison réalisée par le temps, la nature et la forme des mouvements choréïques auraient pu faire supposer une chorée chronique ou chorée d'Huntington. »

Une observation publiée par M. Gilles de la Tourette<sup>1</sup> sous le nom de « maladie des tics » semble bien appartenir à la chorée variable.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, assez chétive dans son enfance, demeurée peu robuste. Elle fut prise pour la première fois, vers l'âge de huit ans, de mouvements involontaires dans les muscles de la face, mouvements qui se généralisèrent bientôt aux membres supérieurs, la gênant pour porter les aliments à sa bouche.

Ses parents la conduisirent alors à l'hôpital Trousseau où l'on porta le diagnostic de *chorée*. Au bout d'environ deux mois ces accidents se calmèrent et l'enfant put retourner à l'école. Deux ans plus tard, nouvelle crise qui dura un peu moins; un an après, troisième crise. Elle en serait, en comptant les phénomènes actuels, à sa cinquième ou sixième crise. Tous les médecins qu'elle a consultés depuis quatorze ans — ils sont nombreux tant à l'hôpital qu'à la ville, et non des moindres — ont été unanimes pour porter le diagnostic de *chorée*...

M. Gilles de la Tourette n'accepte pas ce diagnostic. Évidemment il ne s'agissait pas d'une chorée de Sydenham, ni d'une chorée hystérique, moins encore d'une chorée chronique d'Huntington. D'ailleurs, d'après l'observation,

1. *Semaine médicale*, 1899.



« les secousses musculaires n'avaient rien de bien précis, de figuré : elles sont brusques, soudaines, *extrêmement variables dans leur forme, leur expression et leur intensité* ».

L'évolution et la forme des « mouvements nerveux » semblent bien celles de la chorée variable. *Variable*, cette chorée l'était au plus haut degré : dans le temps, puisqu'il y eut des périodes de guérison apparente et des crises paroxystiques ; dans l'espace, puisque les secousses musculaires changeaient constamment dans leur forme, leur expression et leur intensité.

Enfin l'état mental n'est pas moins significatif.

Cette femme est nettement issue d'une souche névropathique. En effet, si les renseignements fournis sur ses parents qu'elle a, d'ailleurs, peu connus, ne sont pas très circonstanciés, il n'en reste pas moins que de ses deux sœurs l'une est très nerveuse et très impressionnable, probablement neurasthénique, et que l'autre a été sujette à des crises hystériques. Elle-même présente au suprême degré les caractères du tempérament nerveux : elle a des angoisses, des manies sans nombre, elle ne peut se coucher sans s'assurer à plusieurs reprises que personne n'est caché sous son lit, elle a des craintes irraisonnées, des peurs sans causes, tous phénomènes qui la classent dans la catégorie des déséquilibrés ou, si vous aimez mieux, des dégénérés.

Dans l'observation de M. Gilles de la Tourette, les mouvements nerveux étaient surtout prononcés d'un seul côté du corps. Nous avons observé ce fait chez une de nos malades, L..., dont les accidents convulsifs se manifestaient à droite, frappant le bras et la jambe. C'était, si l'on veut, une *hémichorée variable*.

Il est bien difficile de décrire les mouvements du bras droit, tant ils sont atypiques. Cependant on peut faire tout d'abord la remarque qu'ils apparaissent dans l'exécution de tout mouvement du membre, dans toute attitude, où la main



est libre, suspendue en l'air. Ils ne se produisent pas tant que le bras est tenu fixé par la malade (coude collé au corps, main droite tenue dans la main gauche).

Les mouvements volontaires du bras droit s'exécutent tout d'une pièce et avec raideur; ils sont tous possibles mais sont entrecoupés de brusques déviations, quelquefois de grande amplitude. Dans son ensemble, le geste est toujours hâtif, comme si la malade était pressée de le voir rapidement terminé. Il n'y a aucune régularité, aucune systématisation dans les déviations. Les muscles se contractent trop, trop vite ou à contre-temps.

Les mouvements de tout le membre supérieur, ainsi que ceux de chacun de ses segments sont comme incoordonnés. Que l'on fasse exécuter des mouvements lorsque le membre supérieur droit est libre, qu'on maintienne une ou plusieurs articulations du membre, on voit toujours, à l'occasion des mouvements volontaires, se produire des secousses intempestives. Même après qu'on a fixé l'épaule, le coude et le poignet, les doigts savent interrompre par de brusques échappées le jeu régulier qui leur est demandé.

Fait remarquable : le but du mouvement volontaire est toujours atteint avec précision, malgré les irrégularités du chemin parcouru. Ainsi la malade pose très exactement le doigt sur le bout de son nez, épingle solidement son chapeau à son chignon; son écriture est lisible.

L'immobilité complète ne peut jamais être obtenue dans n'importe quelle position du bras dans l'espace. Elle est sans cesse interrompue par des mouvements brusques, irréguliers, d'une amplitude de plus en plus grande.

Ainsi on prie la malade d'étendre le bras et de le tenir immobile : le membre supérieur est agité de secousses irrégulières en durée et en amplitude; et ces secousses donnent l'impression que la malade contracte volontairement, tantôt certains muscles, tantôt certains autres, tantôt tous ceux du membre supérieur. En un mot on dirait qu'elle cherche à secouer et à raidir son bras.

Si l'on insiste pour que la malade fasse tout son possible afin de tenir son bras immobile, elle le raidit encore et sa main prend la position de la main-bote en abduction forcée



avec extension des doigts. Par contre, si le coude est appuyé sur une table, les mouvements ne se produisent plus que dans l'avant-bras et la main. Et si le poignet aussi est fixé, la main et les doigts seuls s'agitent. Enfin, en général, il suffit que la main ou les doigts soient fixés pour qu'il n'y ait plus aucun mouvement de l'épaule ou du bras. Aussi lorsque L... est assise, appuyant sur ses genoux sa main droite tenue dans sa main gauche, arrive-t-elle à conserver sans peine l'immobilité.

Les mouvements du membre supérieur droit, irréguliers dans leur forme, le sont aussi suivant les circonstances. Ils ne manquent jamais quand on dit à la malade de lever ou tendre le bras, alors qu'il est sous-entendu qu'on a le désir de l'examiner.

Lorsque L... était apprentie couturière elle piquait parfois des épingles, avec toutes sortes de contorsions du bras droit; mais souvent, lorsqu'elle ne « pensait » pas à son bras, elle ne faisait aucun mouvement inutile. Son travail de couture se faisait suffisamment bien. Mais, dès son arrivée à l'atelier, elle commençait par chercher sa « position ».

Elle se mettait à l'ouvrage, et, bientôt entraînée à l'acte mécanique de tirer l'aiguille son bras cessait de remuer. Nous avons pu, d'ailleurs, constater que lorsqu'elle parle en s'animant un peu, elle fait de la main droite, pour accompagner son discours, de petits gestes très ronds, très réguliers, ni hâtifs, ni saccadés, ni déviés par aucune secousse.

Autre fait : L..., qui avait commencé à apprendre le piano avant sa maladie, continua à prendre des leçons malgré les mouvements de son bras. Sa maîtresse de musique avait trouvé une façon de tenir le coude qui supprimait toute secousse convulsive.

Quant aux mouvements du membre inférieur droit dont on ne peut guère soupçonner l'existence et qui ne se traduisent que par des secousses très menues réalisant une sorte de tremblement irrégulier, ils ne seraient vraiment appréciables que lorsque la malade est fatiguée ou très contrariée. Par exemple, il lui est arrivé, après de longues promenades, d'éprouver une certaine difficulté à marcher; sa jambe oscillait deux ou trois fois avant de prendre contact avec le sol. A ce moment, le pas est mal assuré; tous les muscles du



membre et même ceux de la région de la hanche paraissant se contracter à faux. Il en résultait, paraît-il, une espèce de boiterie.

Plus souvent, L..., en marchant, donnerait de petits coups de pied de côté et d'autre et notamment se heurterait la cheville gauche. Pour notre part, nous avons vu seulement quelques légers mouvements de sa jambe, irréguliers et de peu d'amplitude, comparables à ceux du bras droit, mais infiniment moins accentués. Nous avons remarqué aussi quelquefois que L..., après avoir fait quelques pas dans la chambre, avait une certaine tendance à placer son pied droit un peu en varus équin.

Enfin nous avons vu la malade marcher dans la rue à côté de son père, la démarche était normale, au moins en apparence.

Nous avons fait marcher la malade à reculons. Dans ces conditions, les mouvements du bras et ceux de la jambe ont autant de tendance à se produire que dans la marche en avant.

Vers le 3 ou 4 juin dernier, la malade a dansé dans une fête de famille, tout aussi bien que les autres jeunes filles présentes. Elle n'a été incommodée ni de son torticolis (qui était d'ailleurs à sa période de début), ni de sa jambe. Mais, dit-elle, sa main droite échappait parfois à son danseur qui s'amusait à la rattraper et à la ramener à sa place.

La distraction de la danse faisait donc disparaître une bonne part des phénomènes spasmodiques, ainsi que cela avait été remarqué d'ailleurs autrefois à propos des jeux d'enfant. L..., se rappelle, en effet, qu'elle jouait au cerceau avec facilité, se servant bien du bâton tenu dans la main droite; aucun mouvement intempestif, ni du bras ni de la jambe, ne venait troubler son jeu.

C'est bien là un exemple de la *chorée variable* de Brissaud, sous une forme dimidiée.

Soulignons quelques détails de cette observation :

Lorsque la malade parle, elle fait des gestes normaux. Lorsqu'elle est distraite, elle effectue normalement tous les mouvements du bras et de la main droite : elle écrit, porte des objets, etc., comme tout le monde. Ensuite,



notons l'effet des actes répétés et devenus automatiques : le jeu du cerceau lorsqu'elle était enfant, plus tard, la couture ; lorsqu'elle cousait, comme elle dit, machinalement, cet acte devenait alors absolument régulier. Enfin, il y a, dans cette chorée, des procédés d'inhibition comparables aux *gestes antagonistes efficaces*. La maîtresse de piano de L... avait une manière de tenir son coude qui supprimait tout mouvement intempestif. La malade immobilise son bras en appuyant son coude contre son corps et en tenant sa main droite dans sa main gauche.

Tous ces faits confirment bien l'étroite similitude pathogénique des tics et de la chorée variable.

On trouve d'ailleurs toutes les transitions entre ces deux affections :

Dans un cas de M. Brissaud, la chorée variable existait avec des tics multiples. M. Féré a rapporté un exemple où le tic précéda une chorée variable<sup>1</sup>, et les sujets atteints de chorée variable sont aptes à réaliser des tics. L'un de ces tics peut être le torticollis mental, comme dans le cas de L... Tremblement, chorée variable, tic de la face, sursaut, dérochement des jambes, etc., coexistaient chez le même sujet, dans une curieuse observation de M. R. Bernard.

Les tics phonatoires, les cris explosifs viennent parfois se surajouter aux gesticulations de la chorée variable. Il en était ainsi dans l'observation de M. Gilles de la Tourette. M. Brissaud parle d'une jeune fille de seize ans, atteinte d'abord de mouvements gesticulatoires appartenant à la chorée variable. Plus tard elle fut atteinte d'une sorte de hoquet, accompagné d'un cri, un gloussement. Par la suite, les mouvements choréiques étant devenus tout à fait

1. FÉRÉ, Note sur un cas de chorée variable avec contractions fasciculaires des deltoïdes et craquements articulaires. *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1898, n° 6.



rares, le hoquet avait doublé de fréquence et le gloussement n'était plus un bruit, mais un mot articulé, coprolalique.

*Chorée variable* et *tics variables* sont assurément très proches parents. Les mouvements de ces derniers se distinguent cependant de ceux de la chorée variable par leur plus grande brusquerie et leur moindre diversité. Ce sont des *tics*, parce qu'ils reparaissent toujours les mêmes, avec une allure systématique, coordonnée; ils sont *variables*, car ils passent d'une région à une autre, sans suivre une marche déterminée. Celui qui naît aujourd'hui peut disparaître demain, soit de façon définitive, soit pour se montrer de nouveau quelques jours après. Ils n'ont entre eux aucune liaison; l'un n'entraîne pas forcément l'autre; chacun a son individualité propre. Leur nombre est limité; on peut les compter.

Dans la chorée variable, au contraire, les mouvements sont moins brusques, plus onduleux, fondus les uns avec les autres, d'une diversité infinie, indescriptibles, incompressibles.

Les deux affections sont donc cliniquement faciles à différencier, si l'on observe de façon attentive leurs manifestations motrices. Mais il est certain qu'elles sont sous la dépendance du même état mental. La preuve en est que, chez le même sujet, l'une peut se transformer en l'autre; bien plus, elles peuvent coexister.

Au récent congrès de gynécologie et de pédiatrie de Nantes, M. Moussous a insisté sur l'analogie de ces deux types morbides, susceptibles de se développer l'un comme l'autre sur le même terrain mental. La chorée variable diffère des autres chorées par sa *nature*; elle est semblable aux autres chorées par la *forme* des mouvements. Elle diffère des tics par la *forme* des mouvements; elle leur est identique dans son essence.



## Gestes et Stratagèmes antagonistes.

Un tic, quelque bénin, quelque restreint qu'il soit, est toujours, pour celui qui en est atteint, une infirmité désagréable, dont il cherche à se débarrasser, ou tout au moins à atténuer les inconvénients.

Mais la volonté débile des tiqueurs est incapable de poursuivre une lutte soutenue contre leurs mauvaises habitudes motrices. La plupart, grâce à un court effort d'attention, réussissent bien à conserver une tenue correcte pendant quelques secondes, quelques minutes, plus longtemps même. Cependant, quel que soit l'effort accompli, quelle que soit la réaction du tiqueur contre son tic, sa victoire lui échappe bientôt. Les tics reprennent l'offensive, et au court instant de répit, que le malade était parvenu à s'imposer, succède rapidement un nouvel accès où tous les mouvements convulsifs s'exaspèrent.

De ces essais malheureux, le tiqueur sort chaque fois convaincu de plus en plus de son impuissance à se maîtriser. Il en souffre réellement. Le plus souvent, en effet, comme l'a fait observer M. G. Guinon, les tentatives infructueuses de répression ne font qu'augmenter le malaise des tiqueurs.

Il en résulte pour le malade un état d'angoisse extrêmement douloureuse et tout à fait caractéristique. Sa poitrine se



serre, sa respiration devient courte et fréquente, sa face exprime tous les signes d'une anxiété terrible et finalement survient, soit au moment voulu, c'est-à-dire quand le malade se trouve seul ou avec des personnes amies, soit prématurément, une explosion de grimaces, de gestes désordonnés se succédant avec une rapidité et une intensité d'autant plus grandes que la contrainte avait été plus longue et plus difficile à observer.

En somme, le tiqueur est surtout incommodé par son tic lorsqu'il s'efforce de ne pas tiquer. Aussi, après quelques expériences malheureuses où il a cru constater son impuissance, cesse-t-il d'essayer de réprimer ses contractions musculaires intempestives. Il se déclare vaincu d'avance.

Certains, cependant, cherchent à se défendre au moyen de stratagèmes de leur invention.

Ils sont conduits de la sorte à exécuter des gestes singuliers, à prendre des attitudes étranges, à utiliser des moyens de contention bizarres, procédés correcteurs toujours quelque peu enfantins, dont l'application est généralement suivie de succès, mais seulement les premiers temps. Toutes ces inventions sont le résultat d'une série de raisonnements que le tiqueur a poursuivis avec sa logique spéciale.

M. O... nous a fait connaître toute une série de ces subterfuges auxquels il a donné lui-même le nom expressif de *paratics*, gestes, attitudes ou stratagèmes conçus et appliqués dans le but de dissimuler ou d'atténuer des tics préexistants, mais qui bientôt en deviennent des compléments indissolubles et finissent par s'exécuter involontairement, automatiquement. Des gestes de la main pour masquer ses grimaces, des déplacements du chapeau ou de la canne pour atténuer les secousses de sa tête, le dossier d'une chaise pour reposer son nez, des faux cols



énormes pour immobiliser son cou, etc., M. O... ne fut jamais à court de « paratics ». N'a-t-il pas inventé de tenir entre ses dents une plaque d'ivoire attachée par une ficelle à son pantalon ?...

Tous les tiqueurs assurément n'ont pas ce luxe de subterfuges : tous n'ont pas l'esprit inventif et certains ne songent guère à livrer bataille à leurs tics. Cependant les cas de ce genre sont assez nombreux pour qu'on puisse leur consacrer quelques remarques, utiles surtout au point de vue diagnostique. Certaines formes de tic sont même accompagnées, d'une façon presque constante, d'un procédé de correction inventé par le tiqueur.

En première ligne, nous l'avons dit, il faut citer le torticolis mental.

Exemple : La tête d'un malade est irrésistiblement attirée à droite, — le malade la redresse instantanément en apposant son index gauche sur le menton, — et la tête demeure en attitude correcte tant que l'index reste appuyé sur le menton. C'est le *geste antagoniste efficace*, le plus fréquemment usité. Il comporte des variantes :

Quelquefois le sujet prend sa tête à deux mains. Ainsi faisait un malade présenté par Charcot<sup>1</sup> et atteint d'un torticolis, causé par des contractions du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit; l'occiput s'inclinait en arrière, vers l'épaule droite, en même temps que le menton s'élevait vers la gauche, la face regardant à gauche et en haut dans une attitude presque permanente; le malade était forcé de prendre la tête avec ses deux mains pour la soulever et la faire tourner.

D'autres fois la tête est soutenue par la paume de la main.

Pour corriger la rotation de sa tête, M. N... saisit de

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 10 juillet 1888.



temps en temps son menton avec sa main droite, ou tire sa moustache, qu'il a arrachée en partie de ce côté.

Enfin, la simple sensation d'un contact suffit parfois à redresser la tête. Les malades se contentent d'approcher leurs doigts de leur menton, de leur joue, de leur tempe. Et la simple *menace* de ce geste suffit à empêcher la rotation.

M. S... approche sa main de son oreille gauche. Et avant même que le contact soit établi, la tête tourne spontanément vers la droite. Il est impossible de trouver une preuve plus démonstrative de l'efficacité toute psychique de ces gestes correcteurs.

Les tiqueurs n'ont quelquefois à leur disposition qu'un seul procédé de correction. Le plus souvent ils en ont plusieurs. Un malade de Sgobbo<sup>1</sup> qui inclinait la tête à gauche et regardait à droite, corrigeait cette attitude en tenant son menton dans la paume de sa main gauche, ou bien en fixant les doigts de sa main droite sur le côté gauche de l'occiput, ou bien en appuyant l'index de la main droite sur la joue droite, ou bien en tenant l'ongle du pouce entre ses dents incisives.

Le geste antagoniste ne jouit de toute son efficacité que si le malade en fait lui-même l'application. Si quelque autre personne veut l'exécuter, même en déployant une grande force, le plus souvent elle ne parvient pas à vaincre la contraction tonique. Cependant, cette règle est loin d'être générale. Dans quelques cas, on peut agir au lieu et place du sujet, mais à la condition d'opérer suivant ses indications personnelles.

Une de nos malades se présentait la tête fortement penchée sur l'épaule droite, cette dernière surélevée, le

1. SGOBBO, Un caso di torcicollo mentale, *Il manicomio moderno*, 1898, n° 3, p. 424.



membre supérieur droit contracté, l'épaule gauche abaissée, le tronc tout entier porté à droite. Instantanément, l'attitude normale était reprise lorsque la malade mettait les pouces de ses deux mains de chaque côté de la tête. Une autre personne pouvait corriger le torticolis, ou empêcher pendant quelque temps le torticolis de se reproduire : il fallait que les deux doigts soient appuyés en des points bien précis de part et d'autre de l'occipital, vers la base des apophyses mastoïdes <sup>1</sup>.

Le geste antagoniste efficace est parfois d'apparence paradoxale.

Chez L., nous avons fait ressortir cette singularité : avec son bras droit agité de secousses convulsives, la malade arrivait à immobiliser et à redresser sa tête. Et réciproquement : cette tête tournante avait le privilège de maîtriser les secousses du bras.

En voici un autre exemple de MM. Raymond et P. Janet :

Demandons à la malade si elle ne peut pas quelquefois empêcher sa tête de tourner. — Oui, nous dit-elle, quand je ne veux pas qu'on me trouve ridicule, je tiens ma tête — et la voici qui avec sa main gauche soutient sa tête. Notez qu'elle la touche d'une façon légère avec le bout des doigts sur le front. Or, vous vous en souvenez, la tête s'inclinait à gauche et *en arrière*. Jamais un tel point d'appui *en avant* ne pourrait l'arrêter. C'est qu'en réalité elle s'arrête toute seule au moment où les doigts touchent le front et qu'au contraire il y a à ce moment une certaine inclinaison en avant pour reposer sur le point d'appui. Vous comprenez bien que s'il y avait un réel spasme, dû à une excitation quelconque dans l'arc réflexe, la tête ne s'arrêterait pas comme cela <sup>2</sup>.

1. E. FEINDEL et HENRY MEIGE, Quatre cas de torticolis mental. *Archives générales de médecine*, janvier 1901, observation IV.

2. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II, p. 377.



Mais un jour vient où la main ne jouit plus du précieux privilège de l'antagonisme. Alors les malades songent à utiliser des corps plus résistants. Ils appuient leur tête sur le dossier d'un fauteuil. Quelquefois, c'est la dureté d'un mur qu'il leur faut, comme dans un cas de retrocolis rapporté par M. Brissaud.

Enfin, tout cela bientôt n'est plus suffisant et le repos n'est obtenu que dans la position couchée. Ainsi Fournier<sup>1</sup> a vu un exemple de secousses convulsives du sternomastoïdien et du trapèze du côté droit dans lequel la face était brusquement tournée à gauche et l'occiput entraîné vers l'épaule droite de 20 à 30 fois par minute. Ce mouvement s'arrêtait dans le lit et dans la position assise, quand la tête était fixée sur un oreiller.

Mais, même au lit, les patients ne tardent pas à se plaindre; l'oreiller est trop mou, trop haut ou trop bas; le froissement du crin est désagréable, le drap est trop rugueux, etc., etc. Alors ils prennent des positions invraisemblables, mettent leur tête sous le traversin ou la laissent pendre sur le bord du lit, dans le vide. Puis, ce sont des coussins, des matelas supplémentaires destinés à caler la tête dans la position rêvée.

Mme T... voyageait avec un attirail de petits traversins rembourrés à l'extrême. M. P... installait deux gros dictionnaires de chaque côté de sa tête avant de s'endormir.

D'autres, plus ingénieux, inventent des stratagèmes plus compliqués, de véritables appareils orthopédiques.

Une grande déséquilibrée a employé son esprit fertile en ressources à combiner différents procédés de ce genre.

Mme K..., quarante-trois ans, a des secousses cloniques de la tête qu'elle fait cesser aussitôt en prenant l'attitude du

1. FOURNIER, *Tic rotatoire*, Thèse de Strasbourg, 1870.



torticolis<sup>1</sup>, la tête inclinée sur l'épaule droite, la face regardant à gauche.

La correction du torticolis est facile. La malade peut sans trop de peine et sans l'aide des mains, ramener sa tête dans la rectitude. Mais alors les secousses cloniques de la tête entrent immédiatement en jeu. Au contraire, la main de la malade posée sur son menton empêche, mais seulement pendant quelques instants, la production des mouvements.

Une personne étrangère peut, en prenant le menton de la malade dans la main, ramener la tête dans la rectitude; mais, même en déployant une grande force, elle ne peut s'opposer à son agitation.

Cette femme a imaginé de nombreux subterfuges pour corriger ses mouvements. Chacun d'eux a joui, en son temps, d'une entière efficacité, puis est devenu insuffisant. Ainsi, un doigt posé sur le cou, la main soutenant le menton, la main posée à plat sur la nuque, ont successivement réussi à empêcher le retour des mouvements.

Enfin, elle a inventé un col haut et raide, sorte de *carcan* fait de plusieurs doubles d'étoffe très épaisse. Elle serre ce col au risque de s'étrangler; cependant ce procédé ne réussit pas toujours; le cou, il est vrai, est si bien comprimé, que la tête ne saurait faire un seul mouvement; c'est alors le bras droit qui présente des secousses convulsives.

Pour l'instant, un seul procédé est absolument efficace. Le plus jeune fils de Mme K... se place derrière elle et entoure son cou de ses deux mains. Mais ce moyen ne peut être employé bien longtemps, car rapidement l'enfant se fatigue.

Un malade de M. Grasset se promène dans le jardin de l'hôpital avec un bâton entre les dents, tenant son doigt sur une des extrémités de ce bâton et maintenant ainsi sa tête. Ou bien encore il maintient sa tête, un doigt dans son bonnet<sup>2</sup>.

1. FEINDEL et MEIGE, Quatre cas de torticolis mental, *Archives générales de médecine*, janvier 1901, obs. II.

2. GRASSET, Tic du colporteur (spasme polygonal post-professionnel), *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 10<sup>e</sup> année, n° 4, juillet-août 1897.



Chez un autre malade de MM. Noguès et Sirol<sup>1</sup>, atteint de torticolis mental, la tête était *irrésistiblement* entraînée dans la flexion en avant avec rotation forcée à gauche. Il pouvait arrêter complètement ce mouvement par la simple application, *sans effort*, de son doigt sur l'une ou l'autre des joues, sur le menton ou sur le nez.

Mieux encore, cet homme avait inventé un appareil fort ingénieux qui lui permettait également d'arrêter ses mouvements convulsifs.

Cet appareil n'est autre chose qu'une monture de pince-nez dépourvue de ses verres, auquel X... a ajusté un bout de fil de fer d'une longueur de dix centimètres environ. Cette tige est fixée dans une position perpendiculaire au plan du pince-nez, sur le milieu du ressort qui soutenait les porteverres.

Il suffit que le malade place cet appareil sur son nez pour que le spasme s'arrête. Il peut alors causer, marcher, se mouvoir de toutes façons, faire exécuter à sa tête tous les mouvements sans que son torticolis se produise. Il n'est même pas nécessaire que le malade fixe l'extrémité de la tige; il suffit simplement que ce lorgnon d'un nouveau genre soit placé sur son nez pour que les contractions de son sternomastoïdien et de son trapèze disparaissent.

Voici encore un stratagème imaginé par un de nos malades à la suite d'une petite expérience qui l'avait vivement frappé :

Pour obliger M. N... à maintenir sa tête droite en écrivant, nous avons plusieurs fois approché une épingle de sa joue gauche, et il arrivait à se maintenir, sans même que l'épingle fut en contact avec la peau. Cela lui a donné l'idée d'utiliser ce procédé pendant la marche et il a fixé dans ce but une longue épingle dans le col de son par-

1. NOGUÈS et SIROL, Un cas de torticolis mental, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1899, n° 6, p. 82.



dessus. Jamais d'ailleurs il ne se faisait à la joue la plus légère piqure. Cependant nous lui avons vivement déconseillé ce mode de correction qui eût pu devenir dangereux.

Ces stratagèmes antagonistes se retrouvent dans d'autres tics; ils ont encore la même origine et la même signification diagnostique.

MM. Raymond et Janet<sup>1</sup> ont rapporté la curieuse histoire d'un malade atteint de trismus mental, qui parlait constamment les dents serrées; mais il pouvait ouvrir largement la bouche pour montrer sa langue, et aussi pour manger. Or, cet homme avait trouvé un moyen de remédier à la contraction tonique de ses masséters: il lui suffisait de mettre un petit morceau de bouchon dans sa bouche, et tant que ce bouchon demeurait à proximité des mâchoires, la parole était possible. Il pouvait d'ailleurs parler aussi en ouvrant la bouche, à la condition de tenir son menton avec sa main.

Dans un cas analogue de M. P. Chatin<sup>2</sup> où il existait une contraction tonique permanente des masséters, le malade faisait cesser son tic en portant son petit doigt entre les arcades dentaires.

Le jeune J..., tiqueur de l'épaule gauche, se présentait le bras gauche collé contre le corps; l'avant-bras demi-fléchi s'appuyait fortement sur l'épigastre<sup>3</sup>. Cette position du bras avait été délibérément choisie par le malade. Elle répondait, dans son esprit, à un but précis; l'immobilisation du membre afin de maîtriser les mouvements intempestifs des muscles de l'épaule. C'était un subterfuge de

1. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II, p. 381.

2. P. CHATIN, Note sur un cas de trismus mental, *Revue neurologique*, 15 mai 1900.

3. H. MEIGE, Histoire d'un tiqueur: tics variables, tics d'attitude, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 25 août 1901.



son invention, prémédité et réfléchi, auquel il attribuait une action frénatrice souveraine.

On reconnaît encore là le *geste antagoniste efficace*, geste correcteur, primitivement volontaire, passant bientôt à l'état d'habitude et se reproduisant peu à peu automatiquement. Inspiré par un tic, il devient lui-même un complément indispensable de ce tic.

Le même jeune homme, dont l'imagination était féconde en expédients, adopta encore un procédé de correction vraiment singulier.

Partant de cette idée qu'en immobilisant son bras, il pourrait arrêter les « mouvements » de son épaule, il s'ingénia à trouver de nouveaux procédés d'immobilisation. Tous ses efforts tendirent vers ce but. La recherche de l'immobilité devint une sorte d'obsession qui le conduisit aux plus singulières pratiques.

C'est ainsi qu'il inventa le *matelas immobilisateur* : un vulgaire matelas, posé par terre, sur lequel pendant plusieurs mois, il allait s'étendre pour assurer, croyait-il, le repos de son épaule.

Son matelas, comme son attitude de pseudo-hémiplégique, fit bientôt partie intégrante des tics. Les parents ont eu la faiblesse de faciliter l'adoption de cette nouvelle invention, en autorisant l'installation à demeure de cet objet de literie dans un coin de la salle à manger où ils se tiennent ordinairement.

A peine levé, sa toilette faite, le jeune homme va retrouver son cher matelas, s'y allonge avec délices. Il y éprouve un réel bien-être ; le lit le plus moelleux ne le tenterait pas ; rien ne vaut à ses yeux ce méchant matelas jeté sur le plancher, son compagnon préféré, le confident de ses tics, le seul qui sache les comprendre et les soulager. Volontiers, il y passerait ses nuits comme les jours, encore qu'il se soit fait confectionner un lit de sa façon : nouvelle manie à laquelle les parents ont encore eu la faiblesse de sacrifier.

Singulier lit, qui doit être bombé au milieu et s'affaisser



sur les côtés : ce qu'on obtient en plaçant sous un large matelas un autre plus étroit d'un bon tiers. Il faut vraiment des prodiges d'équilibre pour se maintenir sur ce cylindre matelassé, et c'est précisément ce que recherche le malade. L'effort qu'il fait avec son bras gauche pour empêcher son corps de rouler sur le côté lui procure une réelle satisfaction. Il cesse de tiquer, pour un temps.

D'ailleurs, J... raconte et raisonne ses inventions :

« La gêne que j'éprouvais dans l'épaule, dit-il, m'obligeait à remuer mon bras, et ces mouvements me fatiguaient beaucoup. J'ai pensé que, si je parvenais à les arrêter, le malaise disparaîtrait; j'ai donc cherché à immobiliser ce bras. Quand je suis debout ou assis, j'y parviens à peu près en soutenant ma main gauche avec ma main droite; mais, à la longue, ma main droite se fatigue également. Il faut bien que je la laisse reposer; de plus, dans cette attitude, mes deux mains étant occupées, je suis incapable de faire aucun travail. Je devais donc trouver au bras gauche un autre mode de soutien. Alors j'ai songé à me coucher en m'arrangeant de façon que ce bras gauche reposât sur un plan résistant. Ainsi maintenu, il reste tranquille pendant assez longtemps; je puis disposer de ma main droite et lui laisser prendre quelque repos. »

Telle a été réellement l'origine du matelas-fixateur.

L'attitude de fixation du bras gauche, obtenue dans la station debout au moyen de la main droite, a la même origine, le même but, la même signification morbide que l'application du doigt sur la joue chez un sujet atteint de torticolis mental. C'est le *geste antagoniste* efficace.

La résistance du matelas n'est qu'un *stratagème antagoniste* également efficace, comme le *col carcan* inventé par les malades atteints de torticolis mental, comme la résistance de la muraille pour le sujet atteint de retrocolis.

Maints procédés plus simples et moins baroques auraient pu, semble-t-il, aboutir au même résultat. Assurément, mais ils n'auraient eu ce privilège qu'à la condition d'avoir été spécialement imaginés dans ce but par le tiqueur lui-même ou s'ils avaient reçu son entière approbation.

On lui a proposé d'autres lits, des chaises-longues, des



fauteuils. Aucun ne lui a plu; seul, le matelas par terre et le lit en cylindre avaient dans son esprit la vertu surprenante d'atténuer son malaise et son agitation.

Ces subterfuges enfantins, inhibiteurs des tics, ont été l'origine de nouvelles obsessions qui bientôt devinrent impérieuses et aussi tyranniques pour le malade que pour son entourage.

Dès qu'on parlait de supprimer ou seulement de modifier ces habitudes parasites, c'étaient des larmes, des gémissements, des crises violentes de colère et de désespoir.

Couché sur son matelas, le jeune homme prend les positions les plus bizarres. Une fois son bras gauche fixé dans la position de son choix, lorsqu'il sent bien la résistance du plan sur lequel il repose, loin de rester immobile il ne cesse d'agiter ses jambes, son bras droit et sa tête. Il tourne celle-ci dans tous les sens; avec sa main droite, il tiraille ses cheveux, ses sourcils, sa moustache naissante, se frotte les yeux, le nez, les oreilles, se gratte ici ou là, tandis que les jambes se déplacent à droite, à gauche, se croisent, se décroisent, s'allongent, se replient...

Il semble que tous les tics du membre supérieur gauche immobilisé temporairement, se mettent à vagabonder par le reste du corps, sans jamais se fixer au même point. Les tics variables reparaissent.

Vingt fois par jour, et plus encore, le jeune homme interrompt ses occupations pour aller retrouver le matelas obsédant. Est-il occupé à lire, à écrire, à manger même, l'idée du matelas surgit soudain, le saisit, le domine, l'entraîne. Il faut lui céder, coûte que coûte. Il cède, se couche, et aussitôt éprouve un bien-être reconfortant.

Mais si d'aventure un obstacle s'élève, si quelqu'un fait mine de se moquer de lui ou de le réprimander, aussitôt il s'impatiente, s'exaspère, se lamente; il crie que ses souffrances sont intolérables, tous ses tics se déchainent et se généralisent. C'est une véritable « crise paroxystique » dans laquelle il s'oublie jusqu'à injurier ses proches, jusqu'à bousculer, briser les objets qui l'entourent, en poussant de grands cris entrecoupés de sanglots.

Épouvantés de ces paroxysmes, les parents n'osant plus



user d'autorité, ont fini, dans la crainte de les voir se reproduire, par accepter toutes les fantaisies de ce grand enfant terrible. Il est devenu leur maître et impose à tous « ses quatre volontés ».

Un exemple bien singulier encore est celui d'un malade de MM. Raymond et Janet<sup>1</sup> atteint de tics multiples.

Le malade, âgé de trente-trois ans, prétend qu'il n'avait pas de tics avant l'âge de vingt-neuf ans. En réalité il a toujours été un grand détraqué, il appartient à une famille qui compte sinon des aliénés, au moins pas mal d'arriérés, des tantes, un oncle, un frère qu'il trouve aimablement un peu bébêtes et qui ont même eu besoin d'être placés dans des asiles spéciaux. D'autre part, sa mère était une grande hystérique.

Ce garçon fut dans sa jeunesse un sujet brillant, toujours en tête de ses classes, mais bizarre, vaniteux, coléreux, rempli de fantaisies excentriques. Il fit ou plutôt commença tous les métiers, sans suite dans les idées, avec des ambitions démesurées : maître d'études, inventeur d'un procédé pour repasser merveilleusement les couteaux, ouvrier métallurgiste avec le rêve de devenir millionnaire grâce à ses inventions, soldat, voyageur en Afrique, etc., toujours misérable, toujours à la recherche de perfectionnements imaginaires.

C'est qu'en effet il présente un trait de caractère assez commun chez ces dégénérés et qui semble jouer un rôle dans sa maladie. Il est scrupuleux et rêve dans toutes ses actions une perfection imaginaire. Il trouve toujours qu'une chose pourrait être mieux faite, qu'il faut trouver un *système* pour mieux faire. Il a des procédés pour écrire bien, pour tenir sa plume, des moyens mnémoniques interminables pour mettre la ponctuation, pour apprendre, pour réciter. Il s'embarrasse dans ses procédés perfectionnés au point qu'il ne peut jamais arriver au bout de quoi que ce soit. Il a tant cherché de procédés pour mettre la ponctuation, qu'il ne pouvait plus arriver à écrire une lettre. C'est ce qui l'a fait renoncer à être maître

1. RAYMOND et JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II, p. 385



d'études. Il a trouvé des procédés pour aiguïser les couteaux, mais on l'a renvoyé de l'usine parce qu'il les coupait en deux...

Ce pauvre diable, après des voyages excentriques en Afrique, rapporta en guise de perfectionnements une conjonctivite, les fièvres paludéennes et la dysenterie. Il rentra en France épuisé et plus détraqué que jamais. Ce furent alors des préoccupations pour sa santé et des inventions sur les règles de l'hygiène. Il se préoccupa de tout et surtout de sa respiration et de sa digestion. Il ne respirait pas bien, il fallait trouver un système pour respirer mieux, pour éviter les suffocations possibles; il ne parlait que des dangers de l'étouffement. Puis ce furent des systèmes pour manger : il lui fallait une bouteille d'eau près de lui constamment pour humecter la bouche avant chaque bouchée; même en dehors des repas il fallait une goutte d'eau dans la bouche pour bien respirer. Un jour, dans un voyage en chemin de fer, il fut horriblement malade parce qu'il ne pouvait avoir sa gorgée d'eau....

Nous rappellerons encore ce passage d'une observation intitulée « tic ou spasme de la face » que nous avons publiée antérieurement.

Aux approches de la majorité, prend place dans l'histoire de X... un épisode assez curieux.

Très chaste, ne s'étant jamais permis de plaisirs solitaires, n'ayant jamais affronté les rapports féminins, cependant bien sexué, X... était obsédé par l'exubérance de sa virilité. Pour mettre un frein à des manifestations qui lui faisaient horreur et qui, la nuit surtout, lui semblaient déplacées, il imagina divers expédients, et, finalement, s'arrêta à la combinaison suivante :

Le soir, en se couchant, il adaptait à l'organe dont il redoutait les surprises une sorte d'étui cylindrique maintenu par des cordons autour de la ceinture.

Le cylindre en question contenait une tige métallique fixée à un ressort, mais n'ayant aucun contact avec les parois. Or, cette tige d'une part, le fond du cylindre d'autre part, étaient reliés par des fils à une sonnerie électrique.



Le sommeil venu, s'il arrivait qu'une pression anormale s'exerçât à l'intérieur de l'instrument, le ressort cédait peu à peu et la tige métallique ne tardait pas à butter contre le fond du cylindre. Le contact établi, la sonnerie fonctionnait et notre homme, qui avait soin de placer celle-ci sous son traversin, s'éveillait aussitôt, automatiquement averti du danger qui le menaçait.

Le plus souvent, il n'en fallait pas davantage pour recéder la pression dans l'appareil. La sonnerie se taisait; X... n'avait qu'à se rendormir, quitte à se retrouver de nouveau réveillé en vertu du même mécanisme.

D'autres fois, le timbre persistait à sonner, alors X... se levait et faisait à plusieurs reprises le tour de sa chambre. Il ne se remettait au lit que lorsqu'il était devenu complètement maître de lui-même.

Fut-ce le résultat de cette bizarre invention? Toujours est-il qu'elle fit merveille, car bientôt X... cessa d'être réveillé par son avertisseur nocturne. Depuis dix ans, s'il faut l'en croire, il n'a plus jamais eu besoin d'y recourir. Et aujourd'hui, bien qu'il n'ait que trente-sept ans, sa complète frigidité le met désormais à l'abri des expansions qui troublèrent les nuits de sa jeunesse.

On voit, par ces seuls exemples, combien est désordonnée l'imagination des tiqueurs, et comme ils savent mettre à profit leur ingéniosité pour compliquer, plutôt que pour corriger, leurs tics ou tout autre phénomène dont ils s'alarment exagérément.

Enfin, lorsque le besoin d'obtenir l'immobilité est poussé à l'extrême, le tiqueur devient vraiment « tiqueur à lier ».

Un malade de Charcot<sup>1</sup>, fléchissait tout à coup son avant-bras sur son bras et, ensuite, par un brusque mouvement d'épaule, élevait son coude vers le côté droit de la face, la tête s'inclinant un peu du même côté. Il figurait ainsi l'attitude de défense que prennent les écoliers mena-

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 23 octobre 1888.



cés d'un soufflet. La secousse du membre supérieur était souvent accompagnée d'un soubresaut du membre inférieur du même côté. La brusquerie et l'intensité du mouvement étaient tels... que sa femme, d'habitude, le soir quand il se couchait, lui liait étroitement les mains à l'aide d'une corde, de façon à atténuer l'intensité des mouvements des tics qui, autrement, croyait-il, l'auraient privé de sommeil.

Tous ces gestes et stratagèmes inventés par les tiqueurs pour se protéger contre leurs tics peuvent être considérés comme des manifestations d'*idées de défense*. On retrouve leurs analogues chez les obsédés et chez les persécutés. Par là s'affirme encore le déséquilibre mental des tiqueurs.



## Complications des Tics.

Les tics peuvent entraîner un certain nombre de complications. Celles-ci sont, en général, peu graves. Dans certains cas même, la crainte de ces complications peut stimuler les efforts de la volonté et amener la répression du tic.

Les tics très violents provoquent parfois des *subluxations* dans les jointures.

Nous avons déjà parlé aussi de l'*hypertrophie* que peuvent présenter les muscles mis incessamment en action par un tic, ainsi que de l'*atrophie* des antagonistes. Ces accidents sont généralement très peu accusés et ne présentent pas de gravité. Cependant, dans les cas de longue durée, ils peuvent devenir plus sérieux; et l'on a vu des rétractions tendineuses se produire entraînant des déformations permanentes.

Un malade, un vieillard, était depuis longtemps déjà atteint d'un torticolis mental; il avait d'ailleurs à sa disposition le *geste antagoniste efficace* habituel. Peu à peu, il perdit l'habitude de faire ce geste; quelques années plus tard on pouvait constater des rétractions musculaires dans les muscles du cou, du côté de la rotation.

Mais, c'est surtout dans les spasmes et dans tous les phénomènes convulsifs qui relèvent des lésions matérielles des centres ou des conducteurs nerveux, que les troubles



trophiques apparaissent. Leur présence constitue même un élément important du diagnostic.

Gaupp<sup>1</sup> a décrit un cas de « myotonie partielle congénitale » localisée aux muscles de l'avant-bras et de la main, et accompagnée d'atrophie, chez un sujet qui présentait des stigmates d'infantilisme. Il est peu probable que ce cas puisse être rattaché aux tics.

Une *paralysie* peut-elle survenir à la suite d'un tic? M. Grasset a rapporté l'histoire d'une jeune fille chez qui, à l'époque de la menstruation, les tics légers apparus dans le jeune âge furent remplacés par un mouvement de projection en avant de la jambe droite. Ultérieurement, la malade a traîné pendant quelques mois la jambe droite, ne s'appuyant sur ce membre pendant la marche qu'avec la plus grande difficulté<sup>2</sup>. On peut douter que cet accident fut l'indice d'une paralysie véritable. En pareils cas, il s'agit souvent d'hystérie, ou d'un trouble fonctionnel de la marche, apparenté aux tics toniques, comme dans le cas de notre malade, L...

Plus fréquentes sont les complications qu'entraînent les tics de morsure. Les onychophages arrivent à se mutiler les doigts; les cheilophages ont des lèvres énormes.

Les tics de grattage, les tics de morsure peuvent entraîner des excoriations, des ulcérations, portes d'entrées toujours ouvertes aux agents infectieux.

Le tic de morsure du jeune J... fut, nous l'avons vu, l'origine d'une érosion de la muqueuse buccale.

Comme pour les tics de mordillage produits par les excoriations des lèvres, chaque nouvelle morsure aggravait la lésion, jusqu'au jour où une infection se produisit.

1. GAUPP, *Centralblatt für Nervenheilkunde*, février 1900.

2. *Clinique méd.*, 1891.



Car ce fut bien une stomatite ulcéreuse.

Or, cet accident qui aurait pu devenir grave, eut au contraire un effet bienfaisant. L'apparition de la fièvre et l'augmentation de la douleur servirent d'avertissement au jeune J... Il se rendit compte des dangers de ces mouvements intempestifs, et, comme il est très préoccupé de sa santé, il s'empessa de refréner son tic de morsure.

Depuis lors, il s'en est prudemment garé.

Ainsi les complications engendrées par un tic peuvent avoir un effet curateur sur le tic lui-même, et entraîner sa disparition.

Autre exemple, chez le même malade, d'une complication traumatique causée par les malaxations intempestives du bras animé de secousses convulsives. Mais, de même que pour l'épisode des ulcérations buccales, ce fut encore un mal salulaire, car il mit un terme au combat des deux mains.

En janvier 1901, une enflure apparut autour du poignet gauche, enflure rouge, assez douloureuse, qui s'étendit un peu sur la face dorsale de la main, respectant les doigts. C'était le résultat d'un pugilat excessif livré par le poing droit au poignet gauche. Cet accident guérit d'ailleurs rapidement.

Mais voici qu'au mois d'avril 1901, on découvrit, au niveau du coude gauche, une large ecchymose rougeâtre; au-dessus, un gonflement douloureux de tout le bras, et quelques jours après une sorte de cordon dur remontant le long du biceps jusqu'au creux de l'aisselle. Le mot de phlébite fut prononcé.

Par le repos, ces symptômes disparurent peu à peu. Actuellement, il n'en reste aucune trace.

Ce dernier accident est imputable aux pressions multiples et exagérées que le jeune J... ne cessait d'exercer sur son bras gauche : « Il lui arrivait, dit la mère, de se serrer si fort qu'il en criait. »

Les compressions violentes et sans cesse répétées au niveau de l'aisselle et à la racine du bras, sur le paquet



vasculaire, ont très bien pu causer des troubles circulatoires sérieux, une véritable phlébite traumatique. Les mouvements incessants de l'épaule, les subluxations volontaires répétées à tout instant, les torsions violentes du bras opérées par la main droite, ne pouvaient que favoriser encore la gêne de la circulation.

Depuis cet accident, le malade a mis un frein à ces malaxations intempestives; l'habitude est parfois encore assez impérieuse pour qu'il se laisse aller à esquisser quelques-unes de ses gesticulations favorites; lorsqu'il oublie sa récente mésaventure, il est tenté de recommencer à tordre son poignet, à tortiller ses doigts, à glisser sa main sous l'aisselle pour repousser en avant le tendon du pectoral, ou latéralement son humérus.

Il lui arrive même d'appeler sa jambe gauche à la rescousse : appuyant sa main sur sa cuisse, il fléchit cette dernière brusquement, et transmet ainsi le mouvement à l'épaule, — ajoutant de la sorte un tic du membre inférieur à ceux de son membre supérieur.

Mais le souvenir de sa phlébite et la crainte des dangers que pourrait entraîner une récurrence, le rappellent spontanément à la raison.

On se rappelle M. O..., dont les tics de morsure avaient eu pour effet de faire tomber prématurément toutes ses dents. Nous l'avons vu également s'écorcher une cheville à coups de pied, faire croître un durillon sur son nez et sur son menton, à force de les frotter contre le dossier d'une chaise.

Les tics toniques du cou entraînent toutes sortes de déformations du tronc qui, dans les cas de longue durée, peuvent devenir définitives.

En dehors de ces complications, le plus grand nombre des accidents qui viennent se surajouter aux tics relèvent des affections diverses avec lesquelles ces derniers peuvent coexister.



Ainsi M. Féré<sup>1</sup> a rapporté un fait où des mouvements de rotation de la tête devinrent au bout de quelques années le symptôme initial de convulsions épileptiformes. Il est douteux que ces mouvements de la tête aient été de véritables tics.

Quant aux troubles mentaux graves que l'on voit parfois survenir à la suite de tics de longue durée, on ne doit pas les considérer comme des complications de ces derniers; ils ne sont que des manifestations psychiques germant sur un terrain mental favorable à leur éclosion. Les hallucinations, les délires de certains tiqueurs sont souvent des phénomènes complètement indépendants de leurs tics.

Il y a lieu cependant de faire une remarque : Un tic persistant, invétéré, est quelquefois l'origine de préoccupations continuelles qui peuvent être le point de départ d'un syndrome obsédant ou d'idées hypochondriaques. Le trouble moteur exerce ainsi une réaction fâcheuse sur l'état mental dont il a été lui-même une manifestation. C'est ainsi qu'une idée obsédante peut engendrer une réaction motrice ayant tous les caractères d'un tic, et que réciproquement, l'acte moteur, par sa répétition incessante, peut devenir à son tour une véritable obsession. Devant la ténacité de son tic, le tiqueur perd courage, se désole, se désespère, se voit condamné à une perpétuelle infirmité; il s'en exagère volontiers les dangers, et devient ainsi un obsédé nosophobe.

1. FÉRÉ, Épilepsie et tics, *Journal de Neurologie*, 1900.



## Parenté morbide des Tics.

Une foule de troubles moteurs, qualifiés de spasmes, crampes, chorées, myoclonies, myotonies, etc., peuvent apparaître et se développer sur le même terrain névropathique où l'on voit éclore le tic, comme aussi une infinité de troubles psychiques peuvent se greffer sur le fond psychopathique dont le tic n'est qu'une émanation motrice.

La fréquence de ces associations est confirmée par des observations extrêmement nombreuses.

Nous avons eu maintes fois l'occasion d'en signaler des exemples, chemin faisant. L'étude des conditions étiologiques des tics, surtout celle des causes prédisposantes, permet d'entrevoir la multiplicité de ces associations ou de ces alternances.

Les corrélations qui existent entre les tics et les maladies nerveuses, dit M. LETULLE, sont souvent des plus intimes, car on peut voir successivement évoluer sur le même individu tel ou tel tic convulsif et plus tard une maladie du système nerveux beaucoup plus grave (névrose, maladie mentale, paralysie générale, ataxie locomotrice). Inversement, certains cas de chorée paraissent se terminer en laissant seulement, comme trace parfois indélébile de leur passage, un petit mouvement convulsif partiel, bien circonscrit, un tic. Dans la hiérarchie des névropathies, le tic occupe donc une



place intéressante : il est tour à tour, et suivant les cas, un point de départ, un intermédiaire ou un reliquat ; à ce titre il mérite une étude attentive, car il peut servir à la prognose d'un état morbide mal défini.

Nous examinerons successivement dans ce chapitre les relations des tics avec l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, les vésanies et l'idiotie.

### Tics et Hystérie.

Les tics sont-ils des phénomènes hystériques ?

Nous répondrons nettement par la négative.

D'abord, sans attacher aux « stigmates » une valeur pathognomonique, il faut constater que la majorité des tiqueurs n'en présente pas trace, et qu'ils n'ont aucune des manifestations paroxystiques propres à l'hystérie.

Chez aucun des malades atteints de cette affection on ne trouve de modifications de la sensibilité générale ; il n'y a jamais d'anesthésie, jamais d'hyperesthésie ni de phénomènes douloureux. On constate toujours également l'intégrité complète des sens spéciaux et en particulier l'examen de l'œil n'a jamais décelé la moindre trace de rétrécissement du champ visuel. Ces signes bien que négatifs, n'en ont pas moins, au point de vue du diagnostic, une très réelle importance, et il était de toute nécessité de les signaler (G. GUINON).

Quant à l'état mental des tiqueurs, s'il est vrai qu'il ressemble à celui de nombre d'hystériques, le même état mental se retrouve chez une foule de sujets qui n'ont de l'hystérie aucun caractère significatif.

Chez les uns et les autres, on observe également toute une série d'anomalies psychiques : petites manies, obsessions, phobies, parfois de si peu d'importance, qu'elles



peuvent passer inaperçues, d'autres fois tellement développées que le tic ou les paroxysmes hystériques semblent n'occuper que le second rang, le trouble mental étant prépondérant.

Mais, en vérité, dans le tic, rien ne nous semble caractéristique de l'hystérie. Et il est bon de le faire remarquer, les tiqueurs, lorsqu'ils sont dits hystériques, le sont presque toujours si peu qu'on se demande si vraiment chez eux l'hystérie est en jeu.

Assurément, les hystériques peuvent devenir tiqueurs, mais au même titre que les autres prédisposés. En d'autres termes, s'il est exact que les hystériques peuvent avoir des tics, la grande majorité des tics s'observe chez des sujets qui, manifestement, ne sont pas hystériques.

Sans doute, Briquet, Axenfeld, Bouchut, ont depuis longtemps signalé les tics comme phénomènes accessoires de l'hystérie et du *nervosisme*. Mais ces observations sont antérieures à l'époque où l'hystérie fut différenciée par Charcot d'une foule d'autres accidents névropathiques.

Le professeur Pitres, dont l'opinion si compétente ne saurait être passée sous silence, tendait à considérer la prédisposition aux tics comme relevant de l'hystérie. Pour lui, les tiqueurs seraient au moins « des candidats à l'hystérie ». On trouverait dans leurs antécédents héréditaires et personnels, des traces évidentes de cette prédisposition ; d'autres fois, l'exploration méthodique de leur sensibilité mettrait en évidence quelques-uns des stigmates révélateurs de l'hystérie.

M. Pitres<sup>1</sup> a cité quelques exemples à l'appui de cette manière de voir :

1. PITRES, *Leçons sur l'hystérie*, vol. I, p. 317.



Un résinier des Landes transportait toute la journée d'arbre en arbre son piquet, grosse pièce de bois à encoches qui lui servait à monter sur les pins. Cet homme eut d'abord une douleur sourde, légère mais persistante, dans l'épaule gauche; il l'attribuait au poids du piquet, toujours porté sur cette épaule. Puis survinrent des mouvements involontaires ayant pour effet d'entraîner le menton vers l'épaule gauche. Ces mouvements se reproduisaient de dix à trente fois par minute, chacun d'eux durant de une à douze secondes. Ils diminuaient considérablement d'intensité et de fréquence quand le malade était couché sur le côté gauche, ou bien encore quand, tout en restant assis ou debout, il penchait fortement sa tête sur l'une ou l'autre épaule. Dans ces conditions, les contractions ne survenaient que toutes les deux ou trois minutes; encore étaient-elles très faibles. Elles cessaient complètement pendant le sommeil, quand le malade chantait, quand il sifflait ou simplement quand il récitait à haute voix.

L'exploration campimétrique a révélé un rétrécissement notable des deux champs visuels. Tous les moyens essayés pour faire disparaître le tic ont été inefficaces...

« Que faut-il conclure de cet ensemble de symptômes? se demande M. Pitres. A mon sens, on en peut légitimement déduire que notre malade est atteint d'un *tic* de certains muscles du cou, vraisemblablement causé par l'habitude de porter le piquet sur l'épaule, et vraisemblablement aussi de nature hystérique. L'hystérie est réduite, il est vrai, dans ce cas, à sa plus simple expression symptomatique, mais il est difficile de ne pas reconnaître son cachet dans le rétrécissement concentrique des champs visuels. »

Qu'il s'agisse ici d'un tic, d'un tic rotatoire du cou, provoqué par un geste professionnel, rien de plus vraisemblable; mais cet accident est-il de nature hystérique?... Le rétrécissement du champ visuel suffit-il à caractériser la névrose?...



Dans un autre cas de M. Pitres, l'hystérie est indéniable. Il s'agit d'un tic de la face survenu à la suite de chagrins et de préoccupations chez un hystéro-neurasthénique, à l'âge de quarante-cinq ans. Cette observation prouve péremptoirement qu'un tic peut apparaître chez un hystérique. Mais doit-on conclure que le tic soit un phénomène de *nature* hystérique?...

Pour notre part, nous croyons que lorsqu'on observe, chez un même sujet, à la fois des tics et des stigmates multiples de l'hystérie, il s'agit d'une association fortuite.

En voici un exemple dû à M. Chabbert :

Fillette de douze ans, dont l'hérédité nerveuse est assez chargée dans les deux lignes (folies, excentricités, attaques convulsives). Chez cette enfant, le début des mouvements convulsifs est rattaché à diverses frayeurs ayant occasionné en même temps des accidents d'ordre hystérique. C'est une hystérique confirmée ayant tous les stigmates au complet. Elle présente en outre un léger degré d'écholalie.

L'auteur conclut à l'association de l'hystérie et de la maladie des tics, en s'appuyant sur la longue durée, la ténacité sans modification aucune, le défaut de rythme des mouvements.

Charcot<sup>1</sup>, d'ailleurs, séparait nettement les tics de l'hystérie :

« N'allez pas, disait-il, rattacher, comme on le fait trop souvent, les tics à l'hystérie. Ce sont choses totalement différentes et il suffirait déjà, pour établir une distinction, de relever que les mouvements des tics surviennent inopinément, à des intervalles très inégaux, et qu'on n'y

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 23 octobre 1888.



constate pas, par conséquent, le rythme et la mesure qui marquent souvent certains phénomènes hystériques. »

Le tic n'est donc pas une manifestation de nature hystérique. Mais *il peut coexister avec l'hystérie*.

MM. Raymond et P. Janet ont signalé à ce propos le parti qu'on pouvait tirer des phénomènes hystériques pour reconstituer la pathogénie de certains tics.

On sait, en effet, disent-ils, quelle qu'en soit la raison, que pendant le somnambulisme le malade retrouve une mémoire singulièrement plus étendue que pendant la veille. Il peut à ce moment retrouver le souvenir des délires qui ont déterminé et rempli ses attaques, des phénomènes subconscients qui ont provoqué une foule d'accidents et qu'il ignorait pendant la veille<sup>1</sup>. »

On peut arriver à connaître de la sorte la cause initiale et la genèse d'un tic, sans que, d'ailleurs, le tic puisse être considéré comme étant lui-même une des manifestations de la névrose.

Dans quelques cas, cependant, où les symptômes de l'hystérie sont nettement accentués, cette dernière semblerait bien jouer un rôle dans la genèse des accidents convulsifs. M. Scherb<sup>2</sup> a publié une très intéressante observation de ce genre sous le nom de *tic de la mendicante*.

C'est une jeune fille de dix-huit ans, issue d'un père alcoolique et d'une mère hystérique, élevée misérablement, entourée des pires exemples, aujourd'hui abandonnée, sans instruction, d'une intelligence médiocre et d'une inconscience morale absolue.

Vers l'âge de six ou sept ans, elle contracta la diphtérie. Un médecin militaire fut appelé. Sa vue causa, paraît-il,

1. *Névroses et idées fixes*, vol. I, p. 397.

2. SCHERB, Hémispasme tonique du côté droit constituant un tic mental professionnel : tic de la mendicante, *Soc. de Neurologie de Paris*, 3 mai 1900.



une si vive frayeur à l'enfant qu'instantanément tout le côté droit du corps entra en contracture. La bouche et l'œil étaient déviés à droite, le bras allongé en adduction et en pronation ne pouvant être plié, l'épaule droite soulevée et la tête inclinée vers elle. La marche, impossible pendant un mois par suite de la raideur du membre intéressé, redevint peu à peu possible, la jambe droite demeurant traînante, le pied en équinisme.

Fait à consigner, la malade se souvient que, dès cette époque, lorsqu'elle ne songeait pas à sa maladie, elle marchait et courait comme les enfants de son âge. Mais sa mère, qui voyait dans cette affection un moyen d'attirer la pitié publique, encouragea la fillette à conserver son attitude vicieuse, en la conduisant mendier par les rues.

Aujourd'hui, elle apparaît encore, traînant la jambe droite, les orteils en flexion, l'avant-bras demi-ployé, la main étendue, les doigts repliés.

Quand elle ne tend pas la main droite pour faire le geste de mendier, elle est obligée de la retenir avec la gauche pour empêcher le bras de se lever en abduction. Une très légère pression de son index y suffit; par contre, si on cherche à abaisser le bras, on éprouve une très forte résistance.

En outre, dès que la malade cesse d'être observée et de songer à son attitude professionnelle, elle marche, court, se sert de son bras et de sa main, sans la moindre gêne apparente. Aussitôt qu'elle y pense ou qu'on la regarde, l'attitude reparait.

L'examen de la sensibilité montre une hyperesthésie de tout le côté droit du corps, l'existence d'une zone ovarienne à gauche, d'une zone mammaire des deux côtés et d'un point laryngé. Le champ visuel n'est pas rétréci; les réflexes sont normaux. Le signe de Babinski n'existe pas.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'un « tic mental professionnel », chez un sujet prédisposé par son hérédité et ses stigmates névropathiques. A l'origine, une frayeur détermina une contracture. Celle-ci fut intentionnellement entretenue par la mère et devint une habitude. Le « tic



de la mendiante » était une *habitude mentale défectueuse* contractée par une *invalidité psychique*.

Il n'est pas douteux que ces accidents rappellent ceux que réalisent certains tics, en particulier le torticolis mental. On y retrouve la discordance entre l'effort insignifiant que fait la malade pour corriger son attitude vicieuse et la grande force que doit développer une autre personne pour obtenir le même résultat. Cependant, le début brusque des accidents sous forme hémiplegique, l'hémi-hyperesthésie du côté malade, les points ovariens et mammaires, toutes ces données, même en l'absence de rétrécissement du champ visuel, doivent faire songer à l'hystérie.

Les malades décrits par M. Brissaud, le « colporteur » de M. Grasset, ceux qui ont été étudiés par nous-mêmes, bien d'autres cas publiés depuis lors, ont entre eux comme un air de famille qui ne semble pas aussi évident chez la « mendiante » de M. Scherb. Tous ces malades avaient bien des imperfections psychiques auxquelles ils devaient d'être devenus des tiqueurs, mais leurs troubles sensitifs étaient nuls ou insignifiants, et jamais nous n'avons observé une localisation spasmodique aussi nettement dimidiée, s'accompagnant d'une hyperesthésie superposable. Ce dernier caractère est vraiment trop spécial à l'hystérie pour qu'on ne puisse songer à faire jouer à cette dernière un rôle important dans la pathogénie du « tic de la mendiante ».

Mais les faits de ce genre sont exceptionnels, et, nous le répétons, chez l'immense majorité des tiqueurs, l'absence de troubles objectifs de la sensibilité, l'intégrité du champ visuel, le défaut de phénomènes paroxystiques, enfin l'arythmie des désordres moteurs, sont de sérieux arguments contre la nature hystérique des tics.



Tout dépend assurément, de ce qu'on appelle l'*hystérie*. Or, il faut bien avouer que, depuis plusieurs années, ce mot a perdu de sa précision.

Très à propos pour faire cesser plus d'un malentendu M. Babinski<sup>1</sup> vient de soulever la question de la définition de l'*hystérie* à la *Société de Neurologie de Paris* :

« Dans notre Société même, a-t-il pu dire, composée cependant de membres élevés pour la plupart à la même école, il y a eu plusieurs fois des discussions tendant à montrer qu'il y a de notables différences dans la manière dont, les uns et les autres, nous comprenons l'*hystérie*. »

Il est donc urgent de s'entendre sur la signification exacte de ce mot.

Pour notre part, nous estimons que c'est commettre une erreur d'interprétation que de considérer comme *hystérique* un accident n'appartenant à aucune maladie bien définie, sous prétexte qu'il semble purement fonctionnel.

L'absence de toute lésion organique (ou de ce qu'actuellement on appelle ainsi) est un caractère négatif commun à toutes les névroses. Chacune de celles-ci doit avoir des frontières précises, l'*hystérie* comme les autres.

Voici la définition proposée par M. Babinski :

« L'*hystérie* est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner...

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs, et accessoirement par quelques troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion... »

1. J. BABINSKI, Définition de l'*hystérie*, *Société de Neurologie de Paris*, 7 novembre 1901.



Dans le développement d'un tic, qu'il puisse y avoir une certaine part d'auto-suggestion, cela est fort possible.

Mais se peut-il qu'une *insinuation mauvaise* (c'est la signification du mot *suggestion* qu'accepte M. Babinski), suffise pour constituer un tic?.... Est-il possible de reproduire un tic avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets?.... Enfin est-il possible de faire disparaître les tics sous l'influence *exclusive* de la persuasion? — Si, dans quelques cas, il semble bien que la guérison soit surtout le fait de la persuasion, ce moyen employé isolément est en général insuffisant.

Une véritable rééducation est nécessaire, et son action doit être prolongée pendant des semaines, des mois, des années. Même après ce temps, son action, laborieusement répétée, n'amène pas toujours la guérison *complète*, mais une amélioration progressive. En tous cas, jamais on n'obtient une de ces guérisons soudaines qui, elles, sont bien le propre de l'hystérie.

Les guérisons subites des tics sont des exceptions rarissimes; si parfois on croit les obtenir, il est bien rare qu'elles se maintiennent; ce ne sont que des accalmies transitoires.

Les tentatives hypnotiques échouent généralement. Elles ne peuvent en effet réussir que si le tiqueur est un hystérique avéré, et c'est l'extrême rareté.

Pour guérir, il faut des efforts prolongés de la part du médecin et du malade. Et même les efforts de *persuasion* du premier, les efforts d'*auto-persuasion* du second sont peu de chose en comparaison de l'éducation des actes volontaires. Le malade ne saurait en enfreindre les règles sans être puni bientôt par une aggravation temporaire de son mal, et par un retard apporté à sa guérison.



### Tics et Neurasthénie.

Quant aux relations qui semblent exister entre les tics et la *neurasthénie*, nous n'en parlerons que très brièvement.

Assurément, les tiqueurs comme les neurasthéniques sont des abouliques, très souvent des anxieux, des obsédés, et en particulier des nosophobes. Ils peuvent avoir en commun plus d'une imperfection psychique. Les mêmes causes dépressives peuvent favoriser l'apparition des deux maladies. Mais on en peut dire autant de toute espèce de psycho-névrose. Et vouloir assimiler les tiqueurs aux neurasthéniques, c'est méconnaître les signes physiques distinctifs de la maladie de Beard. On a tant abusé de cette étiquette morbide, on en a décrit tant de formes frustes ou atypiques, que ses symptômes fondamentaux finissent par être perdus de vue. Quel que soit le polymorphisme des accidents, la réalité du *syndrome neurasthénique* n'est pas contestable; il est précisément constitué par la coexistence de ces troubles bien reconnaissables : céphalée caractéristique, rachialgie, topoalgies, atonie gastro-intestinale, asthénie neuro-musculaire, insomnie, dépression mentale.

Si, de ci de là, l'un quelconque de ces symptômes s'observe chez un tiqueur, leur groupement qui, seul, pourrait permettre de porter le diagnostic de neurasthénie, ne coexiste que tout à fait exceptionnellement avec un tic.

C'est ainsi que, dans un certain nombre d'observations, on a noté la coexistence ou l'alternance des tics avec des *maux de tête*. Ceux-ci ne rappelaient nullement la céphalée « en casque » des neurasthéniques, mais bien la *migraine*.



L... avait de fréquents maux de tête avec sensation de compression frontale et au fond des deux orbites, douleurs qui cessent après les vomissements, le repas ou le sommeil, véritables *migraines* qui se reproduisaient environ une fois par mois.

Le père de Brif... était *migraineux*. Lui-même fut atteint dès l'âge de seize ou dix-sept ans, de migraines qui se reproduisaient une fois par semaine environ, duraient toute la journée, quelquefois vingt-quatre heures. Le mal de tête occupait tantôt un côté, tantôt l'autre, tantôt les deux. Il n'avait pas de vomissements.

En outre, dans sa famille, la *canitie* est héréditaire. Son père était déjà tout blanc lorsqu'il le connut. Lui-même a une abondante chevelure presque blanche. A l'époque de son tirage au sort il avait déjà des cheveux blancs. Il y a quelques jours sa fille aînée, qui est dans la seizième année, a trouvé un cheveu blanc en se coiffant.

A supposer même que les maux de tête observés chez les tiqueurs aient eu les caractères de la céphalée neurasthénique, ce symptôme eut été insuffisant pour faire porter le diagnostic de neurasthénie.

Ces remarques basées sur l'observation clinique, sont applicables à toutes les variétés de tics, même s'il s'agit de ceux auxquels on a donné le nom de *tics mentaux*, même s'il s'agit de ceux que M. Cruchet a qualifiés de *tics psycho-mentaux*.

« *Hystérie et neurasthénie*, dit ce dernier, voilà bien les deux affections que nous rencontrons à chaque pas dans l'étude de ce second groupe; et si nous rappelons que, pour Raymond, chorée fibrillaire de Morvan, paramyoclonus multiplex de Friedreich, chorée électrique de Hénoc-Bergeron, tic non douloureux de la face de Trousseau (c'est-à-dire notre tic convulsif simple), maladie de Gilles de la Tourette-Charcot, ne sont que des moda-



lités du syndrome *myoclonie*, lui-même n'étant, comme nous l'avons vu, qu'un produit de la neurasthénie et de l'hystérie, il faut convenir que ce sont elles qui semblent, en dernière analyse, dominer et résumer toute cette question du tic convulsif psycho-mental. »

De la sorte, non seulement le tic, enfoui dans les myoclonies au milieu des accidents convulsifs les plus disparates, est menacé de perdre à jamais ses caractères distinctifs, mais l'hystérie elle-même redevient le « protéé » d'antan.

Quant à la neurasthénie, on est tenté de s'en servir comme d'un *caput mortuum* dont il importe peu de délimiter les frontières.

Il nous semble, au contraire, qu'aujourd'hui la nécessité s'impose de réagir contre la tendance à ranger sous la même rubrique, des faits que l'observation clinique permet de différencier.

A force d'être compréhensifs, les mots d'*hystérie* et de *neurasthénie* ne tarderont guère à ne plus signifier grand chose.

Et si le tic est simplement considéré comme l'une des manifestations polymorphes de ces maladies, nous serons tout bonnement revenus cinquante ans en arrière, au temps de ce fameux « chaos des névroses », dont Charcot était enfin parvenu à extraire quelques formes cliniques bien définies.

### Tics et Épilepsie.

La coexistence de l'épilepsie avec les tics a été assez souvent notée pour qu'on ait pu se demander s'il n'existait pas entre ces affections un certain lien de parenté.

Comme nous l'avons dit pour l'hystérie, il n'est pas



impossible qu'un épileptique soit en même temps tiqueur. L'état mental de l'épileptique présente en général des imperfections suffisantes pour permettre au tic de se constituer. Cependant, dans la plupart des observations, les manifestations convulsives qualifiées de tics, survenues chez des épileptiques, pourraient bien mériter un autre nom.

D'abord, il peut s'agir de phénomènes jacksoniens, pour lesquels la confusion n'est guère possible.

Sans doute, dans l'épilepsie corticale comme dans les tics, on observe des crises successives, une tendance à la généralisation des phénomènes convulsifs. Sans doute, chez certains épileptiques, chez les jeunes sujets principalement, on peut parfois faire avorter une crise par une vive diversion. Mais la crise une fois commencée, rien ne peut en interrompre l'évolution fatale. L'accès de tic, quelque violent qu'il soit, peut toujours être brusquement arrêté, pour un temps plus ou moins long.

Il n'est pas sans intérêt de rapprocher les gestes et les stratagèmes défensifs inventés par les tiqueurs pour enrayer ou atténuer leurs tics, des procédés mis en usage par certains sujets atteints de crises jacksoniennes : compression du bras, du poignet par des ficelles, des appareils spéciaux. Ces procédés, qui parfois sont efficaces, peuvent rendre le diagnostic incertain pendant quelque temps. Mais l'observation d'une seule crise lèvera tous les doutes.

Les réactions motrices de l'épilepsie jacksonienne ne peuvent vraiment pas être confondues avec celles des tics : leur mode de propagation et de généralisation, suivant les lois établies par Hughlings Jackson, est trop caractéristique pour qu'on puisse s'y méprendre et trop connu pour qu'il soit nécessaire de le rappeler.



Quant aux convulsions de l'épilepsie dite essentielle, il est plus que superflu d'en parler. D'ailleurs la perte de connaissance du sujet est un critérium suffisant.

Ce sont surtout les phénomènes convulsifs, encore mal caractérisés, auxquels on donne le nom de *myoclonies*, dont la coexistence a été signalée avec l'épilepsie.

D'après M. Maurice Dide<sup>1</sup>, la myoclonie, à laquelle il donne le nom de *petit mal moteur*, existerait dans 5 p. 100 des cas d'épilepsie.

Mannini a consacré à ces faits une étude récente :

Après un accès d'épilepsie, le malade présente un minimum de secousses convulsives; graduellement, les jours suivants, la myoclonie, ou mieux la polyclonie, devient plus intense et plus variée, pour atteindre un maximum que vient couronner un autre accès épileptique. Les contractions spasmodiques se montrent d'abord à la face, elles envahissent tous les muscles, reparaissent par accès, d'abord espacés, puis de plus en plus rapprochés, jusqu'à l'attaque épileptique où l'intervalle des contractions devient nul et où les muscles sont en contraction permanente.

Les myoclonies sont tantôt des spasmes fibrillaires, tantôt des spasmes intéressant la totalité du muscle; elles sont tantôt rythmiques, symétriques à la face et aux membres, tantôt asyhmiques, désordonnées, asymétriques dans tout l'individu, si bien que, selon le moment où on l'observe, le malade présente le tableau de syndromes différents : tic convulsif de la face, paramyoclonies multiples, tics convulsifs de Gilles de la Tourette, chorée électrique.

Ces faits tendent à démontrer, selon Mannini<sup>2</sup>, que les accidents convulsifs polymorphes appelés myoclonies ou polyclonies sont liés à l'épilepsie; on pourrait admettre

1. M. DIDE, La myoclonie dans l'épilepsie, *Ann. médico-psychol.* sept.-oct. 1899.

2. MANNINI, Polyclonie et épilepsie, *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 30 sept. 1900.



pour l'une et l'autre maladie une même lésion corticale dont la nature est encore inconnue, et qui se révélerait par l'hyperexcitabilité des cellules de la zone rolandique.

Des conclusions analogues se dégageraient d'un fait d'autopsie rapporté par E. Rossi et P. Gonzales<sup>1</sup>. Dans un cas d'épilepsie avec myoclonie, ces auteurs ont noté la dégénération de tous les organes, centraux et périphériques du système nerveux; cette dégénération (ischémique) dans le cerveau prédominait sur les deux zones rolandiques et sur le pied des troisièmes circonvolutions frontales droite et gauche, c'est-à-dire sur la zone épileptogène.

Enfin, d'après Schupfer<sup>2</sup>, il existerait une myoclonie familiale avec accès épileptiformes.

Nous nous contentons de signaler ces faits, sans commentaires. Il nous paraît prématuré en effet d'en tirer des conclusions applicables aux tics.

Plusieurs observateurs ont signalé l'apparition de tics chez des sujets antérieurement épileptiques.

Malm<sup>3</sup> a décrit un cas de « tic rotatoire » survenu chez un homme cypho-scoliotique qui depuis dix ans était atteint d'épilepsie. Cet accident caractérisé par des mouvements de rotation de la tête à droite et à gauche, probablement produits par des contractions des obliques inférieurs, se reproduisait environ 80 fois par minute, s'exagérait sous l'influence des stimulations psychiques (les longues conversations), jusqu'à doubler de fréquence. Il cessait complètement pendant le sommeil.

1. ENRICO ROSSI et P. GONZALES, Autopsie d'un cas d'Épilepsie avec myoclonie, *Annali di nevrologia*, 1900, fasc. 4.

2. FERRUCCIO SCHUPFER, Sur la myoclonie, *Il Policlinico*, janvier, février et avril 1901.

3. MALM, Tic rotatoire, *Allg. med. Central Zeitung*, n° 64, 1899.



D'après M. Féré<sup>1</sup>, l'épilepsie peut apparaître chez des individus antérieurement atteints de tics.

M. Féré cite comme exemple un cas de tic très localisé (tic d'élévation de l'oreille gauche) remontant à l'enfance; la malade avait trente-huit ans lorsque la recrudescence du tic fut l'avertissement du premier accès d'épilepsie. Celui-ci débuta par des mouvements d'élévation de l'oreille gauche et des convulsions de la moitié gauche du visage; les convulsions envahirent le bras droit et la jambe gauche, puis se généralisèrent. L'auteur fait remarquer d'ailleurs que les mouvements spasmodiques de l'oreille ne pouvaient pas être imités par la volonté. Aussi peut-on se demander si ce premier « tic » de l'oreille n'était pas un mouvement convulsif traduisant une irritation corticale minuscule, qui, par la suite, alla progressant jusqu'à déterminer une crise du type jacksonien.

Un second cas du même auteur concerne une femme de cinquante-quatre ans sujette depuis sa jeunesse aux idées fixes.

Depuis quatre années, elle présente des accès liés à la préoccupation de voir le « bout des objets » à gauche. Quand l'idée vient, les yeux sont tournés en haut et à gauche; la tête se porte alors dans la même direction; puis, si la malade est debout, son corps pivote aussi à gauche d'une manière irrésistible. Elle a quinze ou vingt accès ou séries d'accès par jour.

Elle a présenté aussi des accès épileptiformes débutant par cette rotation à gauche de la tête et des yeux, s'étendant aux membres supérieur et inférieur gauche, s'accompagnant de perte de la conscience, puis se généralisant. Cette femme succomba dans la suite à un ictus apoplectique suivi d'hémiplégie gauche.

1. FÉRÉ, L'épilepsie et les tics, *Journal de Neurologie*, 1900, p. 309.



Ici, la relation qui existait au début entre l'idée fixe et le geste exécuté par la malade plaiderait en faveur du tic. Cependant ces mouvements qui se reproduisent en accès sériés et l'évolution ultérieure des accidents doivent imposer quelques réserves.

En tous cas les exemples de ce genre doivent être attentivement suivis, et l'on peut dire, en apportant quelque amendement aux conclusions de M. Féré, que, lorsque chez un adulte surtout, on voit se produire un mouvement convulsif, — nous ne disons pas un *tic*, — qui n'avait jamais existé auparavant, ou s'exalter un phénomène analogue de date ancienne, on peut soupçonner l'épilepsie et la chercher; « le malade court plus de chances que de risques à être trait éprovisoirement comme un épileptique. »

Nous avons nous-mêmes signalé chez une de nos malades atteinte de torticolis mental, l'existence d'un phénomène qui n'est pas sans analogie avec ce qu'on a appelé l'*absence épileptique*. Le père de la malade, L..., lui avait donné le nom d'*incantation*.

Nous en avons eu deux fois le spectacle : les yeux s'élèvent (non convulsivement) et s'immobilisent un court instant en haut ; le visage prend une expression de tranquillité et d'indifférence ; ce n'est pas le masque de l'extase, mais celui de la distraction. Pas de changement de coloration de visage. La malade a simplement l'air de réfléchir ou de songer à autre chose qu'à la conversation actuelle. Durée trois ou quatre secondes. Puis, le visage reprend tout naturellement son expression ordinaire et la malade se rend bien compte qu'elle vient d'avoir une « incantation ».

C'est bien peu de chose, assurément, que ces sortes d'absences durant trois ou quatre secondes et se reproduisant actuellement deux ou trois fois par jour. Mais, au point de vue diagnostique, il est indispensable de les étudier de très près.



Autrefois, celles-ci étaient autrement importantes; elles duraient plus longtemps et on en comptait soixante et plus encore par jour; on en a vu trois ou quatre en cinq minutes.

Elles ont apparu vers sept ou huit ans; on n'en a pas remarqué le début exact. On voyait parfois à la fillette un « drôle d'air », un singulier regard.

L... levait la tête, portant la pupille tout à fait en haut jusqu'à « faire l'œil blanc ». Après quelques secondes, elle reprenait son expression ordinaire.

Au commencement, les « incantations » étaient assez courtes et assez peu fréquentes (3-4 par heure). Elles ont augmenté peu à peu de fréquence et de durée. C'est à dix et onze ans, époque de la première communion, que les « incantations » se multiplièrent.

Plus tard, des mouvements convulsifs apparurent dans le bras; les incantations commencèrent à s'atténuer. Maintenant, nous l'avons dit, elles sont l'exception.

Dans le moment où elles étaient très fréquentes, les « incantations » étaient une source de tribulations pour L..., lui faisant manquer régulièrement ses réponses au catéchisme, l'exposant sans défense aux plaisanteries de ses petites camarades qui profitaient de l'absence pour lui prendre le livre ou le jouet qu'elle avait en main.

L' « incantation » durait alors jusqu'à quinze secondes. Elle regardait en l'air, sans pâlir ni rougir. Elle n'a jamais eu de vertige, ne s'est jamais sentie tourner, n'a jamais vu les objets tourner autour d'elle. Elle n'est jamais tombée, mais a quelquefois laissé tomber les objets qu'elle tenait en main.

Si l'absence survenait alors qu'elle était debout et marchait, elle ralentissait son pas, tournait un peu à droite (côté des membres convulsifs), descendait, s'il y avait lieu, du trottoir, avec aisance et sans jamais trébucher.

Lorsqu'elle revenait à elle, L... savait ordinairement qu'elle avait eu une « incantation »; mais elle ne se rappelait que très vaguement ce qui s'était passé pendant ces quelques secondes. Elle retrouvait plus ou moins facilement ce qu'elle était occupée à faire l'instant d'avant.

Exemple (toujours à cet âge de dix à onze ans) : Pendant le repas, au moment où elle porte son verre à ses lèvres pour



boire, l' « incantation » survient, sans avertissement d'aucune sorte, au milieu du mouvement. La main tenant le verre ne reste pas en l'air, mais redescend doucement sur la table, plus ou moins d'aplomb. L... revient à elle à peu près à ce moment. Alors de deux choses l'une : elle se rappelle qu'elle allait boire : « Ah oui ! c'est vrai ! » dit-elle, et elle boit. Ou bien elle ne se rappelle rien et remet le verre à sa place sur la table.

On pouvait la réveiller de son « incantation ». Mais l'instant d'après, celle-ci reparait comme si L... n'avait pas « assez rêvé ». Elle pouvait même dans ces circonstances en avoir plusieurs à la suite l'une de l'autre.

Pendant l'absence, souvent L... prononçait des mots intelligibles : « oui ! oui ! » ou bien : « non ! non ! » avec un certain ton d'impatience.

Si, pendant l' « incantation », la tête et les yeux, portés en haut, restaient immobiles, L..., de ses mains, chiffonnait ses cheveux, sa robe ou la dentelle de son corsage ; plus souvent encore elle manipulait son mouchoir de poche qu'elle avait la manie de toujours tenir à la main.

Ces phénomènes méritent-ils le nom d'*absences épileptiques*? — Peut-être....

Il faut noter cependant que l'obnubilation n'était pas assez profonde pour que L... ne pût être réveillée. L'amnésie, sans doute, était presque complète. Mais après sa « rêverie », L... savait et *sait* encore qu'elle a eu une « incantation » ; enfin le traitement bromuré longtemps prolongé n'a jamais produit aucune amélioration.

L'un de nous a vu récemment une fillette de dix ans qui présente un phénomène analogue :

Subitement, une cinquantaine de fois par jour, l'enfant s'interrompt au milieu de ses jeux, de son travail, de sa conversation, renverse lentement sa tête en arrière, en même temps que ses yeux se portent vers le haut, avec quelques battements des paupières. Cela dure de cinq à dix secondes, sans changement de couleur de visage, sans agitation. Et



c'est tout. Elle reprend tranquillement son occupation interrompue. Si le phénomène se produit pendant la marche, elle ralentit le pas, mais ne tombe jamais; si elle tient un objet à la main, elle le pose doucement, sans le briser. Au cours de cette absence, si on la touche, si on la pique, elle ferme les paupières, retire sa tête ou ses membres. A son réveil, elle se souvient qu'on l'a touchée, piquée, qu'on a fait tel ou tel bruit violent. Elle sait qu'elle vient d'avoir une absence. Pas de troubles de la sensibilité, tous les réflexes sont normaux. Aucun stigmate d'hystérie. Santé générale excellente. Intelligence parfaite. Un peu de nervosité il est vrai, qui se traduit par des crises de larmes sans motif.

Or, cette fillette a présenté également, mais sous une forme extrêmement fruste, de légers mouvements convulsifs dans les membres supérieur et inférieur gauches; ils ont duré un mois à peine et ont complètement disparu aujourd'hui.

Le traitement bromuré n'a produit aucun effet.

L'absence épileptique offre plus d'une analogie avec ces accidents. L'insuccès de la médication bromurée chez ces deux malades viendrait à l'encontre de cette hypothèse.

On a décrit des *absences* et des *vertiges hystériques*, et tout récemment di Lutzenberger<sup>1</sup> en a rapporté plusieurs observations.

Une entre autres :

Il s'agit d'une fillette de douze ans, non encore réglée et d'apparence plus *infantile* que ne le comporte son âge. Depuis trois ou quatre ans elle est frappée 40 ou 50 fois par jour d'une perte de connaissance qui dure environ 8 à 10 secondes; pendant ce temps la tête exécute un mouvement rotatoire vers la droite et l'angle de la bouche est tiré à gauche.

1. *Revista spermentale di freniatria*, déc. 1900, fasc. 4, p. 822.



La malade conserve une intelligence parfaite et une mémoire excellente.

Dans ce cas, dit l'auteur, le diagnostic est difficile à assurer. Seulement, la bénignité et l'évolution des accidents tendraient à prouver qu'il ne s'agit pas d'épilepsie. La malade de di Lutzenberger se rapproche de L... par certains côtés : début des « absences » dans le jeune âge, leur fréquence, un geste les accompagne, toujours le même; enfin facultés intellectuelles indemnes.

On peut douter cependant qu'il s'agisse d'hystérie.

Ce que nous voulons simplement retenir de ces exemples, c'est la coexistence de ces « absences » avec des phénomènes moteurs très voisins des tics, avec des tics véritables. On pourra considérer tous ces accidents comme des manifestations polymorphes de la « dégénérescence mentale » et leur trouver ainsi des liens de parenté. Cela ne saurait pourtant en préciser davantage l'origine et la nature. Il faut, pour le présent, se contenter d'observer et de recueillir les faits de ce genre avant d'en tenter une interprétation, peut-être prématurée actuellement.

### **Tics, Vésanies, Idiotie.**

Les vésanies peuvent s'accompagner de mouvements convulsifs cloniques ou toniques qui sont, tantôt des spasmes, tantôt des tics, tantôt des stéréotypies, tantôt enfin des troubles moteurs diversement qualifiés de myoclonie, polyclonie, myotonie, catatonie, etc.

Il est bien probable que, dans un certain nombre d'observations, des mouvements convulsifs qualifiés de « spasmes » représentent des « tics », en particulier dans les cas, assez nombreux, où l'on a constaté l'alter-



nance des troubles moteurs avec des phénomènes psychiques.

C'est ainsi que Brodie a rapporté un cas où une affection mentale a remplacé un « spasme » de l'accessoire. Oppenheim a observé l'alternance d'une confusion mentale hallucinatoire avec un « spasme » des muscles du cou. Il a observé aussi un cas où le « spasme » a débuté au cours d'un délire probablement d'origine alcoolique. Dans un autre de Gowers, un accès de mélancolie avait précédé de dix ans le « spasme » des muscles du cou.

On peut croire que parmi ces exemples, la plupart seraient rattachés aujourd'hui au torticolis mental.

La coexistence des tics avec les maladies mentales est de notoriété courante. Ce que nous avons dit de leur pathogénie permet d'entrevoir les plus nombreuses variétés. Une hallucination, une idée fixe, un délire, une obsession, une phobie, etc., peuvent engendrer des tics. Nous n'entreprendrons pas de les passer en revue. L'étude des tics chez les aliénés nous entraînerait en dehors des limites de ce travail. Mais nous devons insister davantage sur les tics des Idiots.

L'étude des tics chez les idiots, les imbéciles et les arriérés est déjà de date ancienne. Tous les aliénistes, depuis Pinel et Esquirol, ont signalé et décrit ces accidents convulsifs. Leur interprétation ne laisse pas d'être souvent délicate.

« L'état, particulier de l'imbécile et de l'idiot, dit M. Cruchet, est si caractéristique, qu'il nous paraît inutile d'insister sur le diagnostic du tic convulsif dans les cas de ce genre : il n'y aura aucune difficulté. »

Nous croyons, au contraire, que chez ces malades les



tics sont d'autant plus difficiles à analyser, qu'il est plus malaisé d'apprécier clairement leur état mental.

Les importants documents amassés par M. Bourneville, les belles études psychologiques de M. Sollier, enfin et surtout l'excellente thèse de M. J. Noir, ont cependant apporté d'utiles éclaircissements à cette question.

Selon M. Noir, auquel nous ferons à ce propos de larges et précieux emprunts, on observe d'abord chez les idiots des tics tout à fait comparables à ceux que nous avons déjà décrits; ils reconnaissent mêmes causes et même mécanisme pathogénique.

Exemples :

Roux..., à la suite d'une piqûre qu'il se fit par accident à l'œil gauche à l'âge de onze ans, contracta le tic qu'il avait encore récemment. Ce dernier consistait en clignotements convulsifs des paupières, survenant par crises, bien qu'il n'ait plus eu de lésion oculaire. Depuis ils sont allés en diminuant et ont disparu récemment, complètement et spontanément.

Noi... A onze ans, blépharite ciliaire et kératite qui laisse une taie opaque à la partie supérieure et interne de la cornée gauche. L'enfant cligne presque continuellement. Ces clignements brusques ne sont actuellement légitimés par aucune affection des paupières, ni des yeux. Ce clignement ne date que de l'époque où l'enfant fut atteint de kératite. Il peut, mais avec beaucoup de peine, l'empêcher de se produire.

Roiz..., huit ans. Les mouvements convulsifs d'élévation de la commissure gauche des lèvres se compliquent parfois de petites contractions brusques des muscles éleveurs de l'aile gauche du nez...

Les mouvements convulsifs des paupières paraissent dus à la blépharite ciliaire. De petits haussements saccadés des épaules accompagnent les battements des paupières.



Parfois, les tics sont plus nombreux, plus violents, s'accompagnent de cris et de coprolalie, comme dans la maladie de Gilles de la Tourette.

Let..., quatorze ans, présente des clignements brusques des paupières avec mouvements de la tête en arrière, élévation des deux commissures des lèvres. Le tic ainsi établi dure en moyenne de huit jours à un mois et durant cette période il est impossible à l'enfant d'empêcher ces mouvements. « On me donnerait des gifles, dit-il, que je ne pourrais alors m'empêcher de le faire. » Néanmoins, en s'observant, Let... parvient à arrêter ses mouvements. Il y a des périodes où il accompagne ses mouvements de grognements particuliers : « Hou! hou! » A certaines époques, il ne peut s'empêcher, en se promenant, de se baisser les bras allongés comme s'il voulait ramasser des pierres. A une autre époque, il ne pouvait s'empêcher de toucher tous les objets qui étaient à sa portée.

Clav... Dès l'âge de cinq ans, on constata chez lui des clignotements fréquents et des mouvements qu'on attribua à de la gêne causée par les vêtements, que l'on s'ingénia à modifier sans résultat. Les tics allèrent en s'accroissant. Il lui arrivait de pousser des cris aigus et de prononcer malgré lui au cours de la conversation le mot « merde ». Le mot était devenu pour lui une véritable obsession.

Après une assez longue rémission, les tics ont reparu d'abord à la face, puis dans le tronc (mouvements de salutation) et dans les jambes (légère flexion). Il a des manifestations fréquentes de clastomanie, de pyromanie, de kleptomanie qui nécessitent une surveillance très active. Intelligent, il a bonne mémoire, mais est paresseux et distrait.

D'autres tics, plus complexes et plus bizarres, appartiennent plus spécialement aux sujets dont la déchéance psychique est très accentuée.

Ces tics semblent, eux aussi, relever d'une imperfection de la volonté. « Nous nous trouvons bien là, dit M. Noir,



en face de véritables *maladies de la volonté*, développées chez de vrais malades. »

Jum..., neuf ans. L'enfant est animé de secousses électriques fréquentes. Ces secousses ont surtout lieu quand on exige de lui de la tranquillité et de l'attention. Outre ces secousses générales qui se manifestent dans tout le tronc, il offre fréquemment du clignotement, quelques grimaces fugaces, dues à la contraction des élévateurs de l'aile du nez et des lèvres, et des zygomatiques. Il est pris assez fréquemment de grands haussements d'épaules. Jum... peut arrêter ou modifier ses mouvements par l'intervention de la volonté. Ces tics n'ont pas lieu si l'enfant est distrait.

D'autres « tics coordonnés » sont plus complexes encore.

Ils se composent d'une suite de mouvements plus ou moins complexes, trouvant leur origine dans la répétition d'actes de la vie ordinaire. Bornés à une mauvaise habitude chez l'individu intelligent, ils prennent chez le *minus habens* une complexité parfois remarquable et donnent lieu à de véritables phrases mimiques, où les mêmes mouvements coordonnés se reproduisent dans le même ordre ou avec très peu de modifications (J. NOIR).

Parmi ces tics coordonnés, les uns sont *rythmiques* et simples, comme le balancement, la rotation de la tête, l'action de se frapper, de se cogner (*krouomanie* de M. Roubinowitch).

Le *balancement*, la *rotation de la tête* sont comparés par M. Noir « à une sorte de bercement qui calme et endort, qui plaît en un mot à celui qui l'exécute. Ce bercement, ce mouvement est souvent brutal, mais il nous semble qu'il agit sur les malades qui le produisent, comme le bercement réel chez les jeunes enfants, ou qu'il amène un ébranlement salutaire, analogue à l'effet de la trépidation dans un certain nombre d'affections nerveuses ».



Le plus souvent, ils se manifestent chez le malade assis et consistent en un balancement antéro-postérieur imprimé au tronc; parfois ce balancement violent est imprimé au siège sur lequel il est assis. Dans d'autres cas, la tête seule est animée de ces mouvements qui sont toujours réguliers, rythmiques et de longue durée. D'autres sujets offrent des mouvements de rotation de la tête à droite et à gauche, et ces mouvements peuvent parfois atteindre une certaine rapidité. Ces mouvements se continuent parfois durant des heures; mais il est remarquable de les voir cesser dès que d'une façon ou d'une autre, soit en leur parlant ou en les touchant, on attire l'attention des sujets.

Enfin, M. Noir décrit sous le nom de *grands tics coordonnés*, des phénomènes qui ne se manifestent que chez des idiots vigoureux, bien développés physiquement et bien supérieurs à ceux qui présentent les petits tics coordonnés de balancement et de rotation de la tête.

Ce genre de tics, qui est caractérisé par une suite de mouvements à grande envergure, forme chez le malade qui l'exécute, le symptôme clinique prédominant de son idiotie. Cette classe des grands tics coordonnés peut se diviser en deux groupes : le premier, où un seul grand mouvement prédomine, prendra le nom de *groupe des grands tics coordonnés simples*. Le second, où les mouvements forment une longue suite de poses différentes, se reproduisant sans grandes modifications, sera le groupe des *grands tics coordonnés complexes*.

Les grands tiqueurs coordonnés *simples* comprennent les *sauteurs*, les *grimpeurs*, les *tourneurs*.

Dans les grands tics coordonnés *complexes*, les mouvements sont lents et les tics sont tous bien coordonnés. Le malade, automate calme, absolument dépourvu de volonté, accomplit sans brusquerie, sans excitation, par habitude, une série plus ou moins longue de mouvements imités, qui l'ont frappé dans diverses circonstances.



Ces tiqueurs-là n'ont aucune mémoire des faits récents; ils ont conservé dans leur cerveau obscur de vagues et anciens souvenirs qu'ils traduisent par des actes, actes qui sont d'autant plus tenaces et qu'ils modifient d'autant moins que leurs organes sont plus incapables d'ajouter quelque chose à leurs connaissances, et de modifier, le moins du monde, la routine de leur esprit.

L'observation de Ros..., connu à Bicêtre sous le nom du *valseur* est un exemple désormais classique de ce genre de tic.



## Caractères distinctifs du Tic.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés sur la nature du tic, ses causes, sa genèse, ses manifestations objectives, vont nous permettre de résumer ses caractères distinctifs.

Ce chapitre pourra tenir lieu de définition.

Nous ne croyons pas en effet qu'il soit possible de condenser en une formule suffisamment concise et suffisamment précise les notions nécessaires à la connaissance du tic. C'est pour s'être cru obligés de sacrifier à cette coutume nosographique que les auteurs ont été conduits à proposer des définitions qui ne sauraient suffire à caractériser le tic, et qui, par leur brièveté, ont pu contribuer à accroître les causes de confusion. Aujourd'hui même, l'entente est loin d'être unanime sur la signification des mots employés pour désigner les phénomènes qu'il s'agit de définir. Il nous a donc paru nécessaire, comme nous le disions au début de cette étude, d'essayer, avant tout, d'apporter dans le langage un peu de précision, et de n'employer un mot qu'après lui avoir attribué un sens bien net.

Voilà pourquoi, contrairement à l'usage nosographique, nous avons préféré faire connaître d'abord les résultats de l'observation clinique et l'analyse pathogénique de l'affection que nous avons entrepris d'étudier.



Le résumé schématique que nous donnons ci-après trouve sa justification dans les chapitres qui précèdent.

*Le Tic est un trouble psycho-moteur.*

Deux éléments inséparables le constituent : un *trouble mental* et un *trouble moteur* ; celui-ci est subordonné à celui-là.

Le *trouble mental* prédominant est une *imperfection de la volonté*. La *débilité*, la *versatilité de la volonté* sont les caractéristiques de l'état mental du tiqueur. Cette manière d'être témoigne de l'insuffisance et de l'irrégularité des interventions corticales. Comme elle appartient normalement à l'enfant, sa persistance, malgré les progrès de l'âge, est l'indice d'un *arrêt partiel du développement psychique* : aussi l'état mental du tiqueur peut-il être qualifié d'*infantile*.

D'autres troubles psychiques, également liés à des *anomalies de la volonté, par excès ou par défaut*, s'y adjoignent fréquemment, en particulier les *impulsions* et les *obsessions*.

D'une façon générale, il existe toujours, chez les tiqueurs, un certain *déséquilibre mental*, auquel des accidents vésaniques peuvent se surajouter.

Le *trouble moteur* est au début une réaction motrice provoquée, tantôt par une *incitation venue de l'extérieur*, tantôt par une *incitation corticale, une idée*.

Dans le premier cas, l'acte moteur est une réponse corticale à une incitation périphérique, un geste logiquement exécuté dans un but défini. Par la *répétition*, ce geste devient *habituel* et acquiert ainsi l'*automatisme*. Mais, l'incitation provocatrice ayant disparu, *il continue à se*



*reproduire sans cause et sans but*, trahissant ainsi la faiblesse du pouvoir inhibiteur de la volonté, incapable de refréner une *manifestation motrice, excessive et intempestive*.

Dans le second cas, l'acte moteur est directement commandé par une *idée*; celle-ci peut être normale ou pathologique. Puis, l'idée disparaissant, le mouvement persiste, et, en vertu du même mécanisme pathogénique, il continue à *se répéter sans cause et sans but, excessif, intempestif*.

Quelle que soit la cause provocatrice du geste initial, l'apparition d'un tic témoigne toujours d'une irrégularité des interventions corticales.

Le *trouble moteur*, manifestation objective du tic, est un *mouvement convulsif*, de forme *clonique* ou *tonique*. Il représente une *anomalie par excès de la contraction musculaire*.

Dans le tic de *forme clonique*, cette anomalie se traduit par un *excès dans la vitesse et dans la répétition des mouvements*.

Dans le tic de *forme tonique*, il y a *excès dans la durée de la contraction*.

Dans les deux cas, on observe aussi un *excès dans l'intensité* du phénomène moteur.

De là, tantôt des *gestes brusques et saccadés*, tantôt des *attitudes forcées, qui se répètent toujours les mêmes, exagérément*.

Malgré ces perturbations de la contraction musculaire qui défigurent plus ou moins le geste primitif, on arrive presque toujours à reconnaître sa destination première. C'est un *acte coordonné, adapté à un but*, dont il importe de rechercher la cause et la signification, — geste de défense, expression mimique, cri, parole, etc.



Jamais le trouble moteur ne peut être réduit à une contraction fibrillaire ; il ne peut se limiter à une contraction fasciculaire que si, dans un même muscle anatomiquement défini, différents faisceaux ont des attributions physiologiques distinctes. Le plus souvent, plusieurs muscles entrent en jeu, qui ne sont pas nécessairement tributaires du même nerf.

On retrouve dans les tics les caractères principaux des *actes moteurs fonctionnels* :

La *coordination* des contractions musculaires en vue d'un but défini, la *répétition* des mouvements, le *besoin* qui précède l'exécution d'une fonction, la *satisfaction* qui lui succède.

Mais ici, *tous ces caractères sont viciés par excès* : l'intensité, l'amplitude, la répétition des mouvements sont exagérées ; le besoin prémonitoire, la satisfaction consécutive sont disproportionnés. Le sujet désobéit à la loi naturelle du moindre effort.

Enfin, l'acte fonctionnel est *inopportun*, parfois même *préjudiciable* : on peut dire alors qu'il représente une *fonction parasite*.

*Les contractions musculaires se succèdent à intervalles inégaux* ; il est impossible de leur reconnaître un rythme régulier.

Elles surviennent par *accès* ; mais la fréquence, la durée et l'intensité de ces derniers sont essentiellement variables.

Les *efforts de volonté et d'attention* exercent toujours sur elles une *action frénatrice* plus ou moins longue. Cet acte de répression s'accompagne d'un *malaise*, souvent d'une *angoisse*.

La *distraktion* suspend ou *atténue les tics*.



Les fatigues physiques, les émotions morales, le surmenage favorisent leur éclosion ou les exaspèrent.

*Ils disparaissent toujours pendant le sommeil.*

Les Tics ne s'accompagnent d'*aucun trouble de la réflexivité, de la sensibilité, ni d'accidents trophiques.*

*Ils ne sont pas douloureux.*

Ayant ainsi indiqué d'une façon générale les caractères distinctifs du tic, nous rappellerons encore combien variables sont ses manifestations. Chemin faisant, nous n'avons négligé aucune occasion de signaler ce polymorphisme.

En étudiant plus loin le diagnostic différentiel, nous insisterons encore à dessein sur les formes frustes ou atypiques et sur les cas de transition. Il est essentiel d'en faire une étude rigoureuse, non qu'on puisse espérer, quant à présent du moins, en proposer une classification logique, mais parce que les exemples de ce genre sont capables de susciter des interprétations pathogéniques nouvelles qu'il ne faut jamais rejeter *à priori*.

D'ores et déjà, nous croyons cependant qu'il est impossible de ne pas reconnaître au tic cette individualité clinique que nous nous sommes efforcés de caractériser, avec preuves à l'appui. Nous avons même l'espoir, si téméraire qu'il puisse paraître, qu'en mettant à profit les notions précédentes le diagnostic d'un tic sera souvent facilité.



## Diagnostic.

### Tics et Stéréotypies.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler à diverses reprises des phénomènes auxquels on a donné le nom de *stéréotypies*. Ces accidents, nous l'avons vu, offrent avec les tics d'étroites affinités; ils ont souvent été confondus avec eux, et, il faut le reconnaître, dans nombre de cas on hésite vraiment à se prononcer dans un sens ou dans l'autre.

Pour la précision du langage et des idées, il serait cependant nécessaire de réserver la dénomination de *stéréotypies* aux seuls accidents moteurs dans lesquels les caractères de la contraction musculaire ne diffèrent pas de ceux que celle-ci affecte dans les gestes normaux.

C'est ainsi que beaucoup de réactions motrices, devenues à la longue habituelles, involontaires et inconscientes, mériteraient le nom de stéréotypies. Il en est de même des phénomènes, décrits par M. Letulle en particulier, sous la dénomination de *tics d'habitude*.

Les stéréotypies existent donc chez les sujets normaux. « On peut dire, sans être taxé d'exagération, qu'il n'est personne qui n'ait dans le commerce ordinaire de la vie un geste habituel, un mouvement de prédilection »



(Letulle). La régularité de ces mouvements involontaires, de ces gestes superflus, permet de les classer parmi les stéréotypies.

En réalité, parmi les accidents décrits par M. Letulle, un certain nombre de « tics coordonnés » sont vraiment des stéréotypies; d'autres au contraire appartiennent, à n'en pas douter, aux tics. Entre ces deux groupes de faits, on rencontre d'ailleurs tous les intermédiaires.

Il nous semble utile au point de vue du diagnostic, de dire quelques mots des stéréotypies, que l'on observe au cours des affections mentales.

Une récente et consciencieuse étude de M. Cahen<sup>1</sup>, inspirée par M. Séglas, a mis au point cette question.

D'abord, la définition des *stéréotypies* :

« Les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés, qui, *n'ayant rien de convulsif*, ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels qui se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui, au début, sont conscients, volontaires et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition. »

On voit par là, comme nous l'avons déjà dit, que la stéréotypie diffère du tic par sa réaction motrice; *elle n'a jamais l'apparence convulsive, clonique ou tonique*, que présente ce dernier. Dans le tic clonique la contraction est exagérée dans sa vitesse; dans le tic tonique il y a exagération de la durée de la contraction musculaire.

Les stéréotypies des aliénés sont produites au début par une idée délirante. L'acte est engendré par l'idée. Il

1. ALBERT CAHEN, Contribution à l'étude des stéréotypies, *Archives de Neurologie*, décembre 1901, p. 474.



faut d'ailleurs un certain degré d'affaiblissement psychique pour que les stéréotypies se produisent. Plus tard, l'idée délirante peut disparaître, mais les stéréotypies persistent. Les malades sont alors incapables d'expliquer leurs mouvements, leurs attitudes. Ils n'en continuent pas moins à les exécuter, involontairement, par habitude; les stéréotypies sont devenues des actes automatiques, par un processus tout à fait comparable à celui des tics.

M. Séglas a observé un exemple typique de cette évolution :

B... est entré dans le service en 1891, comme délirant persécuté. A cette époque il ne fait ni mouvements ni actes bizarres. Un peu plus tard, on a vu que par moments il s'arrêtait dans la cour, regardait le soleil et en même temps faisait tourner ses mains autour d'un axe idéal. A ce moment, quand on lui demandait la raison de ce mouvement, il répondait : « Je fais tourner le soleil. » Le malade a fourni cette explication pendant un temps assez long.

Actuellement, devenu dément, il continue à fixer le ciel, à faire tourner ses mains comme autrefois, mais par simple acte automatique et il ne peut plus donner de cet acte aucune explication.

Mais on ne donnera pas le nom de stéréotypies aux actes coordonnés, fussent-ils intentionnels en apparence, qui n'ont jamais été conscients ni volontaires, comme le grincement de dents du paralytique général, le balancement du corps d'un idiot.

On en distinguera également les *raptus impulsifs*, mouvements ou actes brusques, explosifs, irrésistibles. Ils n'ont ni la fréquente répétition, ni la durée des mouvements stéréotypés et des tics.

On distingue des stéréotypies de l'attitude (*akynétiques*) et des stéréotypies du mouvement (*parakynétiques*).



Les premières peuvent s'observer dans le décubitus, dans la station assise ou debout. Exemples :

Une malade se tient constamment couchée, parce qu'elle dit avoir une machine infernale dans le ventre.

Un malade reste assis par terre toute la journée, se balance continuellement, passant son temps à boutonner et à déboutonner ses vêtements.

Un ancien gymnaste se tient debout dans l'attitude professionnelle suivante : la tête haute, le poing droit fermé sur la hanche, la jambe droite croisée devant la gauche, le pied droit relevé verticalement.

Ces accidents ont de grandes analogies avec ce que nous avons décrit sous le nom de *tics d'attitude*. Cependant, dans ces derniers, on constate toujours une exagération de la contraction musculaire, un certain degré de convulsion tonique qui fait défaut dans les stéréotypies.

Les stéréotypies parakinétiques sont très nombreuses : elles portent sur tous les mouvements, les gestes, la mimique. Nous avons déjà parlé des stéréotypies du langage écrit ou parlé.

Un ancien gymnaste saute les escaliers, grimpe aux grilles, fait des mouvements rythmiques et réguliers avec ses bras, etc.

Un malade se promène constamment dans un endroit déterminé, à la même allure. Un autre fait plusieurs pas en avant, puis en arrière.

Un ancien estampeur répète continuellement avec ses mains le geste de son métier. Or, actuellement, il est dément. Cependant, toute la journée, il réitère son ancien geste professionnel plus ou moins simplifié.



On voit, parmi les exemples précédents, le rôle que peuvent jouer les actes professionnels dans le choix des stéréotypies. Nous avons signalé la même influence sur la production de certains tics.

Aussi bien dans les tics que dans les stéréotypies, un moment vient où l'habitude motrice se perpétue, sans cause ni sans but. C'est pourquoi l'on observe à la fois des tics et des stéréotypies dans le délire chronique, la démence précoce, les états catatoniques, les démences vésaniques secondaires, les délires systématisés secondaires comme le délire des négations systématiques, et enfin dans la paralysie générale.

Elles traduisent des idées de persécution, de grandeur, des idées hypochondriaques, mystiques, etc. Un persécuté se contorsionne parce qu'on l'« électrise ». Un hypochondriaque demeure immobile parce qu'il se croit de verre. Une mystique reste à genoux des heures entières.

Une débile se croit reine de France et répète continuellement : « Je suis la couronne de France Zazie », en même temps qu'elle lève le bras par un geste uniforme (Séglas).

Les obsessions peuvent aussi engendrer des stéréotypies comme des tics.

Mais de toutes les idées délirantes, celles qui le plus souvent provoquent des stéréotypies sont certainement les *idées de défense*.

Une malade de M. A. Marie tient constamment entre ses dents un fragment de verre et sous ses pieds des morceaux de vitre. C'est le « système du coussinet isolateur » inventé pour se défendre de l'électricité que ses ennemis lui envoient.



Bresler a fait remarquer que les mouvements des tiqueurs, eux aussi, étaient souvent des *mouvements de défense* et il croit qu'on peut considérer la maladie comme une « névrose de défense » liée à une excitabilité exagérée des centres psycho-moteurs. Cette théorie rappelle celle que Brener et Freud ont proposée pour l'hystérie, et comme les mouvements se rapportent surtout à la mimique, Bresler propose en outre le nom de *mimische Krampfneurose*.

Dans certains cas de torticolis mental, décrits chez des sujets atteints d'idées délirantes, l'attitude des malades peut être considérée comme une stéréotypie.

M. E. Martin a rapporté l'histoire d'un homme qui a présenté un torticolis en relation avec son état mélancolique. Le même auteur a observé un malade interné depuis plusieurs années.

Chez lui, la tête est portée à gauche et le menton vient toucher l'épaule gauche. Cette position peut être rectifiée par le malade lui-même, et lorsqu'on lui dit de faire un signe de croix, au moment où il appuie son doigt sur le front, la tête revient dans la position droite pour reprendre ensuite son attitude habituelle lorsque l'acte est accompli.

Ordonnez-vous au malade de vous regarder en face, il est incapable de vaincre le spasme qui retient sa tête; et si vous lui demandez la raison de son attitude, il répond qu'il ne peut plus voir le soleil.

L'analogie avec les exemples rapportés par M. Cahen est frappante. Il ne faut pas oublier, en outre, que, dans quelques observations de torticolis mental, on a vu les troubles psychiques s'aggraver et les malades tomber dans la démence.



### Tics et Spasmes.

Rien n'est plus malaisé que de distinguer, de prime abord, un tic d'un spasme, tant les apparences extérieures offrent entre elles d'analogies prêtant à la confusion. Et cependant, rien n'est plus nécessaire que d'établir cette différenciation, car le pronostic ainsi que le traitement sont, dans l'une et dans l'autre affection, diamétralement opposés.

Le tic, mal psychique, est un accident dont on guérit, si l'on *peut vouloir* en guérir; au pis aller, on n'en guérit pas; en tout cas, le tic n'implique jamais l'existence d'une lésion organique grave pouvant un jour mettre la vie en danger. Ce n'est qu'une infirmité, avec laquelle on peut cependant faire bon ménage durant de longues années.

Le spasme, au contraire, sous des dehors à peu près identiques, est la résultante d'une excitation portant sur le trajet d'un arc réflexe. Sa cause est une lésion matérielle, et de là dépend sa gravité. Sans doute, cette lésion peut disparaître, comme elle est survenue. Mais en général, elle est persistante; presque toujours, elle tend à s'aggraver, elle peut engendrer de nouveaux désordres. Enfin, les traitements qu'on peut opposer au spasme sont malheureusement pour la plupart inefficaces; les opérations chirurgicales n'ont pas toujours raison des phénomènes convulsifs; et même, ces interventions ne sont pas toujours exemptes de danger.

On voit, par ces seules remarques, combien il importe d'être fixé sur le diagnostic entre tic et spasme, au double point de vue du pronostic et du traitement.

Malgré ses difficultés, la question n'est cependant pas



insoluble, si l'on prend soin, en l'abordant, de s'appuyer sur les caractères différentiels établis par M. Brissaud.

Nous en avons déjà énuméré les principaux au cours de cette étude. Il nous suffira de les résumer ici.

Pour bien préciser, voici d'abord un exemple typique de spasme :

C'est un homme de quarante-neuf ans, cocher, atteint de secousses convulsives siégeant dans la moitié gauche de la face.

L'affection a débuté, il y a dix-huit mois, par de très légères et très brusques contractions de l'orbiculaire palpébral gauche. Peu à peu, celles-ci se sont étendues aux zygomatiques; elle occupent actuellement presque tous les muscles innervés par le facial gauche, y compris les auriculaires.

Ces secousses sont instantanées; elles se succèdent avec rapidité. Aucune cause venue de l'extérieur ne semble influencer sur leur apparition. Rien ne peut les faire cesser. Elles ont exactement l'apparence de contractions obtenues par des excitations électriques intermittentes. Quand elles atteignent leur plus grande fréquence et leur plus grande intensité, il se produit une sorte de téτανisation, d'ailleurs de peu de durée.

De temps en temps ces mouvements convulsifs cessent, sans cause, pendant deux, cinq, dix minutes au plus; puis ils reparaissent et durent environ autant.

En général, au début de chaque accès, ils sont plus faibles et plus limités; mais rapidement ils deviennent plus forts et plus étendus.

*La volonté, les efforts d'attention, la distraction, les émotions ne les modifient en aucune manière.* Ils existent aussi bien le matin que le soir. Enfin, il semble bien qu'ils se produisent également pendant le sommeil.

Nous sommes ici en présence d'un *spasme*, au vrai sens de ce mot : la manifestation motrice est la conséquence d'une irritation portant sur un point d'un arc réflexe bulbo-spinal. Le mouvement spasmodique a tous les caractères des



réflexes médullaires; *sa brusquerie, son instantanéité, sont caractéristiques*. Il est impossible d'y reconnaître le moindre indice d'une systématisation fonctionnelle. *Ce n'est pas un geste coordonné adapté à un but défini; c'est une simple réaction motrice, soudaine, toujours la même, irrépressible, en tous points comparable à celle qu'on obtient par l'application d'un courant électrique sur le trajet du facial. Quand l'excitation est faible, les contractions musculaires le sont aussi; si elle devient plus forte, ces dernières s'accroissent; les interruptions du courant sont très rapprochées, les muscles entrent en tétanisation*. Enfin, au maximum d'intensité de l'excitation, on peut même voir, en vertu de la loi de généralisation des réflexes, quelques contractions apparaître du côté opposé de la face : le malade dit qu'il en est ainsi depuis deux ou trois mois seulement. Il déclare en effet que, depuis leur apparition, ses mouvements convulsifs ont été progressivement croissant en étendue et en intensité.

Il n'éprouve pas d'ailleurs une vive douleur au moment de ses accès spasmodiques, comme dans l'affection improprement nommée « tic douloureux » de la face. Mais il ressent, un peu au-dessous et en dedans de l'angle externe de l'œil, comme une sorte de picotement, de battement, « une espèce d'électricité », dit-il, qui annonce le début du spasme et persiste avec lui. Cette sensation disparaît dans les intervalles de repos. Ce fait est important à noter si l'on veut chercher à préciser le siège de la lésion irritative. L'absence d'une douleur aiguë, intolérable, comme celle que l'on observe dans la névralgie du trijumeau, permettrait de supposer que le nerf sensitif n'est pas touché. D'autre part, la sensation de gêne, de battement « électrique », qu'accuse le malade au voisinage du trou sous-orbitaire, donne à penser que la branche ascendante du nerf sous-orbitaire — rameau du trijumeau — n'est pas indemne. La pression du doigt au voisinage du point d'émergence de ce nerf détermine une certaine douleur. En outre, au moment où le spasme palpébral est le plus fort, les larmes se mettent parfois à couler. S'agit-il d'une simple compression mécanique de la glande lacrymale, ou d'une sécrétion exagérée des larmes sous l'influence d'une excitation du rameau lacrymo-palpébral du



nerf orbitaire, également issu du trijumeau? Il est malaisé de le décider.

Quoi qu'il en soit, on peut supposer qu'une épine irritative siégeant sur le trajet centripète de l'arc réflexe trijumeau-facial est la cause des réactions spasmodiques de la moitié gauche de la face.

Dans ces conditions, la pathogénie de ce spasme facial serait tout à fait comparable à celle du soi-disant « tic douloureux » de la face; la différence résiderait seulement dans la faible intensité des phénomènes douloureux.

A l'appui de cette hypothèse, un commémoratif mérite d'être rappelé :

Il y a dix ans environ, par un jour de grand froid, le malade rentra chez lui, se sentant mal à son aise. Il se coucha par terre et dormit ainsi. Eut-il ou n'eut-il pas un ictus? Il n'est guère explicite à ce sujet; ce qui est certain, c'est qu'au matin, son œil gauche était entièrement injecté de sang. L'ecchymose conjonctivale persista quelques jours, puis disparut tout à fait. Trop de temps (huit années environ) sépare cet accident de l'apparition des premiers mouvements spasmodiques pour qu'on puisse voir là une relation de cause à effet. Mais, en se rappelant cet incident, on peut se demander si un nouveau trouble vasculaire ne s'est pas produit depuis lors dans la même région, et ne joue pas aujourd'hui le rôle de cause irritative au voisinage d'un des rameaux orbitaires du trijumeau.

Le malade, en effet, semble bien prédisposé aux hyperémies céphaliques; son visage est extrêmement vascularisé, son facies très congestionné, « apoplectique ». Il a eu autrefois de violentes céphalalgies de type migraineux.

A la vérité, une cause irritative siégeant sur la voie centrifuge du réflexe trijumeau-facial — autrement dit sur le trajet du facial lui-même — pourrait également donner naissance à de semblables contractions spasmodiques. Et, jusqu'à nouvel ordre, il serait prématuré de nier la possibilité de cette dernière localisation.

Mais ce que l'on peut affirmer, dans le cas présent, en se basant sur les caractères mêmes de la manifestation motrice, c'est qu'il s'agit bien d'un spasme, affection convulsive résul-



tant de l'irritation, par une cause pathologique, d'un point quelconque d'un arc réflexe médullaire ou bulbo-médullaire, selon la définition qu'en a donné M. Brissaud.

Ce qu'on peut affirmer également, — et c'est sur ce point de diagnostic que nous tenons à insister, — c'est que cette convulsion faciale n'est pas un tic.

Il est impossible de reconnaître dans ces mouvements la moindre coordination en vue d'un but défini, la moindre systématisation fonctionnelle; ils n'ont aucun sens mimique; ils n'expriment aucun sentiment. Ce n'est même pas, comme le disait Charcot, la caricature d'un geste adapté à un but.

Enfin, on n'y retrouve pas ces caractères que le tic partage avec les actes fonctionnels : le besoin qui précède et commande l'exécution du mouvement comme aussi la satisfaction qui lui succède, — caractères qui, dans certains tics, apparaissent avec une singulière intensité et qui se retrouvent dans les syndromes obsédants.

L'état mental du sujet ne présente pas d'anomalies, autant que nous avons pu nous en rendre compte. Sa volonté n'est ni instable, ni débile; s'il est bien incapable de maîtriser ses secousses intempestives, il faut remarquer qu'il en est toujours incapable. Un tiqueur, au contraire, peut, pour un temps plus ou moins long, refréner son tic; un effort d'attention, une vive distraction l'empêcheront de tiquer. Ici, rien de pareil.

Un détail encore. Cet homme, au moment des accès spasmodiques les plus forts, applique souvent sa main sur la moitié gauche de son visage. Ce geste n'est pas sans ressemblance avec ceux que font certains tiqueurs pour dissimuler leurs tics. Mais tandis que chez ces derniers ce geste a presque toujours pour effet d'amener la cessation du tic, dans le cas actuel, le spasme persiste encore derrière la main qui cherche à le dissimuler ou à l'atténuer. Et quand le malade se couche, s'il appuie le côté gauche de sa figure sur son oreiller, le spasme continue sans trêve. Un tic, en cette occurrence, cesse complètement. Il s'agit donc bien d'un spasme<sup>1</sup>.

1. HENRY MEIGE. Spasme facial franc. *Soc. de Neurol. de Paris*, 17 avril 1902.



A propos de ce cas, M. le professeur Joffroy a fait les observations suivantes :

« Si, à ce malade qui a des secousses spasmodiques bien localisées à la joue, on demande d'ouvrir la bouche, on remarque que pendant tout le temps que la bouche restera ouverte, le spasme de la joue gauche ne se produit plus, mais qu'en revanche le peaucier du même côté présente des secousses spasmodiques alors qu'il n'en présente ordinairement pas. Il s'est pour ainsi dire produit une sorte de transfert des contractions spasmodiques.

« Si maintenant nous demandons au malade de fermer les yeux, le spasme convulsif de la joue se suspend encore pendant tout le temps que les yeux restent fermés, mais les deux orbiculaires des paupières, droit et gauche, ainsi que les muscles pyramidaux et les faisceaux voisins du frontal sont animés de secousses rapides. Ici encore il y a une sorte de transfert des secousses musculaires.

« Dans ces expériences, l'apparition des secousses musculaires en dehors de la zone où on les observe habituellement est, à mon sens, plus intéressante que la suppression de celles qui constituent la symptomatologie ordinaire de l'affection, car elle prouve que l'affection n'est pas aussi localisée qu'elle le paraît, et que la lésion, ou du moins le trouble fonctionnel, est bien plus étendu qu'on ne le supposerait de prime abord. »

Cette généralisation dont parle M. Joffroy peut s'expliquer par la loi de diffusion des réflexes et viendrait confirmer l'existence d'une lésion irritative siégeant sur un point de l'arc réflexe trijumeau-facial. Le cas actuel peut donc être considéré comme un type de spasme franc.

Le diagnostic différentiel du spasme peut être schématisé de la sorte :

Le mouvement convulsif est d'une extrême brusquerie qui rappelle celle des contractions obtenues par les décharges électriques instantanées.

De plus, les mouvements n'ont rien de coordonné ; on



n'y reconnaît aucune systématisation fonctionnelle. Ils siègent dans un même territoire nerveux, anatomiquement défini.

En outre, ni les efforts de la volonté, ni l'attention, ni la distraction, ni les émotions qui modifient si aisément la réaction motrice du tic ne peuvent modifier celle du spasme.

Les mouvements *spasmodiques* ne sont pas précédés d'un besoin, ni suivis d'une satisfaction, comme on l'observe au contraire dans un grand nombre de tics. Parfois ils s'accompagnent de vives douleurs. Enfin, l'état mental ne présente pas en général les anomalies qu'on constate chez les tiqueurs.

Un dernier élément de diagnostic entre le tic et le spasme peut être fourni par l'examen du sujet pendant le *sommeil*.

Si le mouvement convulsif persiste pendant le sommeil, on peut, presque à coup sûr, affirmer qu'il s'agit d'un *spasme*. Inversement, si le mouvement convulsif disparaît *complètement* pendant le sommeil, on doit songer au *tic*. Ce que l'on peut affirmer, c'est qu'un *vrai tic disparaît toujours pendant le sommeil*.

Un spasme peut-il disparaître également pendant le sommeil?

Tout ce que l'observation clinique nous permet de dire, c'est que dans certains cas où le diagnostic de spasme semble vraisemblable, on voit parfois les mouvements convulsifs cesser pendant le sommeil. S'agit-il alors d'un spasme véritable ou bien d'un tic méconnu?.... Dans les cas de ce genre le problème est actuellement encore insoluble, si aucun signe d'une lésion organique ne vient en éclairer les données.

Par contre, lorsqu'un mouvement convulsif persiste



pendant le sommeil, on doit toujours songer au spasme, c'est-à-dire à l'existence d'une lésion organique.

Le cas suivant, rapporté par le professeur Raymond, pourrait donc mériter ce diagnostic.

Un homme d'une trentaine d'années, sans tare névropathique héréditaire, mais lui-même alcoolique, présentait depuis quelques mois des secousses musculaires du membre supérieur gauche. En examinant ses bras nus, on constatait qu'à gauche le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, étaient agités par des tressautements, par des mouvements cloniques rapides, de très courte durée, très limités comme étendue, à rythme irrégulier. A chaque contraction, on voyait les chefs du triceps et certains faisceaux du deltoïde faire relief sous la peau. Les secousses cloniques avaient lieu isolément, tantôt trois ou quatre et jusqu'à huit se succédaient à intervalles très rapprochés; jamais d'ailleurs leur succession n'était assez rapide pour amener la tétanisation du muscle.

Les secousses cloniques produisaient des effets locomoteurs : mouvements d'abduction du bras, mouvements d'extension de l'avant-bras, analogues à ceux que produit la percussion du tendon olécranien dans les cas d'exagération des réflexes tendineux.

Certaines attitudes (maintien du bras dans l'élévation prolongée, de l'avant-bras dans la pronation, la demi-flexion) arrêtaient ces mouvements involontaires; mais si l'on venait à frôler, à piquer la peau du bras, à percuter les muscles triceps, biceps et deltoïde, on voyait les secousses réapparaître. Les contractions musculaires commandées par la volonté n'avaient aucune influence sur les secousses cloniques; *celles-ci ne s'arrêtaient pas pendant le sommeil*; elles perdaient simplement de leur intensité. Pas de douleur du bras gauche, mais *sensation de fatigue* assez prononcée.

On constatait, avec cela, une *exagération très manifeste des réflexes tendineux* au membre supérieur gauche et une *exagération non moins nette de l'excitabilité mécanique* des muscles affectés. L'excitabilité galvanique et faradique des



nerfs et des muscles était normale. La *force musculaire était diminuée* à gauche (34 au dynamomètre contre 48 à droite). Il n'y avait pas d'atrophie musculaire.

Le malade était atteint d'un léger tremblement des mains, qui présentait tous les caractères du tremblement alcoolique. *Le réflexe rotulien était aboli à gauche*, normal à droite. La démarche était assurée, même quand il avançait les yeux fermés. L'exécution des mouvements volontaires ne décelait aucune trace d'incoordination motrice aux membres supérieurs. La sensibilité cutanée sous ses différents modes et le sens musculaire étaient intacts, il en était de même des sens spéciaux.

Exagération des réflexes tendineux du membre malade, abolition du réflexe patellaire du même côté, exagération de l'excitabilité mécanique, enfin persistance des mouvements convulsifs pendant le sommeil : tous ces signes permettent de supposer l'existence d'une lésion organique et le diagnostic de *spasme* semble bien justifié dans ce cas.

Ce qui pourrait déconcerter cependant, c'est qu'à la suite d'un traitement par le massage le malade aurait été débarrassé de ses secousses cloniques. Si, réellement, la guérison s'est maintenue de façon définitive, on pourrait encore admettre, il est vrai, qu'il s'agissait bien d'une lésion organique, mais passagère. L'absence de constatation anatomique rendra toujours le diagnostic incertain dans les cas de ce genre.

Cependant les formules précédentes conservent leur valeur :

*Le mouvement convulsif qui persiste pendant le sommeil est un spasme ;*

*Le tic disparaît pendant le sommeil.*

Dans un grand nombre de cas, on trouvera là de solides éléments de diagnostic.

Si, par surcroît, on constate des troubles de la réflexi-



tivité et des troubles sensitifs, des atrophies musculaires et des modifications des réactions électriques, le diagnostic de spasme aura pour lui toutes les vraisemblances.

#### A. — TIC OU SPASME DE LA FACE

Le diagnostic entre le tic et le spasme devient surtout d'une difficulté extrême lorsque les mouvements convulsifs siègent sur la face. C'est là, de l'aveu du professeur Erb, un des problèmes les plus délicats de la neuropathologie.

L'existence de tics d'une part, et de spasmes d'autre part, localisés à la face, est cependant admise universellement.

M. Hallion<sup>1</sup> distingue nettement les spasmes cloniques relevant de lésions matérielles, des « mouvements nerveux » qui se produisent dans les névroses telles que la chorée ou la maladie des tics. Sans doute, les derniers se localisent volontiers à la face, mais il ne s'agit pas d'un vrai spasme facial. Ce dernier, exclusivement cantonné au domaine du nerf, relève le plus souvent d'une altération de ce dernier. Quant aux causes de ces altérations, elles sont multiples : « Il faudrait énumérer à ce propos toutes les causes capables d'engendrer la paralysie faciale, car ces mêmes causes peuvent aussi déterminer des phénomènes spasmodiques, associés ou non à des phénomènes paralytiques » (Hallion).

Les spasmes cloniques de la face s'observent aussi à la suite de traumatismes locaux. Il ne s'agit plus alors d'un spasme par excitation directe du nerf facial, mais d'un spasme réflexe. *Le tic douloureux de la face*, — qui n'est pas un tic, — est le type du genre. *Le tic non douloureux de la*

1. HALLION, Convulsions localisées, *Traité de médecine*, vol. VI, p. 897.



*face* n'est parfois, lui aussi, qu'un simple spasme réflexe.

M. Brissaud a consacré une importante leçon au diagnostic des tics et spasmes de la face. Nous avons eu l'occasion d'en citer plusieurs passages au cours de cette étude. Dans bien des cas, dit-il, « je renonce à faire le diagnostic quand l'étiologie est muette ».

Nous nous sommes trouvés nous-mêmes à diverses reprises en présence de ces difficultés, et, après avoir relaté précédemment un cas où le diagnostic ne souffre aucune difficulté, nous croyons utile de rapporter quelques uns de ces exemples où, malgré l'examen le plus attentif, il est impossible d'aboutir à une conclusion définitive.

Un homme de trente-sept ans, surmené intellectuellement, fut atteint à l'âge de vingt-quatre ans de *paralysie faciale gauche totale* (le muscle orbiculaire compris). Huit jours après, débutent des *accès de céphalalgie* fronto-temporale, bilatérale, accompagnée de nausées, de vomissements, de troubles de la vue. Ces accès se reproduisent à intervalles inégaux, durant quatre années, puis disparaissent. Cependant la paralysie faciale persiste encore, mais non sans quelque tendance à s'amender. A trente et un ans, un rhume suivi de bronchorrhée (?). Enfin, récemment, nouveau symptôme : tout d'un coup, au milieu de la nuit, cet homme est réveillé par des *contractions spasmodiques de la moitié gauche du visage*. Depuis lors, ce phénomène se reproduit d'une manière incessante, avec les mêmes caractères de brusquerie et d'invincibilité. Sa persistance crée une infirmité véritable; mais il n'est pas douloureux. Le malade accuse seulement des sensations anormales, dans les régions où les secousses musculaires restent localisées.

Deux faits dominant dans cette histoire : l'accident paralytique d'abord, et secondement, à treize ans de distance, les accidents convulsifs qui sont venus s'y superposer.

La paralysie faciale n'offre en elle-même qu'un intérêt relatif; d'emblée, elle fut totale, ce qui suffirait à démontrer



son origine périphérique. Mais nous y reviendrons. Dès à présent, arrêtons-nous aux phénomènes convulsifs.

De quelle nature sont les brusques contractions des muscles de son visage? Est-ce un tic? Est-ce un spasme?

La différenciation ne peut guère être établie que par un examen du phénomène convulsif et par la recherche des causes qui ont présidé à son apparition.

Étudions donc de plus près les mouvements du visage.

A l'exception du frontal, tous les muscles de la moitié gauche de la face sont intéressés : l'orbiculaire, les zygomatiques, les muscles du nez, des lèvres, du menton, et même le peaucier du cou.

Sur un fond de contraction qui semble permanente, viennent se dessiner de brèves secousses partielles, portant, tantôt sur un muscle, tantôt sur un autre ; elles n'atteignent souvent qu'une moitié de celui-ci, qu'un faisceau de celui-là, pour gagner aussitôt les fibres d'un troisième, quitte à reparaitre ensuite sur ceux qui n'avaient pas été touchés précédemment. Aucune régularité, aucune loi, dans la marche de ce processus à l'allure désordonnée, qui semble n'être régi ni par le lieu ni par le temps. C'est un morcellement de saccades frappant à tort et à travers toute une moitié de la musculature du visage, et la mimique qui en résulte réalise une grimace équivoque et fugitive, faite de parcelles de grimaces juxtaposées incompréhensiblement.

Tels sont, autant qu'on puisse analyser des mouvements aussi brusques et aussi désordonnés, les caractères des phénomènes convulsifs de notre malade.

Est-ce un tic?

Ces mouvements sont-ils systématisés, reparaissent-ils toujours les mêmes, et, de plus, reproduisent-ils certains actes automatiques d'ordre physiologique appliqués à un but?

Non ; ici les mouvements n'ont rien de systématisé, ils ne tendent vers aucun but compréhensible. Ni la joie, ni la douleur, ni la surprise, ni l'effroi, ni aucune des passions humaines, ne se traduisent par une telle débauche de contractions. Tout est désordre, dérèglement, contradiction : véritable anarchie de la mimique expressive. Donc, ce n'est pas un tic.



Est-ce un spasme?

Il n'est en effet guère possible de reconnaître la moindre systématisation fonctionnelle dans ces mouvements. On n'y voit participer que des muscles ou des groupes de muscles dont la synergie active ne tend pas vers un but commun.

Nous pourrions donc nous arrêter au diagnostic de *spasme* de la face.

Cependant, il importe de se renseigner sur l'état des fonctions psychiques.

A cet égard, notre interrogatoire n'a pas été infructueux.

X..., il est vrai, n'a pas d'antécédents morbides dans sa famille.

Son père, mort à l'âge de soixante-six ans d'une congestion pulmonaire qui l'emporta en trois jours, était de bonne santé, nullement nerveux. Sa mère, âgée de soixante ans, est très bien portante; elle n'a eu qu'un enfant, X... Parmi les collatéraux, il n'y eut ni névropathes, ni aliénés.

Quant au malade lui-même, son enfance avait été normale et paisible. Tout au plus semblait-il d'esprit plus rassis que les enfants de son âge : ce n'est pas une tare.

Mais, il témoigna toujours d'une imagination singulière. A l'âge adulte, il inventa un étrange procédé pour se mettre à l'abri des manifestations intempestives de sa virilité.

Ce n'était cependant qu'un désagrément banal; mais il en ressentait une humiliation excessive : les sollicitations de la chair lui semblaient dégradantes pour un homme grave et pondéré qu'il aimait à se représenter lui-même.

L'excès de préoccupation que causaient au malade les incitations de sa virilité, l'horreur qu'il en avait, enfin le stratagème compliqué qu'il imagina pour s'en protéger, tout cela, en vérité, dénote une tournure d'esprit pour le moins excentrique, un état mental franchement déséquilibré. X..., il faut le reconnaître, possède un titre peu banal au qualificatif de tiqueur.

Ainsi, en invoquant l'influence de la prédisposition psychique, le diagnostic de tic, infirmé d'abord par l'examen objectif, récupère quelque vraisemblance.

Ne pourrait-on trouver d'autres arguments en sa faveur?



N'aurions-nous pas méconnu la cause des mouvements convulsifs de notre malade ?

Rappelons-nous en effet que, dès le premier jour, il dit avoir éprouvé en plusieurs endroits du visage et du cou, des sensations gênantes : sous l'œil « comme un morceau de carton collé », dans la lèvre « comme une enflure », sur le cou « comme une pression ». Toutes ces sensations ont pu être le point de départ de mouvements destinés à débarrasser les téguments de ces corps étrangers imaginaires : actes réflexes, conscients ou subconscients, adaptés à un but défini, les muscles peauciers de la face agissant comme ceux des animaux lorsqu'ils veulent se débarrasser des mouches.

Une telle explication ferait comprendre la genèse de l'incohérente grimace de notre malade. Celle-ci ne serait l'expression ni d'un sentiment, ni d'une passion, mais un simple geste de défense.

Au début, quelque chose le gênait au pourtour de l'œil gauche : il a cligné les paupières pour s'en débarrasser ; au niveau de la commissure labiale, autre sensation désagréable : d'où une contraction des muscles de cette région destinée à assouplir la peau, etc.

Plus tard, chez cet individu à volonté mal assise, ces mouvements primitivement adaptés à un but précis, seraient passés à l'état d'habitude. Un besoin irrésistible le poussant à les exécuter, il les aurait réitérés sans relâche : ainsi un tic aurait pu se constituer.

Une petite toux dont X... est atteint serait un phénomène du même genre, tic expiratoire dont la cause provocatrice, une ancienne bronchite, a certainement disparu aujourd'hui.

Bref, en tenant surtout compte de l'état psychique, qui, dans le cas présent, témoigne d'une déséquilibration peu ordinaire et qui doit servir de base au diagnostic, notre malade pourrait être rangé parmi les tiqueurs ; la genèse de son tic pourrait même être reconstituée.

Mais de graves raisons ébranlent cette hypothèse.

D'abord, chez l'homme, les muscles de la face, tout peauciers qu'ils sont, n'ont pas en général le genre d'adaptation fonctionnelle que nous avons supposé. Leur principal rôle est



d'exprimer les passions, bien rarement de chasser les mouches.

En outre, dans le tic, acte cérébral cortical, la volonté intervient ou peut intervenir. La majorité des tiqueurs arrivent à s'empêcher de tiquer, pourvu que leur volonté soit momentanément assez puissante.

Tel n'est pas le cas pour notre malade : rien ne nous a paru capable de maîtriser les contractions de son visage ; lui-même, il assure qu'elles ne cessent jamais et que sa volonté est impuissante à les modifier ou à les retenir.

De plus, il faut le rappeler, ces mouvements spasmodiques ont débuté *brusquement, une nuit, pendant le sommeil*.

Dira-t-on, pour défendre l'origine corticale du phénomène, qu'un rêve a pu le provoquer ? L'explication ne serait guère valable que si le sujet présentait des stigmates d'hystérie. Ce qui n'est pas.

Enfin, fait capital, ces accidents qui offrent tous les caractères objectifs des contractions spasmodiques franches, ont apparu sur un territoire antérieurement frappé de paralysie.

Il y a là plus qu'une coïncidence, et nous pouvons déjà prévoir qu'une lésion portant sur un des points de l'arc réflexe qui commande aux mouvements de la moitié gauche de la face, est la cause du *spasme véritable* auquel nous avons affaire ici.

Sans affirmer que la paralysie faciale et le spasme qui lui a succédé, à treize années de distance, soient sous la dépendance d'une lésion univoque, on ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre ces deux accidents.

Nous savons, — le malade est très affirmatif sur ce point, — que la paralysie fut d'emblée totale du côté gauche, frappant l'orbiculaire comme le reste de la musculature du visage de ce côté.

Ceci nous permet d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une paralysie d'origine cérébrale : l'orbiculaire eût été respecté. D'autre part, une lésion bulbo-protubérantielle se fût vraisemblablement accompagnée d'autres accidents, en particulier de paralysies oculaires (syndrome de Weber, syndrome de Millard-Gubler).

En outre, la paralysie faciale ayant été totale, le nerf n'a



pu être touché qu'en deçà de sa bifurcation périphérique, et même avant sa pénétration dans la paroi osseuse, car aucun signe ne permet de supposer que la lésion ait été intrapétreuse.

En procédant ainsi par éliminations successives, on arrive à localiser le siège de la lésion sur le trajet intracrânien du tronc nerveux facial, et à une certaine distance de son point d'émergence bulbo-protubérantiel, car il n'y a eu ni troubles oculaires ni troubles auditifs, permettant de supposer que l'acoustique ou le moteur oculaire externe aient été touchés, fût-ce passagèrement.

Cette paralysie a persisté durant treize années, mais en subissant une légère amélioration, ce qui permet déjà de supposer que la lésion n'a pas été complètement destructive ; on en acquiert la certitude en voyant, au bout de ce long laps de temps, des accidents convulsifs apparaître sur le même domaine.

Or, reportons-nous à la définition même du spasme :

Un spasme est une réaction exclusivement réflexe survenant à la suite d'une excitation portée en un point quelconque d'un arc réflexe. »

Dans notre cas, l'arc réflexe est ainsi constitué : voie centripète, le trijumeau ; voie centrifuge, le facial ; centres réflexes, les noyaux bulbo-protubérantiels de ces deux nerfs.

L'hypothèse d'une lésion intéressant le trijumeau nous semble défendable dans notre cas.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'un exemple de tic douloureux de la face : notre malade n'a jamais eu de douleurs ; mais il se plaint d'avoir éprouvé, dès le début de ses accidents spasmodiques, des sensations anormales dans des régions innervées par le trijumeau (le cou excepté).

Cela permet de concevoir l'existence d'une lésion irritative portant sur un point de la voie centripète de l'arc facial, par exemple sur le trajet intracrânien du trijumeau, au voisinage de la protubérance.

Quant à la nature de cette lésion, elle est plus difficile à préciser.

Cependant, si l'on se rappelle ce qui s'est passé au moment de la paralysie faciale : — début soudain, sans douleurs, sans



aucun autre phénomène morbide, — on doit admettre que la lésion causale a été très brusque et très limitée. Nous pensons qu'une ectasie vasculaire de petit volume, ayant subitement comprimé le tronc du facial, a pu commettre ce méfait. Et ce qui donne quelque crédit à cette hypothèse, c'est que, peu de jours après l'apparition de la paralysie, le malade a commencé à souffrir de crises de céphalalgie avec nausées et photophobie, survenant à intervalles inégaux et se répétant pendant plusieurs années, sortes d'accès migraineux qui, comme tels, peuvent être rattachés à un trouble circulatoire de la région basilaire.

Peu à peu, l'équilibre vasculaire s'étant rétabli, les crises ont pris fin; cependant le facial est resté comprimé, de moins en moins fortement d'ailleurs, comme en a témoigné le léger amendement des phénomènes paralytiques.

A quelques années de là, non moins soudainement que la paralysie, le spasme est apparu. Ne peut-il s'expliquer par un nouvel accident vasculaire, tout voisin du premier, sinon par une extension brusque de l'ectasie initiale? Une lésion de ce genre, et ainsi localisée, serait capable de déterminer une action irritative, soit sur la voie centrifuge du réflexe facial, soit sur sa voie centripète (ce qui expliquerait les sensations anormales du visage). Dans les deux cas, un spasme en pourrait résulter.

Le cas de Schültz, rapporté par Brissaud, confirme la possibilité de ce processus pathogénique. Chez un sujet qui, pendant dix ans, présenta des mouvements spasmodiques de la moitié gauche de la face, on découvrit à l'autopsie un anévrysme de l'artère vertébrale gauche, comprimant le nerf facial au voisinage du tronc basilaire. Les accidents spasmodiques, qualifiés à tort de tic, étaient bien dus à un spasme véritable.

En faisant toutes les réserves que comporte ce diagnostic causal dans le cas que nous venons d'étudier, nous avons tenu cependant à émettre cette conjecture, car elle nous paraît rendre compte des phénomènes cliniques observés.

Tels sont les arguments qui plaident en faveur de l'existence d'un spasme facial.

L'hypothèse d'un tic nous paraît devoir être rejetée.



Cependant, il ne faut pas oublier qu'« un spasme né d'une cause quelconque, peut se transformer en tic, en créant chez un prédisposé une *habitude morbide*, qui s'installera définitivement après que la cause du réflexe aura disparu<sup>1</sup> ».

Et s'il ne nous paraît pas douteux que notre malade soit atteint aujourd'hui d'un spasme véritable, nous tenons à faire remarquer qu'il appartient, non sans de bonnes raisons, à la catégorie des prédisposés aux tics.

Voici une seconde observation inédite qui n'est pas moins instructive.

Mme La... fut adressée à l'un de nous par M. le Dr Pierre Marie.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à cinquante-six ans, après avoir eu pendant des années des névralgies des jambes, survenant comme des « éclairs »; il marchait en s'appuyant sur deux cannes (tabes?). La mère est morte à quatre-vingt-un ans (bonne santé habituelle). Deux frères plus âgés que la malade; l'un, qui avait aussi des douleurs dans les jambes, prenait de la morphine pour se calmer et mourut morphinomane. Le second, dit la malade, est mort de chagrin. — Tous les deux auraient mené joyeuse vie.

La malade a eu un seul enfant, une fille, bien portante, aujourd'hui âgée de vingt-huit ans et qui a elle-même deux enfants superbes.

*Antécédents personnels.* — Mme La... a toujours été nerveuse; elle entend par là qu'elle était impressionnable, vive, mais elle n'a jamais eu de crises convulsives.

A l'âge de huit ans, pendant la convalescence d'une rougeole, elle aurait été, au cours d'une promenade, exposée au froid; le soir du même jour, elle se serait trouvée, chez elle, dans un courant d'air.

Le lendemain elle dut s'aliter pour une maladie qu'elle dit avoir été un rhumatisme articulaire. Dès le début elle eut un fort torticolis, très douloureux, la tête venant toucher l'épaule droite et le menton la clavicule gauche. Elle guérit;

1. BRISSAUD, *loc. cit.*



la tête se redressa complètement. Or, à la suite de cette maladie, on ne tarda pas à constater une asymétrie faciale; le nez commença à s'amincir. Cependant la différence entre les deux moitiés de la face était d'abord très peu marquée.

C'est vers la fin de ce soi-disant rhumatisme articulaire, à huit ans et demi, que la malade a été réglée; elle l'est encore, à cinquante-neuf ans.

Depuis sa jeunesse, elle souffre par intervalles, de douleurs dans les membres. De temps en temps, elle a des sortes de crises durant quelques jours, pendant lesquelles elle éprouve des douleurs d'estomac (des pesanteurs, qu'elle attribue à des digestions pénibles). Constipation habituelle.

Il y a deux ans et demi, son mari mourut après une longue maladie. Pendant qu'elle le soignait, Mme La... resta, dit-elle, six mois sans se mettre au lit. Ces fatigues, le grand chagrin qu'elle éprouva, le règlement d'affaires difficiles ont concouru à la faire, comme elle dit, « beaucoup travailler de tête ».

Il y a quinze ou seize mois, elle commença à éprouver dans l'œil droit une sensation particulière, accompagnée par intervalles de clignotements des paupières, sensation qui d'ailleurs n'était pas douloureuse. La malade dit qu'en pareil cas « elle écoutait son œil » en attendant le clignement. Peu à peu, très lentement, le mouvement convulsif des paupières s'étendit à toute la face du côté droit, mais ce n'est guère que depuis un mois (juillet 1900) que les mouvements sont d'une fréquence et d'une intensité telles, que la malade dit ne plus avoir de répit.

*État actuel* (20 août 1900). — Mme La... se présente avec une figure étrangement asymétrique : le côté droit de la face est notablement plus petit que le gauche, l'œil droit fermé apparaît à un niveau inférieur à celui de l'œil gauche; la bouche est fortement tirée vers la droite, le menton crispé à droite également.

Cette mimique dure ainsi pendant plusieurs minutes, puis elle disparaît pour reparaitre ensuite, etc.

L'asymétrie singulière du visage tient à deux causes : d'abord à une asymétrie du squelette qui daterait de l'âge de huit ans, survenue à la suite du torticolis.



En second lieu, les mouvements convulsifs de la moitié droite du visage contribuent à accroître l'asymétrie faciale.

Ils ont pour effet de clore l'œil droit, de tirer le nez un peu à droite sans que la narine soit dilatée, d'entraîner la bouche à peu près directement à droite et de rider la peau du menton; le peaucier du cou se contracte aussi. L'ensemble réalise une grimace unilatérale qui ne correspond à aucune mimique expressive, et qui représente en l'exagérant, l'aspect des contractures consécutives aux paralysies faciales.

Tel est en effet le premier diagnostic qui s'est présenté à notre esprit, dans la première visite que nous a fait la malade; elle est demeurée ainsi pendant plusieurs minutes, sans que cette apparence de son visage se modifiât.

Mais bientôt, la grimace commença à disparaître, de temps en temps d'abord; plus tard, la tranquillité du visage devint plus habituelle; toutefois, par instants, le même mouvement convulsif se reproduisait rapidement et cessait de même. Il prit ainsi un caractère clonique, au lieu de l'apparence tonique, sous laquelle il était apparu tout d'abord.

Le visage, au repos, ne présente d'autre signe de paralysie faciale que l'absence de rides dans la moitié droite du front.

Nous avons dit que le squelette est très asymétrique à droite. Quant aux muscles il semble que la profondeur plus grande du sillon naso-génien à droite ne tient pas uniquement à la disposition squelettique, mais aussi à une augmentation permanente du tonus musculaire.

En somme, au repos, la moitié droite du visage est normale ou peu s'en faut.

Dans quelles conditions le mouvement convulsif se produit-il?

Il est plus fréquent toutes les fois que la malade est émue, et aussi lorsqu'elle s'efforce de conserver le repos. Par exemple, Mme La... est sur le point d'entrer dans un salon; elle attend, la main sur le bouton de la porte, que le mouvement facial se calme un peu; mais invariablement alors, celui-ci s'exagère jusqu'à prendre la forme tonique. C'est ainsi qu'en multipliant les interruptions d'un courant



électrique qui traverse un muscle, on arrive à sa tétanisation.

Le spasme est d'autant plus fréquent que la malade s'anime davantage en parlant (son langage et ses gestes sont d'ailleurs toujours très animés), de même lorsqu'elle est exposée au regard de plusieurs personnes, lorsqu'elle a quelque contrariété, etc.

Pendant les périodes de crises stomacales le mouvement convulsif se montre plus tenace.

Par contre, il est moins fréquent et peut même cesser pendant des heures, si la malade est chez elle, seule et tranquille. Il est moins fort après les repas.

Fait curieux : la grimace est plus fréquente le matin que le soir ; il convient d'ajouter que la malade souffre d'insomnies, dort principalement pendant les premières heures de la nuit, tandis qu'ensuite, elle « se retourne » dans son lit jusqu'au matin. Au matin, elle a aussi un « tremblement » des mains, qui disparaît dans la journée, et même après le premier repas. Ce tremblement n'est apparu que depuis un mois environ, coïncidant avec l'aggravation des accidents convulsifs.

Dernièrement, Mme La... a imaginé un procédé bizarre pour prévenir ses convulsions faciales : c'est de comprimer son larynx avec les doigts des deux mains placées de part et d'autre. Elle avoue elle-même que cette manœuvre n'a rien de logique. Mais elle lui réussit souvent. Nous l'avons vu employée en notre présence à plusieurs reprises, avec un succès non pas immédiat, mais assez marqué. Souvent cependant ce moyen est inefficace ; la malade le reconnaît spontanément.

Qu'est-ce donc que ce mouvement convulsif localisé à la moitié droite de la face ? Est-ce un tic ? Est-ce un spasme ?

La contraction musculaire, limitée d'abord au clignotement palpébral, a envahi peu à peu tout le domaine du facial droit ; cette marche envahissante peut faire songer au tic. Ce clignotement, au début, est survenu à la suite de fatigues, de chagrins, de préoccupations, circonstances déprimantes ; il fut précédé d'une petite sensation non douloureuse, mais bien certaine. Il était attendu, presque désiré, car, comme dit la malade, elle « écoutait son œil ». Tout ceci est bien en



faveur du tic. Pendant le sommeil, il ne se produisait jamais de contractions; enfin, la compression du cartilage thyroïde exerce une certaine action frénatrice sur la grimace faciale.

Nouvel et sérieux argument pour croire qu'il s'agit d'un tic.

Le pouvoir inhibiteur de la volonté et de l'attention s'est manifesté à plusieurs reprises : ainsi, pendant l'examen, la malade a pu regarder la pendule, son visage restant en repos pendant deux minutes, alors que l'instant d'avant, son geste reparaisait en causant, au moins dix fois par minute. De même, elle a pu demeurer parfaitement en repos pendant deux ou trois minutes, tandis qu'elle concentrait toute son attention pour imiter des grandes inspirations que nous faisions devant elle.

De la même façon, nous avons pu, à plusieurs reprises, après quelques hésitations, mais finalement avec succès, faire cesser le mouvement convulsif ou l'empêcher de se produire, en priant la malade de tenir ses yeux ouverts aussi grand que possible, ou tourner sa bouche du côté gauche, ou de tirer sur ses deux mains, comme dans la manœuvre de Jendrassik.

Autre constatation favorable au diagnostic de tic : Mme La... nous raconte une histoire qui la divertit particulièrement.

Dans mon pays, dit-elle, on opère aujourd'hui tout le monde pour des appendicites; dès qu'une personne souffre du ventre, aussitôt on lui coupe l'appendice; moi-même dernièrement, j'ai eu des maux de ventre; je me suis empressée de rester chez moi, évitant de me montrer, car je suis sûr qu'on n'aurait pas manqué de m'opérer pour une appendicite... Pendant ce récit, qui dure dix à quinze minutes, la grimace ne se produit pas une seule fois.

Mais si l'on met la conversation sur les chagrins de Mme La..., sur ses peines, ses douleurs et surtout sa maladie d'estomac qui, d'après elle, entraîne chaque fois qu'elle en souffre, une recrudescence de grimaces, celles-ci ne manquent jamais de se produire et de se répéter presque sans trêve.

Le contraste est frappant entre les effets produits par ces



deux souvenirs qui entraînent deux états d'esprit différents, le premier joyeux, le second triste. Comme Mme La... cause volontiers, on peut aisément répéter plusieurs fois de suite cette constatation en la ramenant à l'un ou à l'autre sujet.

La volonté a sur le spasme une influence manifeste, mais non pas immédiate. Nous disons à la malade dans un moment où la moitié droite de son visage est très contracté, de faire tous ses efforts pour ne pas tiquer, de se fâcher, d'ouvrir les yeux tout grands, de serrer très fort le bras du fauteuil, — alors le spasme tonique se résout en deux ou trois spasmes cloniques, puis deux ou trois contractions fasciculaires, presque fibrillaires, puis vient le repos avec ou sans une ou deux contractions fibrillaires après un intervalle.

En somme, l'attention, la distraction, la volonté, l'état psychique du moment ont une réelle influence sur les mouvements convulsifs. L'hérédité psycho et névropathique est fort chargée.

Il semble donc bien qu'il s'agisse d'un tic.

Cependant des arguments non moins valables doivent faire songer au spasme.

D'abord, ne l'oublions pas, le territoire du facial supérieur n'est pas complètement indemne; du côté droit, le front ne se ride que très imparfaitement; le sourcil droit est plus bas que le gauche; l'œil droit s'ouvre et se ferme bien volontairement, mais au repos il tend à rester demi-clos. Il existe donc manifestement un certain degré de parésie des muscles innervés par le facial supérieur et ceci doit faire songer à l'existence d'une affection organique, à un spasme par conséquent.

En outre, les mouvements convulsifs sont strictement unilatéraux et limités au territoire du facial. Ils ne reproduisent aucun acte mimique expressif. Enfin, quand on observe avec attention le visage, même pendant les périodes de repos, on voit se produire de petites contractions fasciculaires très rapides, indépendantes de la convulsion d'ensemble.

Ceci appartient bien au spasme.

Et le spasme lui-même n'est-il pas en relation avec l'extrême asymétrie faciale de la malade?



Sans doute, il faut faire toutes réserves sur l'apparition supposée de ce trouble trophique, à la suite d'une affection rhumatismale survenue à l'âge de huit ans; l'asymétrie faciale à laquelle s'ajoute une légère asymétrie dans le même sens de la ceinture scapulaire, peut avoir été congénitale et remarquée seulement à l'occasion d'une maladie aiguë. Ce ne serait alors qu'un stigmate physique de dégénérescence.

Cependant, il ne faut pas oublier que ce soi-disant rhumatisme aurait débuté par un torticolis douloureux. N'oublions pas surtout l'asymétrie faciale consécutive. Outre l'atrophie du squelette, les lèvres semblent plus minces du côté droit, la peau de la joue plus lisse et plus fine; la minceur du nez, légèrement dévié à droite, a quelque apparence sclérodermique.

Serait-ce le résultat d'une trophonévrose faciale?

Revoyant Mme I.a... le 6 novembre, nous précisons notre examen dans ce sens. L'asymétrie faciale est en effet considérable, l'arcade osseuse sourcilière droite est plus tranchante, l'œil plus enfoncé. Toutefois, les dents ne présentent pas de différence à droite et à gauche :

Mâchoire du haut : à droite, 3 dents saines; à gauche, 4;

— bas : à droite, 4 dents saines; à gauche, 4;

les incisives supérieures sont cassées, mais par accident; les inférieures conservées.

Les troubles trophiques de la moitié droite du visage peuvent avoir joué un rôle dans la production du spasme facial.

Toutes ces raisons nouvelles nous conduisent donc à un diagnostic nouveau, et après avoir paru accepter celui de « tic », nous inclinons vers celui de spasme facial. Le traitement d'ailleurs n'a produit aucune amélioration.

Cette observation est encore, croyons-nous, un bon exemple des difficultés qu'on éprouve à différencier un tic d'un spasme de la face, surtout lorsque les secousses convulsives surviennent chez des sujets dont l'état mental et l'hérédité militent en faveur du tic. Un examen objectif, minutieux et prolongé, permet seul de trancher le pro-



blème. Encore les cas sont-ils nombreux où il est sage, comme dans les précédents, de se borner à la description des symptômes et à l'énoncé des arguments favorables au tic parallèlement à ceux qui sont favorables au spasme. On ne peut en déduire que des présomptions en faveur de l'une ou de l'autre affection. Dans ces cas, la sagesse est de ne pas conclure.

Par contre, il est des cas où le diagnostic de spasme ne saurait faire aucun doute. L'observation citée au début de ce chapitre, en est un exemple.

Bien des faits pourraient en être rapprochés qui ont été publiés sous l'étiquette de « tics convulsifs ». Témoin celui-ci, rapporté par Harold Mayer, sous le titre de *tic convulsif remplaçant une névralgie sus-orbitaire*<sup>1</sup>.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans chez qui survint, en 1887, une névralgie sus-orbitaire intense. Les crises douloureuses semblaient provoquées par le froid et duraient de 1 à 4 semaines. En 1892, les douleurs cessèrent, mais alors la paupière gauche commença à être secouée, par intervalles, d'un spasme d'abord léger, puis de plus en plus intense, spasme qui s'étendit à tous les muscles de la face, du côté gauche. Au début de ce spasme le malade accusait une sensation de coton dans l'oreille gauche. Dans l'intervalle des contractions, il n'y avait aucune modification dans l'aspect de la face.

Ne semble-t-il pas qu'il se soit agi là d'un véritable *spasme douloureux de la face*, de celui auquel on donne si malencontreusement le nom de « tic douloureux » de la face.

Ce même malade présentait une hérédité directe similaire : sa mère en effet, avait été, elle aussi, atteinte de convulsions faciales et de névralgie faciale. Mais chez cette dernière c'était le spasme facial gauche qui avait commencé. Il avait cessé

1. HAROLD MAYER, *Alienist and neurol.*, juillet 1897, R. W. 1898, p. 180.



subitement après une durée de quatre ans; puis, après une période de six ans pendant laquelle la malade ne présenta rien d'anormal, survint une névralgie faciale du côté gauche, névralgie pour laquelle une résection du nerf n'amena aucun soulagement.

Ici encore, on peut supposer qu'il s'agissait d'un spasme.

Dans deux cas souvent reproduits, l'un de Graves, l'autre de François, nous pensons qu'on peut affirmer qu'il s'agissait de *spasmes*, car les secousses persistaient pendant le sommeil.

M. Bruandet<sup>1</sup> a rapporté un cas typique d'hémispasme facial droit survenu à la suite d'une névralgie faciale droite. Le diagnostic de spasme n'était pas douteux. On ne trouva cependant aucune lésion dans le bulbe. Le pied de la troisième circonvolution frontale gauche offrait bien une disposition particulière, étant comme enfoncé au fond d'un sillon; cependant, ni macroscopiquement, ni microscopiquement, on ne put distinguer aucune lésion corticale à ce niveau. Malgré cette absence de constatations anatomiques, les détails de l'observation sont trop typiques pour qu'on puisse mettre en doute l'existence d'une épine irritative siégeant sur la voie centripète (trijumeau) de l'arc réflexe facial.

D'ailleurs, dans un grand nombre de cas de « tic douloureux » de la face, affection *spasmodique* par excellence, le fait qu'on n'a pas trouvé de lésion à l'autopsie n'infirmes nullement l'origine organique de la maladie; l'imperfection de nos procédés d'investigation actuels suffit à expliquer les résultats négatifs de ces enquêtes.

1. BRUANDET. Un cas d'hémispasme facial, *Revue neurologique*, 1900, p. 658.



## B. — TIC OU SPASME DU COU.

## TORTICOLIS-TIC ET TORTICOLIS-SPASME.

Pour diagnostiquer un torticolis, après avoir vérifié l'intégrité des os, des muscles et des articulations de la région cervico-scapulaire, il importe de procéder aussitôt à l'enquête psychique. Celle-ci doit porter sur le malade et sur son hérédité. Si les tares personnelles et héréditaires sont sérieuses, les présomptions seront en faveur du torticolis mental. Si l'on retrouve dans l'examen des mouvements convulsifs les caractères des tics, si l'on constate l'existence d'un geste ou d'un stratagème antagoniste, le diagnostic de torticolis mental pourra être assuré.

Ainsi il fut facile d'établir que trois malades observés par M. Fornaca<sup>1</sup> étaient atteints de torticolis mental. Dans ces trois cas, l'anamnèse comme l'examen objectif excluaient toute irritation nerveuse dont les mouvements convulsifs auraient pu être considérés comme des manifestations; il n'existait aucune lésion des muscles, des os, ni des articulations de la région atteinte. En outre, les trois malades présentaient des troubles psychiques.

Mais il en est du torticolis mental comme des tics de la face. La même question se pose souvent : « Est-ce un tic? est-ce un spasme? » Et souvent aussi le problème demeure insoluble.

Nous avons déjà signalé plus d'un exemple de ces difficultés et nous avons formulé ainsi notre opinion :

« Il existe, à proprement parler, un *torticolis-tic* et un *torticolis-spasme*. »

Leur diagnostic est assurément malaisé. Cependant une

1. FORNACA, Observations cliniques sur le torticolis mental. *Clinica medica italiana*, n° 11, 1901.



observation *rigoureuse* et surtout *prolongée*, portant *impartialement* et *complètement* sur les phénomènes *mentaux* aussi bien que sur les phénomènes *somatiques*, permettra généralement de discerner si l'affection relève d'une cause *mentale* ou *anatomique*.

Le chapitre que nous avons consacré à la description du *torticolis mental* nous dispensera de revenir sur les cas de ce groupe qui ne prêtent pas à litige.

Nous n'insisterons pas non plus sur les cas de *torticolis spasmodiques*, manifestement causés par une lésion irritative des centres ou des conducteurs nerveux.

C'est bien de *torticolis-spasmes* qu'il s'agit dans un cas signalé par Oppenheim, où une tumeur du cervelet comprimait le bulbe et les nerfs crâniens, et dans plusieurs observations de laderie cérébrale.

Mais, dans l'affection décrite sous le nom d'*hyperkinésie de l'accessoire de Willis*, il ne nous paraît pas douteux qu'on ait fait rentrer autant de tics que de spasmes. Les exemples publiés sous le nom de *torticolis spasmodique* peuvent aussi donner prise à la discussion. Outre ceux de M. Babinski qui ont été résumés et commentés précédemment, en voici de plus récents que nous tenons à reproduire pour montrer les différences d'interprétation auxquelles ils ont donné lieu.

Au récent congrès de Toulouse, M. Destarac<sup>1</sup> a présenté deux malades atteints d'une affection ayant débuté à l'âge de huit ans, et offrant quelque ressemblance, avec la maladie de Friedreich ou l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

De la première ils ont la démarche spasmodique; de la seconde ils ont les mouvements involontaires : spasme de la main systématisé à l'écriture, contractions spasmodiques du

1. DESTARAC, Syndrome du torticolis spasmodique, VI<sup>e</sup> Congrès français de médecine, Toulouse, 1-5 avril 1902.



tronc, torticolis spasmodique. Le deuxième malade a de plus des mouvements de la face et du bras gauche. Les deux ont un pied bot et une scoliose.

Le premier a les réflexes exagérés et le signe de Babinski. Le second présente l'abolition des réflexes, du nystagmus, l'embarras de la parole et des contractions fibrillaires avec modifications électriques. Intégrité de la force musculaire chez tous les deux.

Chez ces malades, selon M. Destarac, le torticolis spasmodique dépendrait d'une affection générale, congénitale, qui serait comme une forme fruste d'une des maladies signalées plus haut.

M. Destarac ayant eu l'amabilité de montrer ses malades à l'un de nous, nous avons cru pouvoir formuler quelques réserves sur l'interprétation de leurs symptômes. D'une façon générale, ils nous ont paru différer notablement des cas de maladie de Friedreich, et se rapprocher beaucoup plus de ceux où l'on voit un torticolis mental s'accompagner à la longue de mouvements convulsifs des membres. La scoliose n'était pas permanente; la déformation du pied ne s'accompagnait pas de rétraction invincible; nous n'avons pu constater le nystagmus, et les réflexes patellaires, bien qu'affaiblis dans un cas, étaient encore manifestes. Mais surtout, le tableau clinique, dans son ensemble, nous a paru tout différent de celui que réalisent les affections organiques telles que la maladie de Friedreich ou l'hérédo-ataxie cérébelleuse. L'un des malades en particulier que le hasard nous fit rencontrer dans la rue et observer à son insu, présentait, entre deux phases de contorsions bizarres, des périodes d'accalmie complète, où ses attitudes vicieuses et ses gestes convulsifs disparaissaient presque complètement.

Sans insister davantage, ces exemples nous apprennent



qu'il peut être nécessaire de faire le diagnostic entre la maladie de Friedreich et certaines affections convulsives accompagnées de torticolis et d'attitudes vicieuses.

Un autre fait communiqué tout récemment à la Société de Neurologie de Paris par MM. Pierre Marie et G. Guillaumin<sup>1</sup>, montrera mieux encore les difficultés de ce diagnostic.

C'est un malade âgé de cinquante-huit ans, atteint depuis de longues années de mouvements d'apparence athétosique.

Sa tête se place successivement en extension avec rotation à droite, en même temps que l'omoplate gauche se porte en haut et en dehors, puis la tête s'incline ensuite en flexion. La face est presque immobile, sauf quelques mouvements de la langue. Au membre supérieur, les mouvements sont surtout marqués au niveau des muscles des épaules et des bras, dont on voit sous la peau les contractions fasciculaires. Les doigts de la main gauche ont des mouvements successifs de flexion et d'extension ressemblant aux mouvements de l'athétose. Aux membres inférieurs prédominent surtout des mouvements de flexion de la cuisse, de rotation en dedans et d'adduction. Les muscles droits de l'abdomen sont animés aussi de contractions. On ne constate pas de nystagmus.

Les mouvements sont exagérés par toute émotion, ne sont pas diminués par l'attention. Dans leur ensemble, les mouvements, qui sont bien plus lents que ceux de la chorée de Sydenham, ont un caractère nettement arythmique. Durant le sommeil, la mâchoire reste immobile.

Il est à remarquer que les mouvements volontaires se font sans raideur apparente, que le malade est capable de boire sans renverser le liquide, est capable de s'habiller seul. La volonté intervient dans une certaine mesure pour empêcher les contractions volontaires, mais non d'une façon complète.

Les réflexes rotuliens sont très faibles chez cet homme. Le réflexe cutané plantaire est difficile à déterminer; cepen-

1. P. MARIE et Georges GUILLAIN, Mouvements athétoïdes de nature indéterminée, *Société Neurologique de Paris*, avril 1902.



dant, il semble qu'il amène l'extension des orteils. La colonne vertébrale présente un léger degré de scoliose à concavité droite. Les pieds, surtout le pied droit, sont déformés. Cette déformation rappelle celle de la maladie de Friedreich.

L'intelligence est normale. On ne constate aucun stigmate d'hystérie.

Cette singulière affection a débuté en l'année 1874. Sans aucun antécédent héréditaire nerveux, sans antécédents personnels non plus, ce malade aurait eu à cette époque des phénomènes fébriles après une longue course. Il se coucha un jour avec des frissons, une température élevée. Trois ou quatre jours après, des douleurs et des fourmillements seraient apparus dans les orteils du pied droit, puis des mouvements involontaires de ceux-ci. Presque en même temps, des symptômes analogues apparaissaient au bras gauche. Deux mois plus tard, les mouvements étaient généralisés. Depuis cette époque, les mouvements se sont accentués, mais sans subir de modifications dans leur allure générale.

M. Souques a fait remarquer à ce propos que ce malade rappelait un cas publié par M. Chauffard, sous le titre : *Maladie de Friedreich avec attitude athétoïde*<sup>1</sup>. Il s'agissait d'un jeune enfant ayant, avec le pied de Friedreich, des réflexes rotuliens plus ou moins abolis et des mouvements athétosiformes généralisés.

Bien qu'il nous paraisse impossible d'attribuer quant à présent une étiquette nosographique connue aux exemples de ce genre, nous avons tenu à les rappeler, dans l'espoir que des observations ultérieures permettront d'en préciser le diagnostic. En tout état de cause, il importe de ne pas oublier que certaines névroses motrices sont capables de produire des accidents convulsifs revêtant les apparences, — mais les apparences seulement, — de ceux qui sont causés par des affections organiques.

1. *Semaine médicale*, 1893.



## Tics et Chorées.

### A. — CHORÉE DE SYDENHAM.

De toutes les descriptions de la chorée mineure, nul ne saurait égaler celle qu'en a donné le premier Sydenham :

La danse de Saint-Guy, en latin *Chorea Sancti Viti*, est une sorte de convulsion qui arrive principalement aux enfants de l'un et de l'autre sexe, depuis l'âge de dix ans jusqu'à l'âge de la puberté. Elle commence d'abord par une espèce de boitement ou plutôt de faiblesse d'une jambe que le malade traîne comme font les insensés. Ensuite elle attaque le bras du même côté. Ce bras étant appliqué sur la poitrine ou ailleurs, le malade ne saurait le retenir un moment dans la même situation et quelque effort qu'il fasse pour en venir à bout, la distorsion convulsive de cette partie la fait continuellement changer de place.

Avant que le malade puisse porter à sa bouche un verre plein de liquide, il fait mille gestes et mille contours, ne pouvant l'y porter en droite ligne parce que sa main est écartée par la convulsion qui la tourne de côté et d'autre, jusqu'à ce que ses lèvres se trouvant à la portée du verre, il s'abaisse promptement sa boisson et l'avale tout d'un trait. On dirait qu'il ne cherche qu'à faire rire les assistants <sup>1</sup>.

Si l'on s'en tenait à la description de Sydenham, qui est parfaite pour les formes typiques de danse de Saint-Guy, le diagnostic entre les tics et cette affection serait toujours facile à faire.

Mais tous les cas de chorée mineure sont loin d'être absolument calqués sur ce type nosographique; les variantes existent à foison, et dans la pratique on reste souvent indécis en présence de certains « mouvements ner-

1. SYDENHAM, *Oeuvres complètes*, Trad. A.-F. Jault, 1816, t. I, p. 364.



veux » qui tiennent à la fois des gesticulations de la chorée et des réactions convulsives des tics.

De plus, comme l'a fait très justement remarquer M. Oddo <sup>1</sup>, l'exaspération habituelle des tics, précisément à l'âge de prédilection de la chorée, vient encore augmenter les causes de confusion.

La chorée de Sydenham est surtout fréquente entre neuf et treize ans; c'est aussi l'âge où apparaissent les tics.

M. Oddo s'est efforcé cependant de préciser les éléments du diagnostic différentiel entre ces deux affections. On examinera d'abord avec soin la *forme des mouvements*. Dans le mouvement choréique on ne peut reconnaître aucune espèce de coordination; il est indéfinissable, inexplicable; il échappe à toute description. « Le tic 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 » (Oddo).

En outre, dans la chorée, les mouvements se succèdent sans se répéter de façon identique. Le tiqueur, il est vrai, peut être en même temps « abonné » à plusieurs gestes. Mais chacun d'eux est toujours réitéré de la même façon.

Dans la chorée, les mouvements convulsifs sont généralement prédominants d'un côté du corps. Il semble qu'il s'agisse d'un groupement régi par une distribution anatomique. Dans les tics, sans doute, les accidents peuvent aussi être unilatéraux; mais les muscles atteints sont ceux dont la contraction synergique est adaptée à l'exécution

1. Oddo (de Marseille), Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham, *La Presse médicale*, 30 septembre 1899.



d'un geste défini, d'un acte fonctionnel; le groupement est physiologique.

Mouvement du tic et mouvement choréique sont tous deux arythmiques. Mais, comparés l'un à l'autre, il est juste de dire avec M. Oddo, que dans le tic la répétition du mouvement se fait de façon plus régulière que dans la chorée. Cette dernière offre, dans ses allures, une irrégularité extrême, une lenteur relative, une tendance à la continuité dans les gesticulations. Les mouvements des tics sont plus brusques, plus saccadés, plus espacés les uns des autres.

« Leur fréquence sans régularité, leurs caractères de brusquerie et surtout la reproduction indéfinie du même type de mouvements les distinguent plus particulièrement des mouvements choréiques » (J. Noir).

Dans la majorité des cas, les mouvements choréiques ne peuvent être que difficilement refrénés par la volonté. Le tiqueur sait mieux se contenir, quitte à tiquer de plus belle après un certain temps d'immobilité commandée.

Le choréique fait ses mouvements devant le public, le tiqueur les fait dans la coulisse (Oddo).

Dans les deux affections d'ailleurs, mais surtout dans les tics, les contractions musculaires involontaires se renouvellent par accès et s'interrompent pendant le sommeil. Elles se produisent aussi bien au repos que pendant les mouvements; elles ont l'une et l'autre une tendance à la généralisation.

Cependant, les phénomènes obsédants qui s'observent si souvent chez les tiqueurs font défaut chez les choréiques.

Enfin, dans la chorée de Sydenham, on observe assez fréquemment de l'amyosthénie, des troubles de la réflexivité, souvent aussi des douleurs dans la continuité des



membres qui sont le siège des mouvements choréiques et dans leurs articulations.

Le diagnostic entre les tics et la maladie de Sydenham serait donc, en somme, assez facile, si les exemples cliniques se conformaient exactement à la description nosographique. Malheureusement, ici comme ailleurs, les cas types sont l'exception. Et ce qui vient accroître la difficulté, c'est que les choréiques, issus de névropathes et névropathes eux-mêmes, présentent souvent des anomalies psychiques comparables à celles des tiqueurs.

Le diagnostic est nécessairement hésitant lorsqu'on a affaire à des cas où se trouvent intimement mêlés certains caractères qui appartiennent à l'une ou à l'autre des deux affections. Tel est le fait de la *chorée variable*.

M. Brissaud<sup>1</sup> a cependant bien indiqué les traits distinctifs qui permettent de ne pas confondre cette dernière avec la chorée de Sydenham.

Si, comme l'a si fréquemment et si chaleureusement soutenu Charcot, la chorée de Sydenham relève surtout de la prédisposition neuropathique, il n'en est pas moins vrai qu'elle survient le plus souvent à la suite d'un incident toxique ou infectieux. Elle est notablement plus fréquente chez les enfants et chez les adolescents que chez les adultes. Elle a une période d'augmentation, une période d'état, une période de déclin. Les circonstances qui en font varier l'intensité au cours de cette évolution habituelle, ne sont jamais assez puissantes pour la supprimer momentanément, soit du jour au lendemain, soit d'un moment à un autre moment de la même journée.

Une ou plusieurs accalmies passagères suivies d'une ou plusieurs recrudescences, lui confèrent parfois le caractère rémittent. On a même décrit des chorées intermittentes. Il y

1. BRISSAUD, La chorée variable des dégénérés, *Revue Neurologique*, 1896, n° 44.



a cependant loin de là aux atténuations et aux exaspérations si soudaines et si inattendues de la forme de chorée que j'ai en vue. Aucun des attributs pathologiques dont l'énumération précède n'appartient à la chorée variable. Celle-ci a en outre deux caractères qui font défaut à la chorée de Sydenham : le premier consiste dans la multiplicité des formes des mouvements, et le second dans le fait que le malade peut faire cesser momentanément ses mouvements *involontaires* par un effort de *volonté*. Pour toutes ces raisons, l'assimilation des deux types cliniques n'est pas possible et il me paraît certain que, dans la pratique, la confusion de l'un avec l'autre ne sera jamais commise.

Gowers a décrit sous le nom d'« habit spasm », Weir Mitchell sous celui d'« habit chorea », une variété de chorée sur laquelle Sinkler<sup>1</sup> est revenu en 1897. Toutes les observations parues sous ces titres se rattachent très vraisemblablement à la chorée variable de Brissaud. Les auteurs font eux-mêmes la différenciation avec la chorée de Sydenham.

#### B. — CHORÉE CHRONIQUE D'HUNTINGTON.

Il est difficile de confondre les tics avec la chorée chronique d'Huntington, bien qu'à la vérité on retrouve dans cette dernière l'hérédité comme facteur étiologique prépondérant et bien que les troubles de l'état mental y soient constants. Mais ces derniers se traduisent par un affaiblissement lent et progressif de l'intelligence et de la mémoire, qui finalement aboutit à la démence.

C'est surtout avec la chorée variable qu'on pourra confondre la chorée d'Huntington, « chorée majeure » ou encore « chorée chronique. »

« La vraie chorée chronique, dit M. Brissaud, est une

1. SINKLER, Habit chorea, *Americ. journ. of med. science*, mai 1897.



névrose incurable : elle dure toute la vie. Lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet atteint de chorée depuis cinq, dix, vingt ans, le diagnostic n'est vraiment pas malaisé. Forcément il s'agit d'une chorée chronique et jamais d'autre chose. Mais cette chorée a eu un commencement et le problème est précisément de prédire si une chorée qui ne date encore que de quelques semaines ou de quelques mois deviendra une chorée chronique. »

La chorée d'Huntington débute ordinairement à l'époque de la puberté, comme la chorée variable. Rien jusqu'ici ne différencie les deux affections.

La symptomatologie renseigne beaucoup mieux.

Les mouvements involontaires de la chorée chronique, tout comme ceux de la chorée de Sydenham, sont « illogiques », mais ils affectent une certaine coordination d'ensemble, c'est-à-dire que certains groupes musculaires fonctionnellement associés agissent simultanément comme en vue d'un acte à accomplir : le malade a des haussements d'épaule, des pronations avec fermeture énergique de la main, des claquements des doigts, des appels de langue; il déglutit, renifle, fait avec ses lèvres l'aspiration et le bruit du baiser, etc., toutes actions qui impliquent la participation de muscles régis par des groupes nucléaires à connexions préétablies. Cela ne l'empêche pas d'avoir aussi de petites secousses musculaires. Les mouvements ne sont pas limités à une seule moitié du corps. Ils se propagent, tantôt d'un muscle à un autre, tantôt d'une région à une autre; ils ne sont pas rythmés, mais, d'une manière générale, on en compte six ou sept à la seconde. La démarche est, selon les cas, sautillante, dansante, titubante, entrecoupée de chutes ou de brusques saccades des reins. La parole est heurtée, indécise ou monotone; et, de même, l'écriture est incorrecte et déformée, parfois illisible. Fait capital, tous ces mouvements involontaires peuvent être heureusement modifiés, tempérés et comme assagis par des mouvements volontaires en sens inverse. La faculté de vouloir, qui corrige le désordre, est



assurément limitée, mais elle est chez quelques-uns assez développée pour leur permettre encore d'exercer un métier (Brissaud).

On voit par cette description les causes de confusion qui peuvent survenir si l'on ignore l'évolution des désordres moteurs.

L'aggravation constamment progressive de ces derniers, dans la chorée d'Huntington, constitue l'élément le plus important de la différenciation. Les progrès parallèles de la déchéance mentale ne sont pas moins significatifs.

Et pour ce qui est de la chorée variable, c'est précisément la *variabilité* de ses symptômes, les longues périodes d'accalmie, qui, par opposition à l'évolution continue et progressive de la chorée chronique, permettront de faire le diagnostic.

#### C. — CHORÉE HYSTÉRIQUE.

Les accidents décrits sous le nom de *chorée hystérique*, affectent deux formes différentes.

La plus fréquente est la *chorée rythmique*, où les mouvements convulsifs peuvent affecter les membres, la face, le cou, se limitant généralement à un seul côté du corps, ou même à un seul membre. Ces gestes reproduisent, par exemple, les mouvements de la danse (chorée saltatoire), les mouvements de la natation (chorée natatoire), les mouvements professionnels du forgeron (chorée malléatoire). On y reconnaît parfois la reproduction plus ou moins fidèle d'actes voulus, logiques et intentionnels et ces mouvements se reproduisent sous forme d'accès plus ou moins prolongés; mais leur caractère différentiel capital est de se répéter à des intervalles de temps égaux.



Nonne<sup>1</sup> a rapporté sous le nom de « maladie des tics », deux cas de secousses rythmiques, le premier chez un homme de quarante ans, à la suite d'un traumatisme de la tête, le second chez une jeune fille de dix-huit ans, à la suite d'une peur. Dans ces deux cas on n'a relevé aucun stigmate d'hystérie. L'auteur fait remarquer judicieusement que le terme de chorée rythmique employé pour dénommer des cas de ce genre n'est pas heureux. La systématisation et la coordination du mouvement ne rappelle en rien le désordre des troubles moteurs de la chorée de Sydenham. D'autre part le caractère rythmique des accidents convulsifs ne permet pas de les assimiler aux tics.

Dans d'autres cas, l'hystérique est atteint d'une *chorée arythmique*; mouvements involontaires, irréguliers et contradictoires, identiques à ceux de la chorée de Sydenham. Ce groupe renferme des chorées vraies développées chez des hystériques, et des *imitations* de mouvements choréiques par de jeunes hystériques.

Dans tous ces cas, si les caractères distinctifs de l'hystérie apparaissent avec évidence, on n'aura guère à songer aux tics.

Enfin, dans la variété choréiforme de l'*astasié-abasie*, les troubles moteurs se manifestent exclusivement pendant les actes musculaires relatifs à la station debout et à la marche; ils disparaissent complètement au repos.

Le diagnostic entre la chorée variable et la chorée hystérique est souvent impossible, dans certains cas. Témoin cette observation de M. Brissaud.

Il s'agit d'une jeune femme dont la vie a été sans cesse abandonnée à l'imprévu, qui n'a appris aucun métier, qui

1. NONNE, Zwei Falle von « maladie des tics », Ref. dans *Neurol. Centralbl.*, n° 27, p. 327, 1899.



n'a pu vivre en bon accord avec le seul frère, également déséquilibré, qui lui reste, est en butte aux attaques réitérées d'un mal constitutionnel, d'une névropathie complexe où les symptômes de dégénérescence dominant. Elle a été hystérique, elle le sera encore et, par conséquent, elle l'est fondamentalement. Dans le court séjour qu'elle a fait à l'hôpital, l'hystérie était masquée par les troubles moteurs choréiques. Peut-être a-t-elle eu également des crises d'épilepsie? Il est des sujets chez lesquels toutes les manifestations névropathiques se donnent rendez-vous. Mais, au point de vue mental comme au point physique, ce qui caractérisait le cas, c'était l'extraordinaire instabilité des intentions et des actes. La meilleure preuve en a été fournie par le départ précipité de cette malade qui, malgré les attentions spéciales dont elle était entourée, disparut un beau matin de l'hôpital sans qu'on ait jamais su le motif de cette fuite inopinée. D'autre part, aucune autre observation ne saurait réaliser plus complètement le type des désordres musculaires, pour lesquels nous proposons le nom de chorée variable.

Le mot de chorée est exactement celui qui convient, si l'on considère la variété des gesticulations par lesquels se manifestèrent, à plusieurs reprises, les mouvements involontaires. Au premier abord, on supposait n'avoir affaire qu'à une chorée électrique : la suite des événements démontra que la dite chorée était capable de tous les travestissements. Elle offrait, en outre, cette particularité de disparaître et de réparaître, non seulement d'un jour à l'autre, mais encore d'un moment à l'autre — et cela plusieurs fois dans la même journée. Enfin, contrairement aux habitudes de la chorée vulgaire, elle s'était développée insidieusement, en dehors de toute condition infectieuse ou toxique et sans qu'il ait été possible de remonter à la date même approximative de son origine.

Les accidents décrits sous le nom de *chorée gravidique*, ou *chorée des femmes enceintes*, peuvent être rattachés soit à l'hystérie, soit à la chorée de Sydenham. Même mode de début, mêmes gesticulations généralisées ou



relativement localisées. L'agitation est presque toujours très intense comme dans les cas de chorée grave, et les troubles mentaux concomitants ne sont pas rares. L'étiologie donne ici la clef du diagnostic.

D. — CHORÉE ÉLECTRIQUE, CHORÉE DE BERGERON,  
CHORÉE DE DUBINI, CHORÉE FIBRILLAIRE DE MORVAN.

Enfin, nous rappellerons pour mémoire les formes encore mal différenciées qui portent les noms de *chorée électrique d'Hénoch-Bergeron*, *chorée de Dubini*.

La *chorée de Bergeron* atteint surtout les enfants; elle débute brusquement et atteint d'emblée son maximum d'intensité. Elle se traduit par des secousses brusques, rapides, qui semblent être l'effet d'une décharge électrique répétée d'une façon rythmique, à intervalles rapprochés ou à plusieurs minutes de distance. Ces secousses, malgré leur intensité, n'empêchent pas les mouvements volontaires. Mais elles paraissent s'exagérer, pour peu que le petit malade cherche à les empêcher. Elles disparaissent d'ailleurs complètement pendant le sommeil. On observe parfois un certain rythme dans leur répétition. Elles peuvent être localisées à la tête et aux membres; le plus souvent elles sont généralisées.

Pour beaucoup d'auteurs, la chorée de Bergeron est sous la dépendance d'un trouble gastrique. L'évolution de l'affection est en général rapide et se termine toujours par la guérison, qui parfois a succédé rapidement à l'absorption d'un vomitif. Aussi a-t-on cru que la maladie était sous la dépendance d'un trouble gastrique. L'émétique paraît avoir, dans quelques cas, agi simplement par suggestion.

Selon M. Pitres, la chorée de Bergeron, l'électrolepsie



de Tordeus, ne seraient le plus souvent que des manifestations de l'hystérie infantile <sup>1</sup>.

M. J. Noir est d'avis que de nombreux intermédiaires rattachent au tic la chorée électrique de Bergeron. M. Ricklin l'assimile même au tic. Des observations ultérieures sont nécessaires pour élucider cette question.

Quant à la *chorée de Dubini*, son début, le plus souvent brusque, s'annonce par des douleurs contusives, intenses, presque continues, occupant la tête, la nuque et quelquefois les lombes, et qui s'accompagnent bientôt de secousses électriques, d'abord localisées à un segment de membre, puis bientôt généralisées. On observe en outre de grandes attaques convulsives, sans perte de connaissance, entraînant de véritables parésies des membres; les accès deviennent subintrants. L'affection évolue en quelques jours ou quelques mois; elle aboutit à la mort dans 90 p. 100 des cas. A aucun titre, elle ne saurait être confondue avec les tics.

De la soi-disant *chorée molle*, qui s'accompagne de phénomènes paralytiques, nous n'avons pas à nous occuper.

Nous laisserons également de côté la *chorée fibrillaire de Morvan*. Maladie de l'adolescence, caractérisée par des *contractions fibrillaires* apparaissant tout d'abord dans les muscles des mollets et de la partie supérieure des cuisses, pouvant ensuite s'étendre aux muscles du tronc, et même à l'un des membres supérieurs, mais respectant toujours les muscles du cou et de la face, et cessant à l'occasion des mouvements volontaires, la chorée fibrillaire ne serait qu'une variété du paramyoclonus de Friedreich.

1. *Leçons sur l'hystérie*, 1891.



**Tic et Paramyoclonus multiplex.****Tics et Myoclonies.**

Nous n'entreprendrons pas de chercher à établir le diagnostic entre les tics et les différentes affections réunies sous le nom de *myoclonies*. Et cela pour deux raisons :

D'abord, il ne nous semble pas que les accidents appelés « myoclonies » puissent être considérés comme représentant un groupe clinique ou nosographique distinct. Le terme de myoclonie ne paraît guère aujourd'hui qu'une abréviation de *convulsion musculaire clonique*. Il peut être employé, et il l'est réellement, pour désigner un *symptôme*, mais non un syndrome clinique.

En second lieu, les tics eux-mêmes ayant été englobés dans les myoclonies, il faudrait passer en revue toutes les observations publiées sous ce titre, pour en extraire celles qui appartiennent vraiment aux tics, tels que nous les avons compris. Ce travail de ségrégation critique que nous avons dû faire pour notre propre édification ne ferait qu'allonger inutilement cette étude.

Nous nous contenterons de signaler très brièvement quelques cas récents décrits sous le nom de myoclonies ou sous des vocables similaires, en attendant que des constatations ultérieures puissent permettre d'apporter quelque clarté dans cet amas de faits étrangement confus.

Parmi les myoclonies, une affection semble présenter une certaine individualité clinique. C'est celle qui fut décrite par Friedreich sous le nom de *paramyoclonus multiplex*.



Ce trouble moteur qui survient chez des sujets dont l'hérédité névropathique n'est pas douteuse, se manifesterait brusquement à la suite de causes psychiques déprimantes : émotions, frayeurs, etc.

Il est caractérisé par des contractions musculaires cloniques, apparaissant d'abord dans les muscles des membres inférieurs, se généralisant ensuite, en respectant généralement la face. Les contractions se montrent dans un ou plusieurs muscles, qui se relâchent presque aussitôt. Elles surviennent sans cause appréciable, sont instantanées et involontaires, le plus souvent bilatérales, mais surtout inégales, irrégulières et arythmiques. Elles provoquent ou ne provoquent pas de déplacement des membres; en tout cas, elles ne réalisent ni un geste, ni même une gesticulation. Quelquefois la volonté peut avoir sur elles une influence modératrice transitoire. L'émotion, l'impression du froid les exagèrent. Le sommeil les fait généralement disparaître.

Cette description qui est celle des cas typiques ne donne prise, on le voit, à aucune confusion avec les tics. Mais il s'en faut que tous les exemples répondent à ce schéma.

Une observation publiée en 1892 par M. Lemoine<sup>1</sup> a fait connaître un cas où les mouvements du paramyoclonus multiplex furent accompagnés de troubles psychiques et d'écholalie.

Le professeur Raymond parle d'une dame qui réalise un exemple typique de paramyoclonus multiplex et qui a eu auparavant des tics de la face.

M. Raymond cite aussi un exemple d'association du paramyoclonus multiplex à des mouvements choréiques et

1. LEMOINE, Note sur un cas de paramyoclonus multiplex suivi de troubles psychiques et d'écholalie, *Revue de méd.*, nov. 1892.



au tremblement vulgaire, chez un sujet qui présente les stigmates avérés de la dégénérescence physique et mentale.

Voilà donc la chorée, le tremblement, unis au paramyoclonus multiplex, avec les tics.

D'Allocco<sup>1</sup> a publié une étude portant sur 24 observations personnelles de différentes formes de myoclonie; 19 cas sont familiaux. La myoclonie s'y trouve le plus souvent associée à des stigmates de dégénérescence, à l'épilepsie, à l'hystérie.

Hermann<sup>2</sup> décrit le paramyoclonus multiplex dans un cas de paralysie générale observée cliniquement et anatomiquement chez un homme de vingt-six ans; on notait des secousses myocloniques, brusques et irrégulières, dans les muscles sterno-mastoïdiens, droits abdominaux, adducteurs, et dans quelques tendons des doigts et des orteils, d'abord du côté droit, puis de l'autre côté; et de chaque côté, d'abord au membre inférieur, puis au membre supérieur avec intégrité de la face.

Aussi Jancowicz dit-il que le diagnostic n'est possible que dans les cas types et que le paramyoclonus est un syndrome commun à beaucoup d'affections.

Et Ferruccio Schupfer déclare avec raison que, parmi les cas qui ont été publiés sous le titre de paramyoclonus multiplex, il en est qui appartiennent à la chorée, à la maladie des tics convulsifs, à l'hystérie, aux spasmes rythmiques; d'autres dépendaient des lésions organiques de l'axe cérébro-spinal (lésions rolandiques, atrophie musculaire spinale, poliomyélite chronique, syringo-

1. D'ALLOCCO, Quelques cas de myoclonie, pour la plupart familiaux, *Riforma medica*, vol. I, 1897, nos 49, 20, 21.

2. HERMANN, Myoclonische Zuckungen bei progressiver paralyse, *Neurol. Centralbl.*, 1<sup>er</sup> juin 1901.



myélie). D'autres relèvent de psychoses, d'autres encore d'infections (malaria, diphtérie, fièvre typhoïde) ou d'intoxications (urémie, hydrargyrisme, saturnisme). Un petit nombre de faits seulement n'appartiennent pas aux maladies qui viennent d'être énumérées. Mais comme ces cas n'ont ni une étiologie ni une symptomatologie uniforme, Schupfer doute qu'il soit juste de les réunir sous le nom de paramyoclonus multiplex.

Schultze<sup>1</sup> a proposé de donner le nom de *monoclonie* au tic convulsif et il distingue à côté des *monoclonies*, les *polyclonies* et les *paraclonies*. Parmi ces dernières, il faudrait ranger le paramyoclonus de Friedreich, lequel se distinguerait surtout de la monoclonie par ce fait que l'affection est généralement unilatérale et que les mouvements nerveux s'atténuent à l'occasion des actes musculaires volontaires; le contraire aurait lieu dans le tic ou monoclonie. Il existe d'ailleurs des formes mixtes et Schultze en décrit lui-même un cas où les secousses cloniques sont bilatérales et exagérées par des mouvements volontaires.

Heldenberg<sup>2</sup>, a décrit sous le nom de *myoclonus fonctionnel intermittent*, des secousses survenant de temps en temps dans les muscles antagonistes, à l'occasion des mouvements volontaires. Ces mouvements sont exagérés par l'émotion, atténués par le repos, à peine modifiés par la volonté. Ils s'accompagnent de phénomènes vasomoteurs très développés.

Ces faits se rapprocheraient de la *myokimie* de Kny et Schultze, caractérisée par des secousses fibrillaires, des

1. SCHULTZE, Ueber chorea, poly und monoklonie, *Neurolog. Centralblatt*, n° 23, 1897.

2. *Semaine médicale*, 7 juin 1899.



douleurs, de l'hyperhydrose et des modifications électriques.

Enfin, sous le nom de *myospasmia spinalis*, Hajos<sup>1</sup> a décrit un cas où le paramyoclonus de Friedreich lui semble allié à la maladie de Thomsen.

Avec la variété de tic où la convulsion affecte la forme tonique, on ne confondra certainement pas la myotonie ou *maladie de Thomsen*.

Cette dernière est caractérisée par ce fait qu'à la suite d'une contraction forte, le relâchement du muscle se fait plus lentement que dans la normale. L'affection est tantôt congénitale, tantôt acquise. Dans le premier cas on la regarde comme dépendant d'une altération du système nerveux ou du tissu musculaire; dans le second, Bechterew admet qu'il s'agit d'un trouble des échanges organiques dans le tissu musculaire, comme permet de le supposer l'examen des urines<sup>2</sup>.

Quelle que soit la nature de cette affection, elle ne semble pas pouvoir être confondue avec les tics.

Ces seuls exemples, que l'on pourrait aisément multiplier, tant les observations de ce genre, diversement étiquetées, sont nombreuses dans la littérature médicale actuelle, suffiront à montrer quel indescriptible protégée représente les myoclonies.

Si de ce chaos de désordres moteurs nous pouvons espérer que les tics soient extraits, il restera encore à accomplir une œuvre de sélection considérable.

1. HAJOS, Ein Fall von myospasmia spinalis, *Ungar med. presse*, n° 34, 1898.

2. BECHTEREW, Myotonie eine Krankheit des Stoffwechsels, *Neurolog. Centralbl.*, n° 3, p. 98, 1900.



### Tic et Athétose.

Les mouvements athétosiques qui accompagnent les hémiplésies ou leur font suite, ne peuvent guère être confondus avec les tics. Mais l'*athétose double* est, dans certains cas, très difficile à différencier, surtout si l'on envisage son diagnostic avec la chorée variable.

Tous les auteurs ont insisté sur ce fait que les mouvements athétosiques de la face reproduisaient une foule d'expressions mimiques : le rire, le pleurer, l'admiration, l'étonnement, etc. On peut en dire autant de beaucoup de grimaces choréiques ; ces dernières ont cependant plus de brusquerie, elles sont moins fondues les unes avec les autres. S'il n'y a pas, dans la chorée variable en particulier, les temps d'arrêts, souvent assez longs, qui séparent entre elles les grimaces tiqueuses, du moins les mouvements du visage ne se suivent-ils pas d'une façon ininterrompue comme dans l'athétose.

Les gesticulations des membres sont encore plus faciles à distinguer dans cette dernière par leur caractère serpigneux, leur outrance et les déformations qu'elles entraînent, principalement dans le sens de l'extension forcée.

On constate enfin assez fréquemment dans l'athétose double, une rigidité musculaire spéciale, et de l'exagération des réflexes. Enfin les troubles psychiques atteignent rapidement un degré très accentué.

Or, c'est précisément chez des sujets dont la déchéance mentale est déjà grande, qu'on a décrit des « mouvements nerveux » qui rappellent beaucoup ceux de l'athétose, sans qu'on puisse cependant affirmer qu'il s'agisse réellement d'athétose double. Aussi a-t-on parlé d'une *pseudo-athétose*.



M. J. Noir en a rapporté plusieurs exemples; ceux-ci entre autres, qui montreront les difficultés du diagnostic :

Chab... Elisa, onze ans. La face est grimaçante, la langue est parfois projetée hors de la bouche, mais n'est jamais mordue. La tête est animée de mouvements réguliers arythmiques de flexion, d'extension, de rotation à droite et à gauche. Les membres supérieurs sont le siège de mouvements convulsifs légers au niveau des bras et des avant-bras. Les mains fléchies à l'état normal sur les avant-bras, présentent de légers mouvements athétosiques. La marche est défectueuse : Chab... avance en jetant les pieds en dehors sans fléchir les genoux... Un an plus tard, elle pousse un son guttural : « Euh! euh! ah! » qui ajoute à l'expression niaise de son rictus. Les muscles de l'œil ne sont animés d'aucune contraction anormale. Les lèvres sont presque constamment écartées. La langue et le voile du palais ne sont pas déviés. Une inspiration, analogue au hoquet, accompagne parfois le rire. Chab... peut en obéissant à un ordre, mettre ses doigts dans la rectitude parfaite, mais il est facile de se rendre compte de l'effort qu'elle fait pour cela, car elle change de physionomie; ordinairement souriante, elle devient sérieuse et paraît alors prêter une grande attention. Elle accomplit tous les actes de la vie ordinaire, pas avec une très grande habileté, mais très suffisamment. Elle coupe avec un couteau ses aliments, se sert de la fourchette et de la cuiller; elle s'habille, se boutonne, habille même ses petites camarades. Elle peut enfiler une aiguille et coudre. Elle marche en traînant les jambes, mais on parvient facilement à les lui faire élever en marchant; néanmoins elle fauche légèrement de la jambe droite et paraît la remuer plus difficilement que la gauche.

Graf... Jeanne, onze ans, abaisse et élève les commissures labiales, fronce les sourcils, élève brusquement les ailes du nez. Elle offre en outre des mouvements pseudo-athétosiques des doigts, absolument dépendants de sa volonté : ils disparaissent dès qu'on attire son attention. Ces mouvements con-



sistent en contorsions lentes des doigts, les mains étant élevées. Parfois elle fait passer ses doigts les uns sur les autres en les regardant avec une apparente satisfaction.

Pour beaucoup d'exemples analogues, on peut se demander si pseudo-athétose et chorée variable ne représentent pas une seule et même affection.

On a d'ailleurs signalé toutes sortes de combinaisons entre les mouvements athétosiques et les accidents myotoniques (Kaiser)<sup>1</sup>. Jusqu'à plus ample informé, ces troubles moteurs ne peuvent être classés.

M. Marina<sup>2</sup> a rapporté tout récemment l'observation suivante :

Un forgeron de dix-sept ans, déjà traité trois fois pour des récidives de chorée, présentait des contractions lentes des muscles de l'épaule, on voyait un mouvement de l'épaule vers le haut; puis, entraient en jeu les rotateurs en dedans, ensuite les rotateurs en dehors. Les contractions étaient toujours lentes. Elles s'accompagnaient de mouvements de la tête du membre supérieur, et de contractions du quadriceps fémoral.

Les mouvements de l'épaule et du bras alternaient sans discontinuité, ne cessaient que pendant le sommeil; la volonté était sans action sur eux.

L'excitabilité faradique des muscles de l'épaule était augmentée, l'excitabilité galvanique diminuée. Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes tendineux exagérés aux quatre membres et également des deux côtés.

Ces accidents auraient guéri en trois semaines par l'emploi de courants continus appliqués sur la tête et le long de la colonne vertébrale.

M. Marina propose de donner le nom de *myospasie athétosique* à des contorsions déterminées par les contrac-

1. KAISER, *Neurog. Centralbl.*, n° 15, 1897.

2. MARINA, Des myospasies en général et de la myospasie athétosique en particulier, *Policlinico*, 1902.



tions lentes, incessantes et alternatives. Il donne au contraire le nom de *myospasie impulsive* aux mouvements convulsifs de plusieurs groupes musculaires, qui, malgré une intensité minime, sont irrésistibles et peuvent simuler des actes volontaires, tendant à un but, comme on l'observe dans la maladie des tics et la chorée majeure. Enfin, il donne le nom de *myospasie simple* au mouvement convulsif qui se produit dans un seul muscle et qui rappelle la contraction que produit l'excitation électrique. Lorsque plusieurs muscles entrent en jeu, on a affaire aux *myospasies multiples ou paramyoclonies*.

Ces deux dernières dénominations semblent correspondre respectivement au *spasme* et au *paramyoclonus multiplex*.

### Tics et Tremblements.

Les *tremblements*, qu'ils se produisent au repos ou dans le mouvement, ou pendant ces deux états, — paralysie agitante, sclérose en plaques, tremblement toxique, tremblement essentiel, tremblement sénile, tremblement de la maladie de Basedow, tremblement hystérique, etc., etc., — se distinguent par le peu d'amplitude des déplacements; *leur rythme est régulier*, généralement rapide. On ne les confondra donc jamais avec les tics.

On n'oubliera pas cependant que le tremblement apparaît quelquefois associé à des mouvements choréiformes ou athétosiformes, chez des sujets qui présentent soit des stigmates psychiques, soit des accidents épileptiques<sup>1</sup>.

1. Voir un cas de LABBÉ, *Presse méd.*, 1897, p. 485, et plusieurs intéressantes observations de MILLS, *Journal of nervous and mental disease*, n° 8, p. 504, 1897.



On connaît d'autre part le *tremblement hystérique* et le *tremblement héréditaire* que MM. Achard et Soupault ont proposé de réunir avec le tremblement sénile, sous le nom de *névrose trémulante*<sup>1</sup>.

Bien que ces troubles moteurs soient faciles à distinguer des tics, il n'est pas sans intérêt de signaler en passant les liens de parenté morbide qui peuvent exister entre eux. Dans un cas de M. Van Gehuchten, un tremblement intentionnel du bras droit coexistait avec un tic du sterno-cléido-mastoïdien du même côté.

Enfin, M. Letulle distingue le tic du *tressaillement*, secousse brusque de tout le corps. M. Noir croit que le tressaillement peut être quelquefois considéré comme un véritable tic. Nous pensons qu'il s'agit généralement d'un réflexe généralisé.

### Tics et Crampes professionnelles.

Nous avons déjà signalé plusieurs fois, au cours de cette étude, les caractères différentiels des tics et des accidents appelés « crampes, spasmes ou névroses professionnels ». Ces derniers se produisent à l'occasion de la mise en jeu de la fonction ou de la profession, et uniquement en cette occasion.

Écrivains, pianistes, violonistes, flûtistes, couturiers, télégraphistes, horlogers, trayeurs de vaches, équarrisseurs, forgerons, cordonniers, tailleurs, danseuses, brodeuses à la machine, barbiers, tailleurs de diamants, etc., etc., peuvent être atteints de « crampes professionnelles ».

1. ACHARD et SOUPAULT, Tremblement héréditaire et tremblement sénile, *Gazette hebdomadaire*, 22 avril 1897, p. 373.



Dans tous les cas, le trouble moteur se traduit par une impossibilité d'exécuter le geste professionnel, et celui-là seulement.

M. Grasset a proposé de distinguer aussi des « spasmes post-professionnels » survenant « en dehors de l'exercice de la profession et la reproduisant à contre-temps ».

« Dans le spasme intra-professionnel, dit-il, on *ne peut plus* faire le mouvement professionnel voulu; dans le spasme post-professionnel, on fait *trop* le même mouvement professionnel non voulu. » Le « spasme post-professionnel » est proprement un tic.

Nous avons vu comment une profession, par la répétition d'un acte toujours le même, pouvait jouer un rôle dans la localisation et la forme d'un tic. Nous avons vu également que, s'il était toujours aisé de distinguer un tic d'une « crampe professionnelle », ces deux sortes d'accidents présentaient entre eux d'étroites affinités; en particulier, on se rappellera que, dans l'un ou dans l'autre cas, les malades présentent toujours un certain déséquilibre mental. Ces troubles moteurs peuvent d'ailleurs coexister. Duchenne (de Boulogne), M. de Quervain, M. Destarac en ont signalé des exemples.

L'observation de notre malade L..., montre la succession chez le même sujet d'une hémichorée variable, d'une crampe des écrivains et d'un torticolis mental.

Chez L... survinrent, à l'âge de huit ans, des mouvements choréiformes du bras droit qui rendirent bientôt l'écriture impossible. Ces troubles moteurs se sont accentués pendant les années suivantes. On pouvait s'attendre à observer ici des troubles considérables de l'écriture. Celle-ci cependant est à peine déformée. En effet, si on prie la malade d'écrire quelques mots, elle trace presque correctement les lettres; mais après chaque lettre, elle lève sa plume pour laisser à ses



doigts le loisir d'accomplir un mouvement saccadé; puis elle replace sa plume sur le papier pour écrire régulièrement la lettre suivante.

Ce n'est donc pas la véritable « crampe des écrivains ». Mais, lorsque vers l'âge de quatorze ans, L..., ne pouvant plus écrire de la main droite, eut appris à écrire de la main gauche, elle eut bientôt dans cette main *gauche* une véritable crampe des écrivains.

Dès qu'elle commençait à écrire, elle serrait son porte-plume de plus en plus fort, tous ses doigts devenaient raides; le poignet ne pouvait plus se déplacer; l'arrêt était l'effet de contractions musculaires excessives et prolongées, sans douleur.

L... écrivit alors au crayon. D'abord ce procédé eut un succès complet. Puis la même crampe se reproduisit de nouveau. L... renonça bientôt à écrire de la main gauche. Vinrent les vacances, de fort longues vacances, pendant lesquelles l'écriture fut à peu près complètement délaissée. Deux ou trois années plus tard, L... éprouvait encore de la raideur lorsqu'elle tentait d'écrire de la main gauche. Aujourd'hui il ne reste plus trace de cette crampe.



## Pronostic.

Le pronostic d'un tic dépend uniquement de l'état mental du sujet qui en est atteint. Après ce que nous avons dit du rôle des troubles psychiques dans la genèse des tics, on comprendra qu'il n'en puisse pas être autrement. Le degré d'imperfection de la volonté détermine la durée, l'intensité, la ténacité d'un tic. Qui peut *vouloir* peut *guérir*. Peu importe la forme du tic, sa localisation, son étendue ; qu'il s'agisse d'un simple tic de nictitation ou de la maladie de Gilles de la Tourette, si la volonté est capable de lutter assez longtemps et assez énergiquement, le tic est condamné à mort. Et certainement, on a vu des tics disparaître pour toujours. Mais c'est l'infime minorité. Abandonné à lui-même, le tiqueur ne guérira qu'exceptionnellement.

*Quoad vitam*, le pronostic des tics est bénin : On ne meurt pas d'un tic.

Cependant, « que le tableau morbide soit ou non complet, dit M. Gilles de la Tourette, le pronostic n'en reste pas moins toujours le même. Une fois installés, les tics ne disparaissent plus, ils se modifient, changent d'allure, évoluent sous forme de paroxysmes dont la durée et l'intensité sont variables, mais dans l'intervalle de ceux-ci, il persiste toujours des tics plus ou moins atténués qui



permettront à l'observateur exercé de reconnaître la maladie. La guérison complète n'est donc pas à espérer : on peut par un traitement approprié calmer ces paroxysmes, réduire l'intensité et la fréquence des tics, faire que le sujet en souffre au minimum et les supporte sans trop d'inconvénients, mais il ne saurait être question d'annihiler complètement cet état morbide devenu, pour ainsi dire, fonction de l'individu, puisqu'il est né de son état mental constitutionnel. »

Ainsi, selon M. Gilles de la Tourette, le tic abandonné à lui-même ne guérit pas.

Cette formule est applicable en effet à la maladie des tics telle que l'a décrite M. Gilles de la Tourette. Mais il n'en est pas de même de tous les tics. Le tic, régulièrement traité, peut être amélioré, et même guéri.

Ceux qu'on voit survenir chez les enfants ne suivent pas nécessairement une évolution progressive. Ils n'ont parfois qu'une durée éphémère, quelques jours, quelques mois, quelques années même; puis, ils disparaissent et peuvent ne reparaitre jamais.

On s'explique d'ailleurs qu'il en soit ainsi dans certains cas. L'évolution psychique, comme l'évolution physique, est soumise à des variations singulières. Tel enfant grandit rapidement de sept à quinze ans pour acquérir en ce court laps de temps sa taille et sa corpulence définitives; tel autre demeure au-dessous de la moyenne jusqu'à la puberté, puis soudain, en un an ou deux, fait une brusque poussée de croissance qui le transforme en adulte. Certains dépassent l'adolescence sans que les caractères sexuels subissent leur développement ordinaire; ils ne deviennent que tardivement aptes à la reproduction. D'autres au contraire se montrent prématurément sexués.

Pareillement, les fonctions psychiques subissent fré-



quemment des arrêts ou des retards. L'intelligence, la volonté se manifestent ou très tôt ou très tard. Pour ne parler que de cette dernière, dont le rôle est capital dans les manifestations tiqueuses, rien n'est plus variable que son évolution. On voit de jeunes sujets, qui, dès la seconde enfance, se montrent attentifs, énergiques et persévérants. On en trouve, par contre, qui, même sur le tard, conservent la débilité et la versatilité des jeunes enfants.

Aussi, lorsqu'un tic apparaît de bonne heure, est-on toujours en droit d'espérer qu'il guérira, car si son apparition témoigne certainement d'une faiblesse du pouvoir volontaire, rien ne permet d'affirmer que la volonté ne se perfectionnera pas. Il faut y compter, et surtout il faut seconder par tous les moyens possibles ce perfectionnement. Trop d'exemples viennent confirmer le succès de semblables efforts pour que l'oubli de cette intervention ne soit pas gravement condamnable.

Jamais nous ne nous lasserons de le répéter : les tics de l'enfance sont souvent curables. S'il est vrai qu'ils puissent disparaître spontanément, c'est un devoir impérieux pour les parents de ne pas compter sur les seuls effets de l'âge. Ils doivent surveiller attentivement l'apparition des moindres grimaces, des moindres mouvements nerveux ; ils doivent songer à étouffer ces embryons de tics, et ils peuvent y parvenir, s'ils se montrent suffisamment attentifs et persévérants.

On apprend bien aux enfants les plus rétifs les règles de la bonne tenue et de la bienséance. Cette éducation, infiniment délicate et longue, est une discipline imposée à leur volonté, pour laquelle les familles se montrent souvent intransigeantes à l'excès. Par contre, on néglige aisément la correction d'un mouvement intempestif, sous



prétexte qu'il est simplement bizarre et non pas malséant. Grave oubli, négligence coupable qui peut avoir pour l'avenir des conséquences cent fois plus redoutables.

Tenir mal sa fourchette ou son couteau, mettre les coudes sur la table, ou même les doigts dans son nez, ce sont là assurément des habitudes détestables pour un enfant; mais combien plus graves sont celles de mordre incessamment ses lèvres, de hocher la tête exagérément, de cligner des yeux sans mesure! Les premières ne sont que des fautes contre la bienséance; les secondes sont des graines de tics qui peuvent devenir de véritables infirmités. Elles méritent donc une surveillance plus sévère et, patiemment corrigées, elles guériront souvent.

Quoiqu'il en soit, on peut dire d'une façon générale que moins le sujet est âgé et moins le tic lui-même est ancien, plus le sujet a de chances de guérir spontanément.

Quant aux tics localisés ou généralisés qui durent depuis longtemps, il est exceptionnel qu'ils guérissent tout seuls.

Chez les adultes, le tic peut également guérir, bien moins souvent il est vrai que chez les enfants. Oppenheim rapporte l'histoire d'une dame atteinte depuis douze ans d'un tic facial très accentué, ayant résisté à toutes les médications, qui guérit à l'occasion d'un événement familial heureux dont elle avait éprouvé une grande joie. Reste à savoir si, par la suite, ce tic n'a pas reparu; car, dans bien des cas, on a donné le nom de guérison à des rémissions plus ou moins longues.

Mme T..., atteinte depuis un an d'un torticolis mental persistant, vit soudain tous ses accidents disparaître au moment du mariage de son fils. Pendant trois jours, elle se crut définitivement guérie; mais bientôt le torticolis reparut comme devant.



Il faut donc n'accepter qu'avec réserves les guérisons dont la prolongation n'a pas été longuement contrôlée.

M. Brissaud a cité un cas bien intéressant de ces guérisons temporaires. Un malade « atteint d'un torticolis mental qui durait depuis trois ans, apprend que son fils blessé vient d'entrer à l'hôpital et va subir une opération chirurgicale : le voilà instantanément guéri ; mais, quelques jours après, le chirurgien l'ayant rassuré sur l'état de l'enfant et lui ayant annoncé que la convalescence ne se ferait pas longtemps attendre, le torticolis reparut de plus belle »<sup>1</sup>. De pareilles guérisons temporaires s'observent dans toutes les variétés de tic.

Sans doute, un tiqueur *endurci* peut être débarrassé d'un tic. Mais il reste tiqueur en puissance. Il est à la merci de quelque nouveau tic.

M. Cruchet, dans sa thèse, a rapporté l'intéressante observation d'un jeune homme de dix-huit ans qui, dans l'espace de deux ans, eut successivement des mouvements convulsifs de dénégation, un tic de la face avec clignotement des yeux, un baillement brusque, des secousses dans une épaule. Chacune de ces formes a disparu au bout de quelque temps, avec ou sans traitement, sans laisser de traces, quelquefois instantanément.

Dans les cas de ce genre, un nouveau tic est toujours imminent. Tous les auteurs ont signalé la facilité avec laquelle un tic peut disparaître pour être remplacé pour un autre tic.

Nous avons vu souvent, au cours du traitement, des rechutes ou des ébauches de rechutes dans lesquelles se manifestait soudain un tic différent de celui qui tendait à s'amender ou qui avait même déjà disparu.

1. BRISSAUD, *Contre le traitement chirurgical*, etc.



Mais si le tic abandonné à lui-même menace de s'éterniser, nous croyons au contraire que, soumis à un traitement régulier, il a plus d'une chance de disparaître.

Toutes réserves faites pour les formes anciennes et invétérées, pour celles en particulier qui s'accompagnent de désordres mentaux graves, nous pensons que, si les tiqueurs, les jeunes tiqueurs surtout, sont soumis pendant un temps suffisant à un traitement approprié, le pronostic est beaucoup plus favorable. M. Oddo qui, précédemment, ne semblait pas admettre la guérison des tics, est revenu depuis peu sur cette opinion et il fait observer qu'elle ne s'applique en réalité qu'aux cas graves de la maladie de Gilles de la Tourette.

Nous n'avons pas à examiner ici le pronostic de l'état mental des tiqueurs. Il dépend nécessairement de la nature des troubles psychiques que présentent les sujets. La psychiatrie a depuis longtemps envisagé ce problème.

Mais on a pu se demander si les tics avaient par eux-mêmes une signification pronostique particulière.

Dans la maladie de Gilles de la Tourette l'évolution progressive des désordres moteurs peut faire prévoir une aggravation également progressive des désordres mentaux qui aboutit parfois à la démence. Cependant, il serait excessif de conclure, en présence de tics persistants, à l'aggravation fatale des troubles psychiques.

Chez les sujets atteints de torticollis mental, « méfiez-vous, dit M. Brissaud, de quelque chose de bien plus redoutable que le phénomène en soi. Ces accidents appartiennent en effet parfois à la période prodromique de la paralysie générale progressive... » L'observation de M. Séglas concernant un tic aérophagique au début d'une



paralysie générale, confirme cette manière de voir. L'un de nous en a observé également un exemple.

M. Dufour a récemment insisté sur ce fait, qu'un syndrome musculaire constitué par les mouvements automatiques des tics, se montrant chez un délirant, implique un pronostic sévère et le passage à l'état chronique. Morel avait déjà dit que les aliénés qui contractent des tics de ce genre étaient menacés de démence. Il est à remarquer en effet que la déchéance cérébrale de ces malades les rapproche à certains égards des idiots. Chez ceux-ci, de nombreux auteurs, depuis Forestier jusqu'à Bourneville et ses élèves, ont remarqué que les mouvements automatiques et rythmés étaient en relation avec le degré de faiblesse intellectuelle.

M. Joffroy a fait, à ce propos, d'intéressantes remarques :

Parfois, dit-il, il y a, non seulement coexistence, mais parallélisme entre les deux ordres de troubles moteurs et psychiques.

Dans ce moment même, j'observe une jeune femme qui présente des troubles psychiques avec accès d'agitation, délire, hallucinations, et chez laquelle j'ai pu voir se développer, au cours de sa psychose, un tic très accusé portant principalement sur les muscles de la face, des lèvres et de la langue, avec prédominance à droite, et chaque fois que le tic devient plus violent, il se produit une émission brusque de syllabes informes, mais toujours identiques : voilà pour la coexistence des troubles moteurs et des troubles psychiques. Or, depuis près de deux mois, il se produit quotidiennement, et surtout le soir, de véritables crises pendant lesquelles on observe une aggravation considérable de l'état psychique, et en même temps le tic s'exagère et l'émission des bruits laryngés et des syllabes informes devient incessante : voilà pour le parallélisme des deux ordres de symptômes.



Quant au pronostic, je le formulerai d'une manière un peu moins sévère que ne l'a fait M. Dufour et que ne le font du reste la plupart des aliénistes. Sans doute, on peut dire qu'en thèse générale, la coexistence des troubles moteurs avec les troubles psychiques aggrave plutôt le pronostic, et en particulier la catatonie au cours de certaines psychoses, mais cette aggravation ne va pas jusqu'à entraîner l'incurabilité. Et, à ce propos, je citerai l'observation d'une jeune fille paraissant atteinte de démence précoce, chez laquelle pendant plusieurs mois on observa la catatonie au plus haut degré et qui guérit complètement quelques mois plus tard, malgré l'intensité de la catatonie et en dépit du pronostic porté par tous ceux qui avaient examiné la malade <sup>1</sup>.

Pour notre part, nous pensons que les réactions motrices qui constituent les tics n'ont qu'une valeur pronostique relative. L'examen de l'état mental au contraire est capable de donner des indications très importantes sur l'évolution ultérieure de la maladie.

1. DUFOUR, A propos des tics et troubles moteurs chez les délirants chroniques. Du syndrome musculaire comme signe pronostic. *Soc. de Neurol. de Paris*, 7 nov. 1901.



## Traitement des Tics.

### La Curabilité des Tics.

Les tics, qui passent généralement pour des accidents sans grand intérêt médical, sans gravité pour ceux qui en sont atteints, jouissent par surcroît de la réputation d'être rebelles à tous les modes de traitement.

Les tics ne méritent pas d'être jugés de façon si légère, ni si sévère.

Ce sont, à la vérité, des accidents peu graves, en ce sens qu'ils ne compromettent pas la vie; mais souvent, ils la rendent intolérable, au même titre que les pires maladies. Il ne faut donc pas se désintéresser de leur traitement. Il ne faut surtout pas les regarder *à priori* comme incurables : les tics doivent être soignés; ils peuvent presque toujours être améliorés, voire même guéris.

La réputation d'incurabilité des tics est déjà vieille, cependant tous les cliniciens n'ont pas abandonné les tiqueurs à leur triste sort. Plusieurs même ont entrevu depuis longtemps le principe des méthodes thérapeutiques capables de les amender.

Dans le *Dictionnaire en 60 volumes*<sup>1</sup>, qui date de 1821, on trouve une définition des tics, de forme peut-être

1. Le *Dictionnaire en 30 volumes* (1844) ne décrit pas le tic non douloureux; au mot Tic il renvoie à l'article NÉURALGIE DE LA FACE.



surannée, mais qui donne de la maladie une bonne idée générale, et qui, en outre, permet d'entrevoir la possibilité de son traitement :

« Le plus habituellement on désigne sous le nom de *tic* des habitudes contre nature dans le mouvement des parties, des attitudes bizarres, des gestes singuliers, une manière vicieuse de parler, etc., etc., dont la rectification exige souvent beaucoup de soins et demande une persévérance qui ne suffit pas même toujours pour obtenir la guérison. » Notons ici déjà ce mot de « rectification » employé à propos de la thérapeutique.

Trousseau devait en préciser plus tard la signification. Il admet en effet que, par une sorte de *gymnastique appliquée* aux muscles qui en sont le siège, on parvient quelquefois à faire cesser un tic, mais, ajoute-t-il, si l'on parvient à chasser un tic, un second apparaîtra bientôt pour céder plus tard la place à un troisième, et ainsi de suite. Car il s'agirait d'une « affection chronique par excellence, faisant pour ainsi dire partie de la constitution de celui qui en est atteint ».

Les observations ultérieures ont plusieurs fois confirmé l'exactitude de cette remarque. Mais la règle n'est pas absolue, certains tics peuvent être guéris, sans récidiver sous la même forme ni sous toute autre.

Cependant l'opinion des anciens auteurs est formelle : l'incurabilité du tic est pour eux comme un dogme.

Pujol considère le « tic non douloureux » de la face comme extrêmement rebelle. Duchenne (de Boulogne) n'a guère obtenu, par la faradisation des muscles de la face que des améliorations passagères ; sur vingt cas de tic de la face, il n'aurait enregistré qu'une guérison. Axenfeld parle de l'incurabilité des convulsions faciales idiopathiques. Pour Gintrac, le tic résiste à toute médication.



Mais nous avons vu que parmi les observations anciennes publiées sous le nom de tics, les spasmes étaient assez fréquents.

De la même façon, dans l'article *Face* du Dictionnaire encyclopédique, M. Troisier réunit sous la même dénomination de *tic convulsif* les convulsions de toute nature limitées aux muscles de la face. Sa description comprend donc à la fois les spasmes d'origine réflexe (carie dentaire, ulcération buccale), les spasmes par lésion d'un nerf ou irritation de son noyau, et le tic proprement dit. En ce qui concerne la curabilité de ces mouvements nerveux, l'opinion de cet auteur est bien arrêtée : « Le tic convulsif ne présente aucune gravité, mais il est incurable dans la plupart des cas, et devient ainsi une des affections les plus désolantes... On ne peut guère espérer de succès que si le tic est d'origine réflexe ; l'extraction des dents cariées, le traitement local d'une ulcération buccale, la section des filets de la cinquième paire seront indiqués, selon les cas. » — Dans ces derniers faits, il s'agit encore de spasmes.

M. Gilles de la Tourette<sup>1</sup>, en décrivant la maladie des tics convulsifs accompagnés d'écholalie et de coprolalie, s'est montré, lui aussi, très pessimiste.

« L'individu qu'elle atteint, dit-il, n'est pas menacé dans son existence ; il mourra dans un âge avancé s'il ne contracte pas d'autres affections ; mais, en revanche, il a bien des chances pour conserver celle-ci toute sa vie... Le traitement de cette singulière affection, ou tout au moins son traitement radical, est encore à instituer. » Seuls, l'isolement combiné avec l'hydrothérapie, l'électrisation et les

1. GILLES DE LA TOURETTE, Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice, accompagnée d'écholalie et de coprolalie, *Arch. de neurol.*, 1885.



reconstituants peuvent amener des périodes de rémission. « Mais ce ne sont là que des adjuvants ; peut-être peuvent-ils retarder l'évolution de la maladie, surtout lorsque les malades sont traités de bonne heure. »

En 1887, M. Georges Guinon écrivit l'article *Tic convulsif* dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Dans les dix lignes qu'il consacre au traitement, à la fin d'un article de trente pages :

Nous serons bref, dit-il, sur ce chapitre... Comme pour toute manifestation morbide dont on ne peut supprimer la cause première, le médecin est malheureusement impuissant devant cette affection. Pendant les grandes exacerbations on pourra essayer tous les sédatifs du système nerveux... Le seul traitement que l'on puisse conseiller, non pas avec chance de succès, mais avec la presque certitude d'une amélioration, *dans les cas graves*, ou dans les périodes d'exacerbation suraiguë, c'est l'*hydrothérapie* combinée avec l'*isolement*...

Charcot<sup>1</sup> n'est guère plus encourageant :

On ne saurait dire qu'on guérisse jamais ; mais on peut compter sur des temps d'arrêt, souvent fort longs, sur des attermolements, soit spontanés, soit provoqués par une thérapeutique appropriée. L'hydrothérapie, la gymnastique rationnelle, l'isolement peuvent être signalés entre autres parmi les moyens capables en pareils cas de rendre des services.

Ainsi, d'une façon générale, Trousseau, Charcot, etc. se sont montrés très réservés au sujet de la curabilité des tics.

Il importe de remarquer que les cas que Charcot, MM. Gilles de la Tourette et G. Guinon avaient surtout en vue étaient parmi les formes les plus graves, en particulier

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1888-1889, p. 469.



la « maladie des tics convulsifs généralisés avec écholalie et coprolalie ». Ces formes, il faut le reconnaître, sont généralement rebelles à toute médication. Les sujets qui en sont atteints présentent au plus haut point ce déséquilibre psychique, cette débilité et cette versatilité de la volonté, cette tendance irrésistible aux impulsions et aux obsessions, qui rendent si difficile l'institution d'un traitement méthodique. Contre eux, la patience et la persévérance pourraient peut-être triompher, mais jamais les malades ne consentent à s'astreindre pendant un délai suffisant à la discipline qui leur serait indispensable pour guérir.

Heureusement, ces formes graves sont l'exception. La grande majorité des tiqueurs est certainement plus accessible aux procédés de traitement usités aujourd'hui, et les résultats obtenus permettent d'envisager la curabilité des tics sous un jour plus favorable.

Déjà, en 1883, M. Letulle affirmait que la plupart des « tics coordonnés », et même les plus tenaces d'entre eux, pouvaient se corriger, s'atténuer, même cesser complètement.

On remarquera d'ailleurs qu'en général les anciens auteurs semblent moins pessimistes que les derniers. Les réserves de Trousseau proviennent peut-être de ce qu'il n'a pu obtenir de la « gymnastique ordonnée » tout le succès qu'on en peut attendre. Notons cependant que, dans son esprit, cette méthode semblait préférable à tout autre mode de traitement.

#### **Traitement médicamenteux.**

Tous les médicaments usités d'une façon générale contre les affections nerveuses ou mentales ont été employés à la guérison des tics. Tous se sont montrés insuffisants;



quelques-uns sont simplement inutiles; d'autres peuvent même, par leur abus, devenir dangereux.

Les sédatifs et les hypnotiques, bromure, chloral, opiacés, produisent parfois une dépression passagère, mais ne sauraient modifier de façon durable un état mental qui est la clef même des accidents.

D'après MM. Grasset et Rauzier, les injections de morphine, d'atropine, de curare, les inhalations de chloroforme, d'éther, auraient rendu des services. Il en aurait été de même du valérianate de zinc, du gelsemium à hautes doses. Dans quelques cas, on a essayé la quinine, le cannabis indica, les préparations d'arsenic.

Dans un certain nombre d'exemples on a obtenu des succès inespérés par la médication bromurée, et Dornbluth a appliqué au traitement de certaines névroses, les tics convulsifs notamment, la cure (opium et bromure) que Flechsig oppose à l'épilepsie; il aurait obtenu des résultats satisfaisants, et ceux-ci sont à retenir. Ces succès peuvent, il est vrai, s'expliquer par ce fait que certaines manifestations de l'épilepsie revêtent parfois les apparences de tics. D'autre part, nous avons vu que les tics peuvent survenir chez des sujets épileptiques.

Quoi qu'il en soit, des faits, en petit nombre il est vrai, mais suffisamment probants, semblent devoir indiquer qu'en cas d'insuccès de toute autre médication, il ne sera pas inutile d'administrer les bromures, au moins à titre d'essai.

Après avoir essayé des calmants de tout genre, des dérivatifs de toute espèce, du bismuth même (Oppenheim), on n'a pas manqué de s'adresser aux topiques et aux révulsifs. MM. Grasset et Rauzier ont obtenu une amélioration transitoire avec des cataplasmes fortement sinapisés. Busch a appliqué avec succès des pointes de feu le



long de la colonne vertébrale. On a recommandé les mouches de Milan.

Enfin, on a prescrit les douches froides, chaudes ou tièdes, les fomentations, les bains simples ou médicamenteux, les bains de vapeur, les applications chaudes sur l'épigastre. On a essayé des tractions rythmées de la langue, de la compression du thorax, de l'électrisation du phrénique... « Évidemment, dans tous ces procédés, dit Oppenheim, la psychothérapie semble jouer le rôle principal. »

Les tiqueurs ayant un état mental propice à l'éclosion de toutes les manies, on doit toujours redouter chez eux l'emploi de l'éther, de la morphine ou de la cocaïne. Ils deviendraient aisément éthéromanes, morphinomanes, cocaïnomanes, etc.

L'antipyrine, le sulfonal, tous les hypnotiques, et surtout l'opium sous forme d'extrait thébaïque ou de laudanum, sont également dangereux par les abus auxquels ils peuvent donner lieu.

Nous préférons, pour notre part, conseiller, s'il y a lieu, les préparations de valériane, dont l'effet sédatif n'est pas douteux et dont la saveur peu agréable n'est pas faite pour encourager les abus.

Les stimulants (kola, coca, caféine, etc.), sont plutôt contre-indiqués.

M. Hartenberg se serait bien trouvé de relever tout d'abord l'état général de quelques malades par l'emploi de la lécithine.

Quoique aucune de ces médications n'ait donné de résultats constants, il ne faut pas faire fi des préparations pharmaceutiques. Les succès qui ont pu être obtenus par l'emploi de l'un quelconque d'entre eux ne sont peut-être pas toujours l'effet de la suggestion. En outre, on se



trouve parfois en présence d'indications particulières qui commandent leur emploi.

### Régime. Hygiène. Hydrothérapie.

Il importe de s'informer avec détail du régime alimentaire des malades. Ils peuvent avoir en effet dans leurs habitudes de nourriture ou de boisson, des manies singulières, fâcheuses pour la santé générale.

On s'assurera, principalement chez les enfants, qu'ils ne mangent ni trop vite, ni avec gloutonnerie, ce qu'ils sont presque toujours enclins à faire.

On devra surtout veiller à l'hygiène générale. Que de fois nous avons reconnu l'utilité de modifier la manière de vivre du tiqueur, de demander des vacances pour un enfant, de prescrire un voyage à un adulte !

On peut profiter de ces déplacements pour conseiller une cure climatérique ou d'eaux thermales.

Si les bains de mer ne doivent pas être toujours permis, du moins ne faut-il défendre qu'à bon escient le séjour au bord de la mer. A la condition d'éviter les fatigues excessives, nous croyons, pour en avoir fait faire plusieurs fois l'expérience sans le moindre inconvénient, qu'il est excessif de proscrire les stations maritimes et surtout les voyages en mer. Souvent, au contraire, pour les jeunes enfants surtout, et s'ils sont bien surveillés, un séjour au bord de la mer peut produire de bons effets.

L'*hydrothérapie*, sous toutes ses formes, peut être utilisée à titre d'adjuvant.

Hors les cas où l'hystérie est en jeu, il est bon de ne pas conseiller les douches froides ; les *douches tièdes* semblent préférables. Nous ordonnons volontiers le simple



*tub tiède*, matin et soir, très court, et suivi d'une friction énergique au gant de crin imbibé d'alcool.

Pour certains tics, certaines manœuvres peuvent également réussir à procurer des accalmies. Dans les tics de la face, on a conseillé de plonger le visage dans l'eau chaude ou dans l'eau froide.

### Massage. Mécanothérapie.

Il convient, dans tous les cas de tic, de s'assurer de l'intégrité de la musculature de tout le territoire convulsif. Car d'abord l'existence d'anomalies, d'atrophies ou d'hypertrophies pourront faire réformer le diagnostic.

En outre, alors même qu'il s'agit bien d'un tic, il sera souvent utile de pratiquer un léger massage des muscles de la région. Dans les tics toniques en particulier, le massage précédant les mouvements passifs est indiqué.

La mécanothérapie peut aussi aider à rendre au tiqueur la notion précise de l'étendue et de la vitesse de ses mouvements. Elle corrigera des insuffisances musculaires, si elles existent. Cependant, d'une façon générale, nous ne pensons pas que les appareils et les instruments soient des auxiliaires recommandables.

On peut leur faire les mêmes reproches qu'à tous les moyens mécaniques inventés contre le bégaiement, depuis les petits cailloux de Démosthènes jusqu'à la fourche d'Itard, le refoule-langue, la plaque interdentaire de Colombat, le glossonachon de Wutzer, les boules de Morin, etc.

Car si, par leur emploi, le malade peut arriver à ne plus être incommodé par son infirmité, il devient l'esclave de l'instrument qui la corrige.



### Électrothérapie.

L'électricité sous toutes ses formes a été employée contre les tics. Elle ne paraît pas avoir donné de résultats favorables. Elle nous semble d'ailleurs contre-indiquée dans toutes les affections convulsives.

Contre le « spasme fonctionnel » du cou, Charcot préconisait l'électricité et le massage. Il citait des cas où, alors même que l'affection était très accentuée et de date ancienne, on l'avait vu s'amender remarquablement ou même guérir, en limitant les excitations électriques aux muscles non affectés par le « spasme »<sup>1</sup>.

En 1888, à la Salpêtrière, fut présenté un homme atteint de « spasme clonique du sterno-mastoïdien et du trapèze », chez lequel on constatait l'existence d'une atrophie du sterno-mastoïdien gauche, accompagnée d'une hypertrophie du sterno-mastoïdien du côté droit. Ce cas n'est pas sans analogie avec ceux qui ont été décrits depuis sous le nom de torticolis mental. L'étiologie et le début des accidents sont assez significatifs : L'affection avait débuté à la suite de chagrins, de graves préoccupations (perte d'une fortune entière).

« Pendant les mois qui ont précédé ma maladie, raconta le patient, j'éprouvais dans le cou une sorte de chatouillement. On me frictionnait sans produire de soulagement... J'ai senti des mouvements de la tête semblables à ceux d'aujourd'hui, mais moins intenses et plus rares. Au commencement, cela me prenait seulement quand je me levais de ma chaise et que je marchais. Pendant un temps, après cela, les secousses ont été si fortes que je ne pouvais plus marcher. Menacé de tomber à chaque instant, je me suis

1. *Leçons du mardi*, 26 juin et 10 juillet 1888.



couché pendant un temps. Je ne pouvais plus dormir : j'étais forcé de prendre ma tête avec les deux mains pour la soulever et la tourner... »

L'occiput, chez ce malade, incline en arrière, vers l'épaule droite, en même temps que le menton s'élevant vers la gauche, la face regarde à gauche et en haut; cette attitude est maintenue en quelque sorte de façon permanente à un certain degré, mais elle s'exagère de temps à autre sous forme de paroxysmes pour s'atténuer momentanément après chaque secousse... En outre des mouvements de torsion du cou de droite à gauche, il se produit des mouvements de la bouche et du cou<sup>1</sup>.

Les secousses musculaires augmentaient sous l'influence des émotions, se calmaient par le repos, lorsque le malade était assis, surtout au lit; le matin, elles étaient beaucoup moins fortes.

Enfin, ce « spasme » qui durait depuis près de neuf mois, et contre lequel tous les traitements (bromure, vésicatoire à la nuque) étaient restés inefficaces, a disparu sous l'influence du traitement électrique avec une rapidité singulière.

Dès la première séance, l'amélioration était manifeste : les secousses avaient presque disparu. A la troisième, la déviation de la tête était « très légère, sinon nulle ». A la dixième, le malade pouvait être « considéré comme guéri... »

Quel qu'ait été ici le rôle de l'électricité, ce qu'il faut retenir, c'est son mode d'application. « On électrisa (pendant quinze minutes) à l'aide de courants induits le sternomastoïdien gauche, de façon à obtenir une *attitude inverse de l'attitude pathologique*. » La main, le campimètre, ou simplement l'ordre donné de conserver cette attitude antagoniste, produisent souvent des résultats aussi rapides et aussi heureux dans le torticolis mental.

D'ailleurs, ces guérisons inespérées surprenaient Charcot lui-même; et il termina sa leçon en ajoutant, non sans

1. CHARCOT, *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 489 et 540.



quelque scepticisme : « Mais ne chantons pas encore victoire sans réserve : il ne faut pas oublier dans ces histoires là le *chapitre des récidives*. »

Nous avons vu, pour notre part, plusieurs malades atteints d'affections tout à fait analogues, chez qui le traitement électrothérapique échoua complètement. Presque tous ceux qui sont atteints de tics invétérés se soumettent à cette thérapeutique pour un temps plus ou moins long. Ils en gardent généralement un assez fâcheux souvenir, et l'accusent même d'exaspérer leurs accidents convulsifs.

Tout ce que l'on pourrait se permettre, c'est, dans certains cas, d'employer l'électricité « à dose psychothérapique ». La vue d'une bobine, le bruit de l'interrupteur, l'humidité des électrodes sont des adjuvants suggestifs dont l'efficacité transitoire peut n'être pas négligeable, si le courant est infinitésimal, ou même complètement interrompu. Mais, d'une façon générale, ces subterfuges devront être évités.

### Suggestion.

La *suggestion hypnotique* a donné dans certains cas des résultats appréciables : mais elle n'est réellement applicable qu'aux hystériques, et l'hystérie, nous l'avons vu, ne se rencontre que chez un très petit nombre de tiqueurs.

Nous signalerons pour mémoire : un rire continu datant de quatre mois guéri par deux séances de suggestion hypnotique, un cas de hoquets traités par le massage pendant le sommeil hypnotique, des mouvements spasmodiques des jambes guéris en une séance. Ces cas appartiennent à MM. Raymond et Janet.



La suggestion hypnotique a été employée par d'autres auteurs. Voici deux cas de Welterstrand.

Carl J..., dix ans. L'enfant avait bégayé dès qu'il avait pu parler; depuis quelque temps, il faisait des contorsions de la bouche, levait les sourcils et les paupières, remuait rapidement les lèvres. La suggestion hypnotique fit disparaître en six séances le bégaiement, les mouvements spasmodiques et l'agitation. Plusieurs mois plus tard la guérison se maintenait.

Gunhild A..., vingt ans, jeune fille dont la bouche était en mouvement perpétuel, ses sourcils se contractaient et ne restaient pas un seul moment en repos. Au bout de dix séances de suggestion, il n'y avait plus aucune trace de ces grimaces qui avaient défiguré la malade pendant des années<sup>1</sup>.

Dans un cas de tic rotatoire de M. Van Renterghem, la guérison fut obtenue aussi par la suggestion hypnotique<sup>2</sup>. M. Féron<sup>3</sup> parle d'un tic du membre supérieur droit et du sterno-cléido-mastoïdien du même côté, qui fut notablement amélioré par la suggestion. Vlavianos<sup>4</sup> a eu également un succès par ce moyen.

Dans tous ces faits, on doit se demander, ou bien s'il ne s'agit pas de manifestations hystériques, ou bien si les guérisons enregistrées se sont maintenues. D'une façon générale en effet, la suggestion hypnotique semble sans effet sur les tics.

Ainsi, dans un cas de torticolis mental signalé par

1. WELTERSTRAND, traduction Valentin et Lindford, *L'hypnotisme et ses applications à la médecine pratique*, Paris, 1899, p. 74-76.

2. VAN RENTERGHEM, Un cas de tic rotatoire rebelle à toutes les médications instituées, y compris le traitement chirurgical, guéri par la psychothérapie, *Journal de Neurologie de Bruxelles*, 20 mai 1898.

3. FÉRON, Un cas de tic traité par la suggestion, *Journal de Neurologie*, n° 13, 1899.

4. VLAVIANOS, Tic nerveux traité avec succès par la suggestion hypnotique, *Journal de Neurologie*, 1899, p. 318.



M. Maréchal<sup>1</sup> chez une femme de quarante-deux ans (torticolis à droite datant de deux ans avec secousses disparaissant lorsque la tête était appuyée ou lorsqu'on ramenait légèrement le menton vers la gauche), les tentatives hypnotiques sont demeurées sans résultat. Nous avons connaissance de plusieurs faits de ce genre.

La suggestion à l'état de veille aurait été appliquée avec succès par MM. Raymond et Janet<sup>2</sup>, notamment dans un cas de torticolis mental; la menace d'une opération chirurgicale a aussi guéri un tic simulant la chorée.

On peut faire à la suggestion à l'état de veille le même reproche qu'à la suggestion hypnotique. Elle n'est pas applicable dans tous les cas. En outre, il est bien difficile de dire ce qu'il faut entendre par suggestion à l'état de veille.

Les encouragements, la constatation complaisante des progrès, les reproches, les réprimandes, les punitions même appliquées à propos, font partie intégrante du traitement rééducateur qui convient à tous les tics. Ces interventions, qu'on peut, si l'on veut, qualifier de suggestives, ont assurément une très grande utilité, et il ne faut jamais négliger d'y recourir. Mais est-ce là vraiment de la suggestion?...

### Traitement chirurgical.

Est-il besoin de faire ressortir encore l'inutilité, sans parler des dangers, de l'*intervention chirurgicale*?

Elle n'est d'ailleurs applicable et n'a été appliquée qu'à un petit nombre de tics, aux tics du cou principalement, en particulier au torticolis mental. Nous croyons cependant

1. MARÉCHAL, Un cas de torticolis spasmodique, *Journal de Neurologie de Bruxelles*, 20 mai 1899.

2. RAYMOND ET JANET, *Névroses et idées fixes*, vol. II.



devoir signaler les interventions multiples auxquelles les malades se sont exposés, dans l'espoir trop souvent déçu de mettre un terme à leur mal obsédant. C'est un devoir de les dissuader de ces procédés extrêmes, inefficaces, sinon périlleux.

Dans l'immense majorité des cas, les opérations n'aboutissent qu'à la création de paralysies ou d'impotences musculaires, passagères ou définitives. Entre les deux infirmités les malades préfèrent volontiers celle dont ils n'ont pas encore éprouvé les méfaits. Il faut les éclairer et les mettre en garde contre leur propre témérité. Il faut surtout leur répéter sans relâche — ce qui est vrai — que les opérations réputées les plus radicales ne les mettent jamais à l'abri des récives.

Ce sont les torticolis dits « spasmodiques » qui ont particulièrement mis à contribution la sagacité et le talent des opérateurs. Leurs observations foisonnent. Mais il y manque généralement un renseignement de première importance : A quels accidents convulsifs s'est adressé le traitement chirurgical ? S'agissait-il d'un tic ou bien d'un spasme ?

Dans le torticolis-tic, dans le torticolis mental, la chirurgie n'a rien à voir. Et pour cause : c'est un mal psychique contre lequel les plus libérales trépanations seraient encore impuissantes.

Quant au *torticolis-spasme*, véritable *torticolis spasmodique*, celui-ci peut être du ressort de la chirurgie, mais à la condition que la lésion irritative puisse être bien localisée.

Or, ce renseignement fait généralement défaut. Et plus nombreux peut-être sont encore les cas où l'on ne peut affirmer qu'il s'agit d'un tic ou bien d'un spasme.

La sagesse serait alors de s'abstenir et de différer une



intervention dont on ne peut même pas entrevoir le but, mais dont, par contre, il est possible d'escompter les dangers.

Ces considérations n'ont malheureusement pas retenu les opérateurs. L'espoir d'apporter un soulagement à une affection des plus pénibles a été pour eux une excuse fort louable. Il importe de montrer que désormais elle ne peut plus être invoquée. C'est pourquoi nous avons tenu à faire une rapide revue des tentatives chirurgicales consacrées aux torticolis, tics ou spasmes : on se rendra aisément compte de leur inopportunité.

On a d'abord pratiqué l'élongation, la ligature (Collier), la section (Gardner et Giles), ou la résection du spinal. La résection partielle de l'accessoire a été faite pour la première fois par Campbell en 1866, puis par Southam, Mayor, Collier, Pearce Gould, Edmond Oxen, Appleyard Atkins, etc.

Elliot<sup>1</sup>, qui se montre convaincu de l'efficacité de l'opération sur le nerf spinal, en a surtout étudié la technique.

M. Coudray<sup>2</sup>, tout en reconnaissant l'insuffisance de la section ou de la résection du spinal, conclut cependant en faveur de cette intervention.

Dans l'état actuel de nos connaissances, a-t-il dit, la résection de la branche externe du spinal est le traitement de choix du torticollis spasmodique;

Cette opération est préférable aux sections multiples et successives des muscles du cou préconisées par Kocher, parce que : 1° il n'est pas démontré par les observations que les opérations multiples soient plus efficaces que la simple

1. E. ELLIOT, Le traitement du torticollis par les interventions sur le nerf spinal, *Annales of surgery*, 1895, t. I, p. 493.

2. COUDRAY, Torticollis spasmodique, résection du spinal, *Association française de chirurgie*, oct. 1898.



résection du spinal; 2° l'intervention, quelle qu'elle soit, *ne peut amener toujours, il s'en faut, la guérison complète* de la contracture, attendu que celle-ci est ordinairement sous la dépendance de lésions cérébrales plus ou moins bien déterminées et que les sujets qui en sont porteurs sont des nerveux, et *quelquefois plus*. Il faut donc recourir, pour cette catégorie de malade, au *minimum opératoire*;

Toutefois la résection du spinal est généralement suivie d'une amélioration très grande dans l'état des malades, qui peuvent reprendre leurs occupations et qui, somme toute, retirent de l'intervention un bénéfice qui la justifie complètement.

Nous sommes, pour notre part, infiniment plus réservés sur l'opportunité d'une opération dont les avantages ne sont pas plus appréciables, étant donné surtout qu'on peut obtenir des améliorations équivalentes, sinon plus grandes, par l'emploi d'un traitement qui ne présente aucune espèce de danger.

Après le nerf spinal on a eu l'idée de s'attaquer aux nerfs cervicaux.

M. Pauly<sup>1</sup> a observé des cas de spasmes fonctionnels du cou, où la présence d'un goitre pouvait faire supposer qu'il s'agissait de spasmes réflexes, ayant pour point de départ la compression du récurrent; la voie centrifuge aurait été la branche musculaire du spinal. Selon lui, on pourrait dans d'autres cas de torticollis spasmodique, invoquer un réflexe dont le point d'origine serait un des nerfs sensitifs du plexus cervical, et dont la voie centrifuge serait toujours le nerf spinal, avec diffusion possible dans le domaine des nerfs moteurs voisins. M. Pauly<sup>2</sup> admet donc, pour certains cas du moins, qu'il en est

1. PAULY, Spasmes fonctionnels du cou, *Congrès français de médecine interne*, tenu à Lyon, octobre 1894.

2. PAULY, Théorie réflexe du torticollis spasmodique, *Revue de médecine*, février 1897, p. 130.



du « spasme du cou » comme du « tic douloureux » de la face. Il en conclut qu'il peut être utile de sectionner les branches du plexus cervical superficiel, de même qu'on sectionne le trijumeau dans le « tic douloureux » de la face.

On n'avait pas tardé d'ailleurs à s'apercevoir que la résection du spinal était inefficace, Risien Russel<sup>1</sup> ayant démontré qu'au point de vue physiologique, la section du spinal ne pouvait empêcher la production d'un torticollis. Sa conclusion était qu'en faisant la résection du spinal dans les cas de torticollis spasmodique, il y avait de bonnes raisons pour n'obtenir que des résultats négatifs, car un certain nombre des muscles qui agissent dans le torticollis ne sont pas innervés par ce nerf. En conséquence, il fallait sectionner celles des racines cervicales qui innervent les muscles en question; ce sont, suivant les cas, les 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> paires, ensemble ou séparément.

Mais les chirurgiens n'avaient pas attendu ces résultats expérimentaux pour intervenir. Dès 1888, Gardner pensait qu'il fallait compléter l'intervention portant sur le spinal par la résection des branches postérieures des deuxième et troisième paires cervicales. De son côté, quelques mois plus tard, Keen mettait en pratique la même idée, ainsi que Smith dans trois cas où les spasmes avaient résisté à l'excision de l'accessoire du spinal. D'après Ballance, la section des branches postérieures aurait même été faite vers 1882 ou 1883, c'est-à-dire avant Gardner. Les observations de ce chirurgien sont, en vérité, très instructives :

1<sup>o</sup> Femme de trente-deux ans atteinte, depuis dix-sept mois, de mouvements convulsifs qui inclinent la tête vers

1. RUSSEL RISIEN, *Recherches expérimentales sur les racines cervicales et dorsales au point de vue de l'étude du torticollis*, Brain, 1897, parts 77 et 78, p. 35.



l'épaule droite en tournant la face du côté opposé; les sterno-mastoïdiens, trapèze et complexus droits sont atteints. Le 30 mai 1887, résection d'un demi-pouce de l'accessoire du spinal gauche avant son entrée dans le muscle; l'intensité des mouvements est diminuée, et le sterno-mastoïdien ne se contracte plus. Le 6 juin, résection de deux tiers de pouce de l'accessoire du spinal droit; le 10, *avec deux ou trois doigts appuyés sur le côté droit de la tête, celle-ci est maintenue droite*; mais le 4 juillet *recommencent des spasmes violents du trapèze*; résection de la branche postérieure de la deuxième paire. Le 21, il y avait encore un peu de *raideur de la nuque à droite*; elle disparut rapidement; la guérison persistait en mars 1891.

2° Femme de vingt-neuf ans, atteinte de mouvements convulsifs des trapèzes depuis sept ans. Le 21 novembre 1892, résection des deux accessoires sur le bord postérieur du sterno-mastoïdien; *ultérieurement paralysie des trapèzes* permettant de constater que les *rotateurs profonds de la tête sont également atteints de mouvements convulsifs des deux côtés*; le 13 décembre 1892, résections des branches postérieures des 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> paires gauches par la méthode de Keen. *Après l'opération, paralysie des rotateurs profonds de ce côté; il n'y a plus de contractions que dans les rotateurs profonds du côté droit, qui seront ultérieurement traités de la même manière....*

Ces résultats opératoires n'ont pas besoin de commentaires....

Avant d'en finir avec la chirurgie du torticollis spasmodique, citons un cas de M. Chipault<sup>1</sup> qu'aurait guéri la sympathicectomie supérieure bilatérale. Le spasme portait sur le sterno-mastoïdien gauche et quelques muscles de la nuque. A l'opération succéda une guérison immédiate, mais bientôt après vint une *rechute*, puis une guérison nouvelle; il persiste encore *un certain degré de rétrocolis*.

1. CHIPAULT, Sur une série de 39 cas de chirurgie du sympathique cervicale, etc., *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1901, p. 220.



Avec la méthode de Kocher (de Berne), nous assistons aux *sections successives des muscles* atteints de secousses convulsives. Cette opération eut ses succès et ses insuccès. M. de Quervain a relaté les uns et les autres.

Kocher a d'ailleurs été suivi dans cette pratique. M. Nové-Josserand<sup>1</sup>, notamment, a donné l'histoire d'un malade opéré par section des muscles de la nuque après qu'on eût, sans succès, essayé la suggestion. Il y eut *exagération des mouvements spasmodiques pendant quelques jours*. Cependant la guérison serait survenue un certain temps après....

Mais s'agit-il de guérisons radicales, définitives?... On peut en douter, car la liste des insuccès avérés de toutes ces méthodes chirurgicales est déjà longue.

La résection n'a pas donné, dans deux cas signalés par Linz<sup>2</sup> de guérison définitive.

Tels sont encore les cas de Popoff<sup>3</sup>, où malgré des névrectomies répétées, les contractions toniques des muscles ne tardèrent pas à récidiver. L'auteur, non sans raison, compare trois de ces cas à un quatrième où la simple rééducation suffit à améliorer notablement le malade.

Dans un cas de Tichoff<sup>4</sup>, le torticollis récidiva quatre jours après la section de l'accessoire de Willis. L'auteur considérant qu'après cette opération *la récurrence survient dans plus de la moitié des cas*, se proposait cependant, chez un autre malade, de tenter la résection des paires cervicales....

1. NOVÉ-JOSSERAND, Sur un cas de torticollis spasmodique, *Lyon médical*, 4 sept. 1898.

2. LINZ, Ueber spastische Torticollis, *Inaug dissert.*, Bonn, 1897.

3. POPOFF, Contracture corticale fonctionnelle, torticollis spastique, torticollis mental (Brissaud), torticollis psychique ou polygonal, *Moniteur russe de neurologie*, 1899, n° 4.

4. TICHOFF, Un cas de convulsions toniques et cloniques des muscles du cou, *Soc. de neurologie et de psychiatrie de Kazan*, 26 mars, 24 sept. 1895.



Dalwig a rapporté deux cas de torticollis fonctionnel occasionné par le strabisme d'un œil (regard en haut). Pour supprimer la double image, les patients avaient pris un *torticollis d'habitude*. On n'en fit pas moins la ténotomie oculaire, mais, comme on pouvait le prévoir, le torticollis persista après la guérison du strabisme. Et, Dalwig le fait remarquer lui-même, pour corriger l'attitude de la tête, conséquence d'une habitude déjà longue, c'est surtout à l'attention des patients qu'il fallait s'adresser; au moindre moment d'oubli, le torticollis reparaisait. L'auteur en reconnaissant l'inefficacité du traitement chirurgical signale par contre les meilleurs effets d'un traitement orthopédique. Il conseille l'emploi d'un col de carton; mais nous savons que ce procédé ne jouit lui-même que d'une efficacité éphémère.

Chez un malade d'Oppenheim, on avait fait une ténotomie, puis une élongation de l'accessoire, puis une résection de ce nerf. Le résultat fut le suivant: malgré une atrophie complète du sterno-cléido-mastoïdien et incomplète du trapèze, les convulsions devinrent d'une intensité extrême; elles occupaient les muscles splénius, omo-hyoïdien et la partie conservée du trapèze. On appliqua un séton, sans plus de succès. Mais le malade fit ensuite une cure d'eau thermale qui l'améliora considérablement!....

En présence de faits de ce genre, on éprouve vraiment quelque surprise à voir les tentatives chirurgicales se renouveler. C'est ainsi que Walton<sup>1</sup>, tout en admettant que l'affection dépend d'une lésion des centres fonctionnels de la rotation des muscles du cou et bien qu'il ajoute que ces muscles se prennent les uns après les autres, conseille

1. WALTON, Nature and Treatment of spasmodic Torticollis, *Amer journ of med. sc.*, mars 1898.



cependant l'intervention chirurgicale, reconnaissant d'ailleurs tous ses insuccès...

Ne serait-il donc pas plus sage et plus logique de s'abstenir?....

Aux opérations sanglantes dont les résultats sont si aléatoires et souvent même funestes, il ne faut pas oublier d'ajouter la méthode bizarre imaginée par Corning<sup>1</sup> et à laquelle cet auteur a proposé de donner le nom rébarbatif d'*élœomyenchisis*. Elle consiste à injecter dans les muscles un mélange légèrement chauffé de suif et d'huile solidifiable à 37 degrés. Cette matière est supposée devoir fixer le muscle préalablement relâché. Corning ne semble pas avoir rencontré beaucoup d'imitateurs....

En dehors des torticolis, peu de tics ont semblé nécessiter l'intervention des chirurgiens, sauf les tics ou les spasmes faciaux.

Pour des tics de la face de grande intensité notamment, on a eu recours aux opérations chirurgicales. Ici encore, dans la majorité des cas, elles n'ont eu aucun succès.

Stewens<sup>2</sup> a rapporté trois cas de guérison de tic facial par la correction de défauts de réfraction. Dans d'autres cas du même auteur, l'élongation du facial n'a amené aucun résultat.

La résection d'une branche du trijumeau est sans effet; l'élongation du facial n'a d'autre résultat que d'entraîner une paralysie dans le domaine occupé par le tic; cet accident peut n'être que temporaire comme dans un cas

1. LÉONARD CORNING, *Élœomyenchisis* ou traitement du spasme local chronique par l'injection et la congélation d'huile dans le muscle atteint, *New-York med. journ.*, 14 avril 1894.

2. STEWENS, Facial spasm and the relation to errors of refraction, *Americ. journal medical sciences*, p. 33, 1900.



de Bernhardt où la paralysie faciale disparut peu à peu; mais alors, les secousses musculaires n'ont pas tardé à se reproduire.

Plus souvent d'ailleurs l'opération a pour effet de créer une paralysie faciale permanente. Pour remédier à cet inconvénient, M. J.-L. Faure <sup>1</sup> a proposé de faire l'anastomose spino-faciale. Kennedy (de Glasgow) sur une femme atteinte de spasme du nerf facial avec contracture, secousses et tremblements, a sectionné le facial et l'a immédiatement anastomosé avec le spinal avivé latéralement. Au bout de quinze mois, la guérison était complète, le spasme avait disparu, le facial paralysé avait recouvré ses fonctions <sup>2</sup>.

On pourrait donc à la rigueur songer à cette opération dans certains cas de spasme avéré de la face, et lorsque tout autre procédé thérapeutique s'est montré manifestement insuffisant. Encore faut-il toujours redouter la persistance de la paralysie faciale qui peut avoir de plus graves conséquences que le spasme lui-même. Mais, s'il s'agit d'un tic de la face, sous aucun prétexte, le chirurgien ne devra se laisser entraîner à tenter la plus minime intervention.

Dans les spasmes proprement dits, lorsque le point de départ du mouvement réflexe est connu, on peut songer à s'adresser directement à sa cause provocatrice. La guérison d'une conjonctivite amènera la guérison d'un clignotement; la guérison de la rhinite ou de l'odontalgie pourra faire cesser des grimaces spasmodiques du visage.

Fraenkel a présenté à la Société de médecine de Berlin

1. J.-L. FAURE, Traitement de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale, *Presse méd.*, 6 nov. 1901.

2. Voir à ce sujet la thèse de M. BRÉAVOINE, *Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale*, Thèse de Paris, 1901.



(1884) une femme de quarante-cinq ans, qui était atteinte, depuis quatre ans, de convulsions mimiques. Celles-ci étaient liées à une rhinite; tout attouchement de la muqueuse de la fosse nasale gauche provoquait de violents accès. Quelques cautérisations par le galvano-cautère firent cesser cet accident.

Oppenheim a vu disparaître un spasme des muscles de la face avec participation des masséters, à la suite de l'extraction d'une dent cariée, et un autre, qui durait depuis un an, à la suite d'une opération portant sur le cornet inférieur.

Mais, encore une fois, ces interventions heureuses ont été faites pour des *spasmes*. On n'en peut dire autant des tics, ni des accidents similaires. Par exemple, le traitement chirurgical a été employé aussi contre le bégaiement. Depuis longtemps, il en a été fait justice.

De tous ces faits, nous concluerons en appliquant aux tics en général, les réflexions que M. Brissaud a consacrées au torticolis mental<sup>1</sup>.

« Au lieu d'opérer tout de suite, quitte à conseiller ensuite aux malades de se livrer, dès la guérison de la plaie, à une gymnastique qui durera de longs mois ou même des années, mieux vaut leur donner le même bon conseil, de longs mois ou même des années avant de leur infliger cette opération. »

#### Traitement orthopédique.

On peut, dans quelques circonstances, faire usage d'*appareils*, soit pour l'immobilisation temporaire, soit

1. BRISSAUD, Contre le traitement chirurgical du torticolis mental, *Travaux de neurologie chirurgicale*, 1897; *Revue neurologique*, 1897, p. 34.



pour les exercices gymnastiques. D'une façon générale, ces accessoires sont plus nuisibles qu'utiles. Car dès qu'on cesse de les employer, le tiqueur se trouve dérouté et tend à recommencer ses mouvements intempestifs. Nous croyons préférable de laisser prendre au sujet les attitudes les plus usuelles, celles qu'il reprendra de lui-même hors de la présence du médecin. Il ne faut pas que, pour maîtriser son tic, il ait besoin d'un adjuvant qu'il ne trouvera pas toujours sous sa main. Il faut se méfier que l'absence de tel ou tel accessoire ne soit un prétexte pour négliger les exercices prescrits.

Les appareils de contention ont, il est vrai, donné de bons résultats dans les affections choréiques. C'est ainsi que récemment M. Huyghe<sup>1</sup> et M. Verlaïne<sup>2</sup> ont décrit un nouveau procédé de traitement de certaines chorées par l'immobilisation dans un appareil plâtré.

Le malade est chloroformisé d'une façon incomplète ; après quelques bouffées de chloroforme, l'anesthésie n'étant même pas recherchée, on opère un massage sur les membres atteints, massage vigoureux perçu par le malade, et parfois même péniblement supporté, de sorte que le choréique, bien qu'étourdi, a néanmoins la perception de l'intervention opérée sur lui. Le massage terminé, et toujours sous chloroforme, les membres sont placés en des gouttières, bras et jambes sont complètement immobilisés, la gouttière, dûment ouatée, étant complètement close par des bandes de toile. L'immobilisation est maintenue durant cinq à six jours ; ce temps écoulé, le pansement est enlevé, et, en général, tout mouvement choréiforme a disparu ; mais s'il persiste quelque mouvement, si minime soit-il, de nouveau les membres atteints sont replacés en gouttière, dans les mêmes condi-

1. HUYGHE, Du traitement de la chorée hystérique par l'immobilisation, *Le Nord médical*, 1<sup>er</sup> août 1901.

2. VERLAÏNE, Traitement de la chorée arythmique hystérique par l'immobilisation sous chloroforme, Lille, Thèse, 1901.



tions et durant le même temps. De nombreux cas ont été traités de la sorte et guéris.

On n'oserait espérer des résultats aussi favorables dans les cas de tics. Et les appareils de contention qu'on a pu songer à leur appliquer sont le plus souvent nuisibles, car ils peuvent provoquer l'éclosion de tics nouveaux.\*

En tous cas, ils ne suffisent pas à faire disparaître les accidents. Ainsi, le jeune J... avait sur la clavicule droite une petite exostose qui résistait à toutes les pommades. On l'opéra. L'opération réussit parfaitement. A la suite, le bras gauche resta immobilisé dans un bandage de fracture claviculaire, pendant deux mois environ. Or, malgré l'appareil de contention, les mouvements de l'épaule gauche continuèrent, limités forcément, mais très apparents toutefois. Quand l'appareil fut retiré, les tics se montrèrent tels qu'ils étaient avant l'opération.



## Traitement rééducateur.

L'auteur de l'article *tic* du Dictionnaire en 60 volumes (1821), recommande le soin et la persévérance dans la *rectification* des mouvements des tiqueurs.

En traitant des convulsions, Jolly conseillait en 1830 tous les genres de gymnastique *pour rompre la périodicité de certains actes convulsifs*.

Dès 1854, Blache<sup>1</sup> obtenait des guérisons des *chorées anormales* par la gymnastique médicale. En ce temps-là le nom de « choréïques » était volontiers donné aux tiqueurs.

Enfin, Trousseau, nous l'avons vu, préconisa la gymnastique appliquée aux muscles qui sont le siège du « tic non douloureux ». C'est lui qui, le premier, a prescrit la *gymnastique ordonnée*.

« Elle consiste, disait-il, à exécuter avec les muscles affectés de la convulsion, des *mouvements commandés*, et à les exécuter *d'une façon régulière*, en suivant une mesure que donne, par exemple, le mouvement d'un métronome ou le balancier d'une horloge. »

Telles sont les origines de toutes les méthodes de correction et de rééducation employées depuis quelques années, et souvent avec succès, contre les tics.

1. BLACHE, Traitement de la chorée infantile, *Gazette hebdomadaire*, 1864.



De son côté, M. Letulle a conseillé de « s'adresser à l'intelligence, au moral, à la volonté du patient, afin de tenter une réaction, un effort inverse, dès que l'accès commence ou même avant qu'il ait lieu... » C'est affaire au médecin, ajoute-t-il, d'indiquer la *gymnastique spéciale nécessaire, de maintenir le moral et de soutenir le courage et les efforts du patient....* La plupart des tics coordonnés, et même les plus tenaces d'entre eux, les bégaiements, peuvent se corriger, s'atténuer, cesser même complètement. »

Cependant, le *Traité de médecine* est muet sur le chapitre des tics et par conséquent sur leur traitement. Et dans le *Traité de thérapeutique*, dirigé par M. A. Robin, qui date de 1898, M. Lannois ne donne guère que des considérations générales sur le traitement des myoclonies, englobant sous ce terme toutes les variétés de mouvements convulsifs de cause indéterminée. « Aucun médicament, dit-il, ne s'impose jusqu'à présent dans le traitement des myoclonies. »

Dans le même ouvrage, il faut se reporter au chapitre du traitement psychologique de l'hystérie pour trouver quelques conseils de M. Pierre Janet, applicables aux tics et aux chorées d'origine hystérique.

« On pourra, dit-il, étudier l'*influence de l'attention* sur ces accidents : certains tics ne se produisent qu'au moment où le sujet y fait attention, d'autres inversement, au moment où il est le plus distrait... En outre, des pratiques œsthésiogéniques générales, une *éducation des mouvements par la gymnastique* pourra être fort utile dans ce traitement. »

Ces indications thérapeutiques générales ne sont pas seulement applicables aux tiqueurs hystériques. Elles conviennent également à tous les tiqueurs, quelle que



soit la cause et quelle que soit la localisation du phénomène convulsif.

Elles sont d'ailleurs conformes à celles que M. Brissaud avait préconisées depuis 1893.

Tant qu'on s'est borné à ne considérer dans le tic que sa manifestation extérieure, on lui a opposé une thérapeutique insuffisante. Du jour, au contraire, où l'on a entrevu une relation entre le phénomène convulsif et l'état mental du sujet, on a pu logiquement mettre en pratique un mode de traitement rationnel. Car il n'est plus douteux aujourd'hui qu'une discipline mentale méthodique peut améliorer de façon parfois surprenante les imperfections psychiques congénitales. Les laborieux efforts de M. Bourneville sont loin d'être superflus pour les arriérés et les anormaux. Chez ceux des tiqueurs qui occupent des degrés plus élevés de l'échelle mentale, — et c'est de ceux-ci que nous voulons surtout parler — les bons effets d'une thérapeutique rééducatrice sont désormais fait acquis.

On doit à M. Brissaud l'initiative d'une méthode de traitement des tics par l'*immobilité commandée*, dont les premières applications remontent à l'année 1893, lors de son passage à la Salpêtrière; elles s'adressèrent d'abord à des sujets atteints de torticolis mental.

Devant l'inefficacité des traitements employés jusqu'alors et devant les dangers croissants des interventions chirurgicales, M. Brissaud fit valoir les avantages d'une bonne discipline motrice appliquée aux tiqueurs. Leur état mental pouvait rationnellement en faire présager le succès<sup>1</sup>.

1. BRISSAUD, Tics et spasmes cloniques de la face, leçon faite à la Sal-



Bientôt, les règles de la méthode furent établies et précisées, et leur application étendue à toutes les variétés de tics<sup>1</sup>. Les résultats se montrèrent encourageants. Chaque fois que le traitement pouvait être prolongé un temps suffisant, l'amélioration était certaine; nous avons même rapporté des cas de guérison.

La « méthode de Brissaud » est basée sur la *discipline de l'immobilité et du mouvement*.

Elle emploie deux procédés combinés : l'*immobilisation des mouvements* et les *mouvements d'immobilisation*.

Nous allons en indiquer les grandes lignes; mais il ne faut pas oublier que chaque espèce de tic est justiciable d'une indication correspondante. La part d'initiative qui revient au médecin est donc large; il doit faire appel à son ingéniosité et à sa patience plus souvent qu'à ses souvenirs. Aux règles principales, nous ajouterons donc des exemples pour quelques cas particuliers.

D'une façon générale, il s'agit de faire exécuter au tiqueur des exercices appropriés, dans des conditions particulières.

Les exercices en question sont de deux sortes : les uns ont pour but d'apprendre au sujet à *conserver l'immobilité*. Les autres tendent à *régulariser tous ses gestes*, à

pêtrière le 8 décembre 1893, publiée par H. Meige et H. Vivier, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1894, 25 janvier. — BRISSAUD et MEIGE, Trois nouveaux cas de torticolis mental, *Revue neurologique*, 1894, 10 décembre. — BOMPAIRE, Du torticolis mental. Thèse, Paris, 1894. — FEINDEL, Le traitement médical du torticolis mental, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 6. — FEINDEL, Le torticolis mental et son traitement, *Gazette hebdomadaire*, 1898, 20 février. — FEINDEL et H. MEIGE, Revision iconographique du torticolis mental, cas anciens et cas nouveaux, traitement, *Congrès de Paris, 1900, volume de la Section de Neurologie*, p. 513. — Ibid., Quatre cas de torticolis mental, *Archives générales de médecine*, 1901, janvier.

1. BRISSAUD et FEINDEL, Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires, *Journal de neurologie*, 1899, 15 avril.



remplacer le mouvement incorrect du tic par un mouvement régulier et normal.

Dans les premiers, l'immobilité est à la fois le but poursuivi et le moyen employé pour l'atteindre (*immobilisation des mouvements*); dans les seconds, l'immobilité est toujours le but recherché, mais c'est à l'aide de mouvements appropriés qu'on s'efforce d'y parvenir (*mouvements d'immobilisation*).

Ces deux modes d'action doivent être inséparables l'un de l'autre; chacun d'eux serait inefficace isolément. En outre, il est indispensable qu'ils soient méthodiquement gradués.

Le premier de ces procédés consiste à exercer le tiqueur à *conserver l'immobilité* absolue, *photographique*, de ses membres et de son visage, pendant un temps progressivement croissant : au début, pendant une seconde, deux secondes, trois secondes, aussi longtemps qu'il peut rester ainsi sans fatigue. Puis, peu à peu, on prolonge, de seconde en seconde, la durée de cette immobilité. Il importe beaucoup de ne point l'augmenter trop vite; les tiqueurs ont leurs bons et leurs mauvais jours, leurs bons et leurs mauvais moments; trop demander aujourd'hui, c'est s'exposer à obtenir trop peu demain. Il faut donc, au début surtout, procéder avec patience, et se contenter chaque jour d'un petit gain d'immobilité, si faible soit-il; bien entendu, on évitera de perdre du terrain. A ces conditions, les secondes s'ajoutant aux secondes, formeront bientôt des minutes; et le tiqueur en arrivera à rester des heures entières sans tiquer. Ajoutons que le temps d'immobilité doit toujours être annoncé d'avance au sujet.

Comment doit être placé le tiqueur pendant les séances d'immobilisation? — Au début, dans la position où le tic



se produit le moins fréquemment. En général, le malade sera commodément assis, la tête soutenue, s'il est besoin, avec un support quelconque; ou encore, on feindra de venir à son aide en lui soutenant le front, en lui appuyant la main sur l'épaule, etc. Durant ce temps, on ne cessera de l'encourager en lui affirmant qu'il *doit* et qu'il *peut* demeurer immobile, et surtout ne pas tiquer. Cette assistance psychique n'a pas moins d'importance que les soutiens manuels.

Le temps d'arrêt du tic une fois obtenu de façon constante et sur un seul commandement, il faut aller plus loin.

*Les séances d'immobilisation* doivent être graduées par rapport au temps; nous l'avons déjà dit, il faut progressivement augmenter la durée par secondes et par minutes; cinq à six minutes sont suffisantes au maximum. Ensuite, il faut graduer les attitudes du tiqueur. Celui-ci, en effet, peut bien, au début, conserver l'immobilité s'il est commodément assis; mais il s'agit de la lui faire garder également dans la station debout. Après quelques tentatives, il y parvient généralement assez vite. On varie ensuite les positions de la tête, du corps, des bras, des jambes, en répétant dans chacune d'elles les séances d'immobilisation. En poursuivant la graduation, on arrive à exercer le tiqueur à conserver l'immobilité de certaines parties du corps pendant la marche, ou bien pendant l'exécution de mouvements des bras ou des jambes. Durant tous ces exercices, le tic doit être tenu sévèrement en respect.

La méthode, on le voit, est fort simple, si simple même que le tiqueur doute souvent qu'il puisse tirer profit d'une gymnastique qu'il juge enfantine et dont il n'entrevoit pas exactement la portée. Il ne faut pas craindre, avec les malades intelligents, d'entrer dans des explications à



ce sujet. Il est nécessaire même qu'ils comprennent comment et pourquoi cette discipline peut les débarrasser de leur tic. La méthode, pour être vraiment efficace, doit être rapidement et judicieusement interprétée par le malade. Lorsqu'il en a bien saisi le but, il se l'applique à lui-même avec un plus grand bénéfice.

Le tiqueur et son médecin doivent former ensemble une alliance offensive et défensive contre le tic; s'ils demeurent unis, ils sauront en triompher.

En même temps que l'on impose au malade cette *discipline de l'immobilité*, on s'efforcera de lui apprendre la *discipline des mouvements*.

Faire exécuter au tiqueur des mouvements *lents, réguliers, corrects*, et *au commandement*, en s'adressant aux muscles situés dans la région où le tic est localisé : tel est le principe. Ces mouvements seront très simples, surtout au début; ils varieront naturellement avec le siège du tic, mais ils se ramènent toujours à l'élévation ou l'abaissement, l'extension ou la flexion, la rotation, l'adduction ou l'abduction.

Nous y reviendrons à propos de certains cas particuliers.

Il est indispensable qu'au début les séances soient courtes : deux minutes, cinq minutes, en alternant les séances d'immobilité et les exercices, séparés entre eux par des intervalles de repos, de façon à ne pas dépasser une séance totale d'une demi-heure. Au bout de quelques jours, une huitaine, chacun des exercices peut être prolongé jusqu'à dix minutes; la séance atteindra une heure ou plus.

Jamais elle ne doit entraîner de fatigue; et si le tiqueur semble mal disposé, mieux vaut abréger aujourd'hui, quitte à prolonger demain.



Les séances seront au nombre de trois, quatre ou cinq dans la journée; elles auront lieu tous les jours, *aux mêmes heures*.

L'une des séances journalières au moins sera dirigée par le médecin, qui doit surveiller très attentivement les exercices, les modifier, en imaginer de nouveaux, s'il y a lieu, et surtout encourager le malade en lui faisant constater tous ses progrès; il doit aussi savoir le réprimander, et, si c'est un enfant, au besoin le punir, quitte à le récompenser le lendemain s'il constate un effort sincère et un progrès. Dans les autres séances du jour, le tiqueur répète à demeure ce qu'il a déjà fait en présence du médecin.

Pour tous les exercices que le malade doit répéter à domicile, il faut imposer si possible, la présence d'une personne capable de surveiller attentivement leur exécution et de signaler les fautes comme les progrès. On n'attachera qu'une médiocre confiance aux dires des malades eux-mêmes : ils sont enclins à l'exagération, soit en bien, soit en mal.

Tous les exercices répétés à domicile doivent être *exécutés devant un miroir*, au moins pendant les premiers temps.

Ce moyen de contrôle est indispensable pour que le tiqueur soit exactement renseigné sur les fautes de gestes ou d'attitudes qu'il commet. S'il ne se voit pas lui-même, il ne peut juger du degré de son immobilité, et de la meilleure foi du monde, il peut croire qu'il la conserve, alors qu'il continue à faire une foule de petits mouvements. Il ignore en général s'il se tient droit ou s'il est de travers. Très rapidement, il acquiert par le secours de la vue de son image le moyen de remédier à cette imperfection. De même, bien souvent, les malades croient exécuter correc-



tement leurs exercices, alors qu'ils font des mouvements trop amples ou trop restreints, Le miroir est alors pour eux un excellent éducateur.

Une montre à secondes doit y être accrochée pour contrôler la durée de l'immobilité ou des mouvements.

Sur un registre qui sera méticuleusement tenu à jour, le tiqueur inscrira ses temps d'immobilisation, ses progrès et ses fautes.

Peu à peu, les séances en présence du médecin seront espacées tous les deux jours, tous les huit jours; en revanche, on les fera durer plus longtemps, en y ajoutant chaque fois des exercices nouveaux.

Il est en effet indispensable que le malade s'intéresse à sa gymnastique. Le traitement est long; il faut qu'il soit continué très régulièrement, si l'on veut qu'à l'amélioration généralement rapide des tout premiers jours, fasse suite l'amélioration plus lente, mais progressive et durable qui conduit, après des semaines ou des mois, à la guérison. La lassitude et le découragement sont les pires ennemis du tiqueur. On s'ingéniera à l'en préserver.

M. Séglas a rapporté l'histoire d'un torticolis mental chez une femme de cinquante ans, — torticolis tournant la tête à gauche et l'inclinant vers l'épaule droite relevée, quelquefois très accentué, toujours facilement corrigé par l'opposition de la main gauche sur la joue gauche. Cette malade fut soumise au traitement de Brissaud. Il y eut d'abord un résultat remarquable, mais au bout de trois semaines, la malade, d'une grande mobilité d'esprit, se lassa, et tout le bénéfice obtenu fut rapidement perdu.

Le jeune M... a été soumis pendant un mois au traitement. Il s'est montré fort docile. Mais sa légèreté a été un obstacle à ses progrès. En outre, les parents avertis, d'avoir à exercer une surveillance patiente, de dépister surtout les tics nou-



veaux qui pourraient apparaître, n'ont peut-être pas été des collaborateurs bien assidus. Cependant, au bout d'un mois, les tics avaient notablement diminué de nombre, de fréquence et d'intensité. L'enfant, qui habite la province, est retourné dans son pays très sensiblement amélioré. Deux mois après, il s'est cassé la jambe. Pendant toute la durée de l'immobilisation, ses tics ont presque complètement disparu. Mais ses parents ont complètement négligé depuis lors toute discipline et peu à peu ses tics tendent à reparaitre.

Ce qu'on ne saurait trop répéter, en effet, c'est que, même s'il se croit débarrassé de son tic, il ne faut pas abandonner le tiqueur à lui-même et lui permettre de cesser tout traitement. Pendant longtemps encore il continuera ses exercices. La guérison est à ce prix.

D'ailleurs, en touchant à sa fin, le traitement devient de moins en moins difficile. Si les heures des exercices sont toujours très régulières, les temps d'immobilité bien observés, si les mouvements sont exécutés *lentement, doucement, sans secousses*, le malade, désormais en possession de la méthode, peut suffire à sa propre surveillance et, seul, il est en mesure de parachever sa guérison.

Pour les enfants, la direction médicale n'est pas toujours suffisante. Mais le médecin peut rencontrer d'utiles auxiliaires dans l'entourage même du petit tiqueur. Un parent, un maître, ayant assisté aux leçons initiales, sera parfois un précieux surveillant pour les séances exécutées à demeure. Nous avons trouvé des mères dont l'intelligence et la fermeté avaient contribué dans la plus large part à hâter les progrès du traitement.

Par contre, il arrive souvent que les efforts du médecin sont contrebalancés par une éducation défectueuse du petit malade.



Les tics, nous l'avons dit, sont l'apanage des enfants gâtés. On peut affirmer que le défaut de surveillance est une des principales causes, sinon de leur apparition, du moins de leur persistance. Ne s'agit-il pas, en effet, d'une habitude vicieuse qui, par sa répétition, devient de plus en plus difficile à chasser?... Une remarque, une réprimande, faites à propos dès le début, et renouvelées aussi souvent que la faute est commise, suffiraient bien des fois pour empêcher le tic de s'installer. L'insouciance ou la faiblesse des parents sont, nous l'avons vu, un facteur étiologique de première importance. Et nous avons maintes fois constaté ce défaut, malgré les protestations de la famille et son assurance que l'enfant était sévèrement observé. Les uns par négligence, d'autres par un amour-propre bien malavisé, s'abstiennent de toute intervention. Certains redoutent, à grand tort, d'aggraver le mal en attirant sur lui l'attention de l'enfant. C'est précisément l'inverse qui importe.

Il en est, par contre, qui, croyant bien faire, multiplient les semonces et les punitions. Ils n'arrivent ainsi qu'à énerver davantage le petit tiqueur.

Aussi n'est-ce pas seulement à l'enfant que le médecin devra donner des indications et des conseils, mais à sa famille et, en général, à tout son entourage. Le pacte d'alliance contre le tic doit être conclu avec toutes les personnes qui ont à cœur d'en voir débarrasser le malade et qui sont capables de devenir des auxiliaires vigilants.

Chez les tiqueurs, la principale difficulté n'est pas d'obtenir la bonne exécution d'un quelconque des exercices prescrits. Sous la surveillance médicale, le sujet se montre généralement attentif, désireux de bien faire, il y met beaucoup de zèle et de bonne volonté; les résultats obtenus l'encouragent.



Mais, il faut y insister encore, abandonné à lui-même, un jeune tiqueur ne trouve pas toujours dans son entourage une fermeté et une autorité suffisantes pour le rappeler à l'ordre, le cas échéant.

C'est là une cause d'insuccès qu'il ne faut jamais perdre de vue. Les parents des tiqueurs sont enclins à de déplorables faiblesses. Soit par ignorance, soit par fausse honte, ils laissent éclore, se développer et s'enraciner des habitudes motrices détestables qui ne tardent pas à devenir des tics. Et lorsqu'il s'agit de faire disparaître ces accidents, la famille n'a plus l'ascendant nécessaire pour exercer une surveillance efficace et obtenir l'obéissance du petit malade. Sa légèreté, son enfantillage, reparaissent et se traduisent par des oublis, des erreurs, des caprices. Il faut réitérer sans cesse les prescriptions, multiplier les injonctions, les encouragements, et au besoin les réprimandes, aussi bien au malade qu'à son entourage.

Cette thérapeutique éducatrice demande une patience et une ingéniosité persévérantes dont les difficultés ne doivent rebuter ni le malade ni le médecin, L'amélioration d'abord, la guérison ensuite, sont à ce prix.

Il est nécessaire d'imposer aux malades un programme de vie journalière, fixé heure par heure, et qu'ils doivent exécuter ponctuellement.

C'est qu'en effet le désordre mental du tiqueur ne se traduit pas seulement par ses gestes désordonnés, mais apparaît dans la manière de vivre, irrégulière, précipitée, sans mesure et sans méthode. Il est extrêmement utile de discipliner le genre de vie du malade, de supprimer toutes ses mauvaises habitudes, quelles qu'elles soient, et surtout de lui donner l'habitude d'agir aux moments



opportuns, à ceux-là seulement, aussi longtemps qu'il est nécessaire.

Cette discipline que l'on met chaque jour en pratique dans l'éducation des enfants n'est pas inapplicable aux adultes; elle a d'autant plus de chances de réussir que les tiqueurs sont eux-mêmes de grands enfants et qu'ils sont aptes à contracter les bonnes habitudes aussi bien que les mauvaises, pourvu que leur éducateur se montre suffisamment ingénieux et persévérant.

Les occupations journalières varient à l'infini, on ne saurait en dresser des tableaux applicables à tous les cas; il faut les adapter aux circonstances. L'essentiel est de veiller strictement à leur exécution.

Pour commencer, il est nécessaire d'imposer une grande diversité d'occupations dont chacune aura une courte durée. Le tiqueur est incapable d'attention soutenue; son esprit ondoyant s'accommode mal des longues tâches; il se complaît dans le changement. Mais, peu à peu, on obtiendra de lui des efforts plus prolongés, surtout si l'on sait choisir des travaux qui l'intéressent et si l'on sait stimuler son intérêt.

Une bonne pratique est de faire écrire chaque jour par le malade lui-même l'emploi de son temps. Il faut qu'il ait également un cahier des exercices spéciaux qui lui sont prescrits. Chaque jour on lui en apprend un nouveau; le lendemain, il doit l'avoir consigné sur son cahier, ayant fait lui-même l'effort d'attention nécessaire pour le bien comprendre et le bien décrire. Tous les jours, il doit « repasser sa leçon ». De temps en temps on lui fait subir un « examen général ». A l'occasion, on donnera des « pensums ».

Ces menues prescriptions, ces procédés de pédagogue sont loin d'être superflus, et les adultes même s'y prêtent



presque toujours très volontiers, car ils en saisissent vite la portée et en éprouvent rapidement les avantages. Ils sentent très bien la nécessité de consolider leur volonté chancelante, mais ils ne savent comment s'y prendre. Ils acceptent donc avec empressement les « béquilles morales » qu'on leur donne en leur imposant une règle de vie.

Les interruptions du traitement, d'une façon générale, ne sont pas nécessaires; cependant, plusieurs fois, nous nous sommes bien trouvés de les ordonner.

Les premiers jours en effet ne vont pas sans une certaine fatigue. On demande parfois au tiqueur de faire agir des muscles qui, depuis des mois, souvent même des années, sont presque complètement inactifs; leur mise en jeu entraîne une certaine courbature. Il importe d'en avertir le malade qui, sans cela, ne manque pas de se préoccuper outre mesure des sensations nouvelles qu'il éprouve. Cette cause d'appréhension, les efforts volontaires réitérés et inaccoutumés, suffisent à provoquer une recrudescence passagère des accidents qu'accompagne toujours une certaine dépression mentale. Mais ce n'est qu'une aggravation éphémère qui cède toujours à quelques jours de repos. Et les progrès déjà accomplis n'en sont nullement amoindris.

Un malade peut n'avoir qu'un seul tic; le plus souvent il en a plusieurs à la fois. On peut commencer le traitement en s'adressant à un seul de ces tics coexistants, mais mieux vaut faire porter les efforts tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre.

Il faut surtout être toujours en éveil pour découvrir les tics nouveaux qui menacent d'apparaître ou ceux qui se dissimulent derrière d'autres tics plus apparents.



Quelquefois il est peut-être utile de conseiller au tiqueur d'employer des procédés qui rappellent les *gestes antagonistes*.

Dans un cas de tics<sup>1</sup> de la face, nous nous sommes bien trouvés de faire exécuter des mouvements plus ou moins directement opposés aux contractions effectives de la grimace.

Chez la malade en question, la bouche était déviée tantôt à droite, tantôt à gauche ; d'autres fois l'orbiculaire des lèvres était fortement contracté. Par moment aussi les yeux étaient convulsivement révoltés en haut.

« Si votre bouche, disions-nous à la malade, est tirée à droite, faites vite la même grimace à gauche ; si votre bouche se ferme, ouvrez-la rapidement, toute grande. » Ces petits moyens ayant réussi, on a fait constater leur succès à la malade. Puis, à peu près certains que beaucoup de mouvements volontaires auront le même pouvoir frénateur, nous engageons vivement la malade à exécuter, dès que la grimace s'ébauchera, soit un mouvement contraire, soit même un mouvement quelconque : tirer la langue, fermer le poing, frapper du pied la terre. Elle obéit et effectivement la grimace commencée s'efface aussitôt.

Un peu après, les paupières se ferment et les globes oculaires se convulsent en haut : « Regardez à vos pieds, vite, vite », commandons-nous aussitôt. La malade obéit et le moyen réussit parfaitement.

Dès lors la malade était en possession de toute la thérapeutique. Les exercices réguliers habituels et dans l'intervalle les mouvements antagonistes d'opposition, la guérèrent rapidement.

Des mouvements antagonistes analogues ont été conseillés pour un tic de grattage par M. Hartenberg. Il faisait approcher lentement la main du malade de la joue excoriée ; vers la fin du mouvement, il commandait

1. FEINDEL, Spasmes grimaçants de la face datant de trois mois. *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, avril 1899.



d'étendre le bras le plus rapidement possible ; il renforçait même le geste d'opposition par la faradisation des extenseurs de l'avant-bras<sup>1</sup>.

C'est à peu près le procédé employé également par Frenkel (de Heiden), qui a cherché surtout à provoquer des contractions énergiques des muscles antagonistes de ceux qui étaient atteints de mouvements convulsifs ; il y parvenait en habituant les malades à vaincre des résistances de plus en plus grandes<sup>2</sup>.

Il est bon cependant de n'employer les mouvements antagonistes qu'avec prudence et pour un laps de temps limité ; sinon, les malades qui en prennent l'habitude, sont exposés à les exagérer et l'on risquerait de remplacer simplement un tic par un autre de sens contraire.



Après cet exposé général de la méthode, nous allons donner quelques exemples des exercices recommandables dans certains cas particuliers.

Pour un *tic des paupières*, pour le *clignotement* en particulier, qui est très fréquent : faire fermer, puis ouvrir les yeux au commandement ; maintenir les paupières closes pendant un temps, ouvertes pendant un temps ; fermer un œil, puis l'autre ; répéter ces mêmes mouvements dans différentes positions de la tête. Nous nous sommes bien trouvés d'y adjoindre des mouvements simultanés d'ouverture et de fermeture de la bouche. Plusieurs auteurs ont déjà remarqué que des contractions

1. HARTENBERG, Traitement et guérison d'un cas de tic sans angoisse, *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, janvier 1899, p. 17.

2. FRENKEL (de Heiden), De l'exercice cérébral appliqué au traitement de certains troubles moteurs, *Semaine médicale*, n° 16, p. 124, 1896.



toniques des paupières cessent parfois lorsque la bouche est ouverte, et Oppenheim rapproche ces constatations de celles de Gunn et Helfreich qui ont vu des ptosis disparaître au moment de l'ouverture de la bouche.

Si les *globes oculaires* participent au tic, on insistera sur la dissociation des mouvements de la tête et des yeux : faire suivre de l'œil un objet qui se déplace lentement, la tête restant immobile ; ou inversement, la tête se portant en haut, en bas, à droite, à gauche, les yeux resteront fixés sur le même point.

Pour un *tic des lèvres*, on commandera d'ouvrir et de fermer la bouche, de faire la moue, de montrer les dents ; mais surtout on fera parler le malade en lui enjoignant de surveiller sa mimique. La lecture, lente, en scandant, la récitation, sont d'une très grande utilité, car elles permettent de donner aux séances un intérêt qui fixe l'attention du sujet. Si la *langue* participe au tic, on insistera sur l'articulation et la diction.

Voici un exemple du traitement d'un *tic facial* (oculaire et buccal) :

Tous les jours, et trois fois par jour, aux mêmes heures chaque jour (9 h. du matin, 1 h. du soir, 6 h.), le malade devra :

Pendant deux minutes se regarder fixement dans une glace en observant l'immobilité absolue, — pendant deux minutes, lire, à haute voix, — pendant deux minutes, parler devant sa glace, — pendant deux minutes, marcher en avant et à reculons devant sa glace.

Au total, pendant dix minutes, il s'évertuera trois fois par jour, tout en faisant les exercices, de maintenir l'immobilité du visage. Si pendant un exercice le tic s'est produit, recommencer une fois, deux fois ; à la troisième fois passer outre, et ne reprendre qu'à la séance suivante.

Dans les cas de tic de la tête (*hochement*) ou du cou



(*torticolis mental*), la tête devra s'incliner à droite, à gauche, pencher en avant, en arrière, tourner à droite, à gauche, etc.

Voici un exemple de guérison d'un tic de hochement :

Mlle R... apprend avec docilité à corriger ses erreurs musculaires. Peu à peu, ses gestes deviennent plus francs, plus complets, plus amples. Si elle ne met aucun entrain à faire les exercices prescrits, du moins donne-t-elle des preuves d'une inlassable bonne volonté. De même elle s'efforce de conserver l'immobilité et, en moins d'un mois (19 oct.-15 nov. 1901), elle arrive à pouvoir fixer les objets, ouvrir largement les yeux, tourner ou baisser la tête sans arrêts ni secousses; elle demeure immobile pendant plus d'une minute devant sa glace.

Des progrès très sensibles ont été obtenus dans la lecture à haute voix; la malade a appris à régler sa respiration, à parler distinctement plus haut et moins vite.

L'amélioration se poursuit de façon progressive; les mouvements de la tête ont perdu toute brusquerie, ont notablement diminué d'amplitude, et pendant des heures, ils cessent même complètement. Il n'est plus question des tics du visage. La malade reconnaît, et son entourage le confirme, qu'elle peut corriger tous ces accidents si elle y prête attention. Sa capacité d'attention s'est d'ailleurs augmentée de façon très sensible, et son activité mentale a fait de réels progrès. Elle est moins nonchalante, moins timide, le regard est plus assuré, les gestes plus décidés; elle cause plus volontiers, elle s'intéresse davantage.

Autre exemple, pour un cas de *torticolis mental*.

*Immobilisation.* — Se tenir debout ou assis devant une glace et s'appliquer à conserver une position absolument correcte du torse et des épaules.

*Mouvements.* — Lever les deux bras verticalement. Tourner la tête à droite, abaisser les bras en maintenant la tête tournée à droite.

La rotation de la tête à droite, impossible lorsque les



bras sont abaissés, s'exécute aisément lorsque ceux-ci sont élevés en l'air; lorsque les bras s'abaissent, la tête peut être maintenue en rotation à droite pendant cinq à six secondes.

Fléchir le corps en avant, les bras allongés, jusqu'à toucher terre, en tournant la tête à droite. Se relever et maintenir la tête en rotation à droite. Au bout de deux ou trois de ces mouvements, la tête peut être maintenue dans cette position, le corps droit, pendant quelques secondes.

Dans les *tics des membres, tics de l'épaule, de la main, tics de grattage, tics du pied*, outre les séances d'immobilisation progressive, on ne doit négliger aucun des mille mouvements plus ou moins compliqués que les membres sont capables d'exécuter.

Voici un excellent exemple d'une application de la méthode de Brissaud faite par M. Oddo, chez cette fillette de dix ans qui présentait un « tic de génuflexion ».

Pour l'immobilisation des mouvements, la mère devait faire rester l'enfant debout, immobile, dans une attitude fixe, pendant des périodes de plus en plus longues. Pour réaliser les mouvements d'immobilisation, l'enfant devait faire des séances de marche de plus en plus prolongées aussi, sous la surveillance de la mère, avec ordre réitéré de supprimer les génuflexions. D'autre part, des séances de gymnastique avec mouvements appropriés furent prescrites au dispensaire, et parallèlement le massage et la mobilisation des articulations, dans le but de diminuer l'intensité des craquements articulaires (reste d'arthrites de la hanche et du genou consécutives à la scarlatine et la diphtérie), cause provocatrice du tic bizarre dont était affligée cette enfant.

Sous l'influence de ce traitement et très rapidement, les génuflexions allèrent en s'espçant de plus en plus, et au bout d'une dizaine de jours elles cessèrent entièrement de se produire. D'ailleurs une autre circonstance survint qui aida singulièrement à l'efficacité du traitement, ce fut la réapparition des phénomènes douloureux dans l'articulation coxo-fémorale.



Dans les *tics du langage*, on applique avec profit tous les procédés rééducateurs mis en œuvre contre le bégaiement. Son traitement est en effet très analogue à celui des tics. « On ne traite pas les bègues, on fait leur éducation » (Moutard-Martin). La méthode de Chervin en a donné des preuves irrécusables.

Tous les auteurs s'accordent d'ailleurs depuis longtemps pour commencer le traitement du bégaiement par des exercices respiratoires. Ils recommandent l'inspiration profonde et courte, l'expiration prolongée. Pour corriger les troubles de la phonation et de l'articulation, Itard a recommandé la déclamation, Dupuytren la récitation, Colombat la scansion des syllabes. Liebmann fait allonger les voyelles, parler lentement, tranquillement, sans efforts volontaires. On commence par des phrases, on continue par de petites histoires, puis par des lectures. Enfin nombre d'éducateurs ont montré l'importance considérable d'un traitement psychothérapique concomitant.

Pour le traitement des bègues, conclut M. Paul Olivier, il faut rejeter toute intervention chirurgicale ayant pour but de remédier à cette infirmité. Les opérations pratiquées dans le nez ou dans la gorge ne visent que l'obstacle à la respiration, obstacle à supprimer tout d'abord avant l'éducation du malade. Aucune des méthodes de guérison proposées n'est infaillible, car toutes ont pour base indispensable la volonté même du sujet à guérir; aucune non plus n'est mystérieuse. En effet, on réussira seulement en ramenant au type physiologique normal les mouvements involontaires, spasmodiques, irréguliers, qui animent les organes du bègue.

L'isolement n'est nécessaire que dans certains cas particuliers; mais ce qui est indispensable, c'est une *rééducation qui fortifie la volonté*.

L'étroite parenté qui unit les tics du langage et les



différentes sortes de bégaiement ont conduit à appliquer aux premiers des méthodes rééducatrices usitées dans le second. M. le professeur Pitres en particulier a préconisé un mode de traitement basé sur la régulation des actes respiratoires et a conseillé de l'appliquer à tous les tics en général.

Dans nombre de cas, en effet, on constate qu'un tic s'atténue ou disparaît lorsque le rythme respiratoire devient profond et régulier<sup>1</sup>.

La technique employée par M. Pitres a été la suivante :

Je fis faire (au malade) trois fois par jour, pendant dix minutes chaque fois, de très larges ampliations thoraciques. Le dos appuyé au mur, les épaules bien effacées, il était astreint à respirer, pendant toute la durée de la séance, aussi lentement et aussi profondément que possible, en élevant ses bras pendant l'inspiration et en les abaissant pendant l'expiration.

M. Tissié a multiplié ces exercices en y adjoignant différents appareils.

Enfin, voici le procédé de la « méthode de Pitres », tel que l'a décrit récemment M. Cruchet :

Le sujet tiqueur est placé droit, la tête fixe, le dos contre un mur, les talons joints, les bras appliqués tout d'abord contre les cuisses. Pendant deux à trois minutes, il récite à haute voix une fable quelconque, en faisant fréquemment et régulièrement, tous les deux ou trois vers, par exemple, une inspiration lente et profonde. Les deux ou trois minutes consécutives sont consacrées à des inspirations et expirations, également longues et profondes, avec élévation lente des

1. PITRES, Tics convulsifs généralisés traités par la gymnastique respiratoire, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 21 déc. 1900; in *Journal de méd. de Bordeaux*, 17 février 1901.



bras dans l'inspiration, leur abaissement lent dans l'expiration.

Les premiers jours, on répétera ces exercices toutes les trois heures en moyenne, puis on espacera les intervalles en augmentant peu à peu la durée de chaque séance : on arrivera ainsi à faire des séances de douze à quinze minutes, rarement plus de trois à quatre fois par jour. On continuera ainsi pendant un temps variable, selon les sujets, et on suivra alors, en sens inverse, les étapes parcourues. Revenu au point de départ, on espacera alors les séances, on réduira le temps peu à peu, et progressivement on finira par les supprimer complètement.

La « méthode de Pitres » a donné des résultats fort appréciables, que M. Cruchet a consignés dans sa thèse.

Témoin l'exemple suivant :

Un jeune homme de vingt ans était atteint, depuis l'âge de neuf ans, de tics généralisés d'une exceptionnelle intensité. A chaque instant, toutes les 6 ou 8 secondes, des secousses violentes, rapides comme si elles étaient provoquées par des décharges électriques, imprimaient à la tête, au tronc et aux membres des mouvements brusques, saccadés, accompagnés de l'explosion soudaine de cris involontaires ou de grognements inarticulés.

Le malade séjourna quelques semaines à l'hôpital, où on lui enseigna les procédés les plus élémentaires de l'athmothérapie. « L'amélioration fut rapide à l'hôpital. Chez lui, le malade continua à répéter les exercices appris. En quelques mois, la guérison fut complète » (PITRES).

Comment agit l'athmothérapie?

M. Tissié explique ses effets sur les tics par une action spéciale que la respiration régulière exercerait sur les centres psychomoteurs.

De leur côté, MM. Raymond et Janet arrivent à cette conclusion que l'attention est liée à une certaine activité



respiratoire<sup>1</sup>. Pour M. Tissié<sup>2</sup> il y aurait au contraire antagonisme entre l'attention soutenue et la respiration profonde, théorie que M. Cruchet défend.

Si donc, dit-il, nous faisons faire des exercices respiratoires, nous supprimons temporairement l'attention, nous réduisons au minimum l'activité cérébrale psychique. Le tic — reflet de la pensée — ne se produit pas; et ainsi en renouvelant souvent les exercices, l'habitude tend à se perdre, la rééducation se fait.

Il nous semble que ce sont précisément les efforts d'attention que fait le sujet pour bien exécuter les exercices respiratoires prescrits, qui peuvent avoir un effet salutaire. Qu'il s'agisse de mouvements respiratoires *voulus* ou de n'importe quels mouvements des membres exécutés *volontairement et attentivement*, ce qu'on demande au tiqueur, c'est de discipliner pour un instant sa volonté capricieuse, c'est de maîtriser les réactions motrices intempestives qui viendraient défigurer le geste commandé. L'observation démontre qu'il y parvient d'autant plus aisément qu'il se montre plus attentif.

Ainsi, lorsqu'on demande au sujet d'exécuter un mouvement nouveau, la nouveauté même de cet exercice stimule son attention; il concentre tous ses efforts volontaires dans le but de bien comprendre et de bien exécuter; généralement, ses premiers essais sont couronnés de succès. Il se surveille et contient ses tics. Puis, peu à peu, l'exercice n'ayant plus l'attrait du nouveau, la distraction survient, l'attention diminue, les fautes reparaissent. Pour les corriger, il faut un stimulant capable

1. RAYMOND et JANET, Un cas du rythme de Cheyne-Stokes dans l'hystérie, influence de l'activité cérébrale sur la respiration.

2. PH. TISSIÉ, Tic oculaire et facial accompagné de toux spasmodique, traité et guéri par la gymnastique médicale respiratoire, *Journal de médecine de Bordeaux*, 9 et 16 juillet 1899.



d'orienter les efforts volontaires vers la bonne exécution du mouvement. De là, la nécessité de varier les exercices et de les rendre toujours *intéressants*. De la sorte, le tiqueur prend progressivement l'habitude de sa propre surveillance. Chaque jour s'augmente le nombre des actes qu'il se reconnaît capable d'accomplir correctement. Son infirmité physique s'atténue peu à peu; de ces menues victoires quotidiennes il ressent une satisfaction croissante; il apprend à connaître les ressources de sa volonté et le moyen de s'en servir. Tout est profit pour lui dans cet entraînement méthodique.

La gymnastique respiratoire est un excellent moyen d'arriver à ce résultat; mais elle ne paraît pas agir de façon différente que tous les exercices commandés. C'est un mode de régulation des actes musculaires basé sur l'éducation de la volonté, assurément très recommandable chez tous les tiqueurs.

Obtenir une respiration régulière ne sera pas seulement le but à poursuivre dans les tics respiratoires et les tics du langage; il est très utile d'apprendre à tout tiqueur à bien respirer, car, plus souvent qu'on ne le pense, les muscles respirateurs prennent part au tic. Dans tous les cas on aura avantage à faire appel à des exercices de lecture, de récitation, de conversation, et même de chant.

Mader a obtenu ainsi la guérison d'un « hoquet expiratoire <sup>1</sup> » chez un homme de quarante-six ans qui avait été atteint de cet accident convulsif auquel participaient les muscles pectoraux et droits de l'abdomen, et qui s'accompagnait de secousses de la tête, du tronc et des mains.

Ainsi, d'une façon générale, la discipline motrice des

1. MADER, Myoklonie in der Art eines expiratorischen Singultus, *Wiener medic. Blätter*, n° 30, 1899.



tiqueurs doit porter sur tous les mouvements volontaires.

Les exercices méthodiques ont d'abord les heureux effets de l'« exercice » en général; toutes les fonctions motrices, sensibles et psychiques, sont stimulées, régularisées de ce fait et tendent à devenir normales.

L'exercice musculaire est surtout un moyen excellent de développer la volonté.

En provoquant des mouvements musculaires voulus et coordonnés, on se trouve mettre du même coup en exercice les centres nerveux moteurs et sensitifs. Par cela même on fait bénéficier ces organes des effets que produit toujours l'exercice sur tout organe qui entre en fonction<sup>1</sup>.

Aussi, ne manquons-nous jamais de prescrire aux malades tous les exercices capables de les obliger à maîtriser leurs gestes intempestifs.

La gymnastique sous toutes ses formes, l'escrime, le canotage, la bicyclette, le lawn-tennis, etc., tous les jeux qui demandent des efforts d'attention, de l'adresse, de la décision, sont des auxiliaires précieux du traitement, à la condition que le sujet s'y adonne avec plaisir et qu'il évite soigneusement la fatigue et l'excès.

De la même façon, les occupations manuelles plus délicates qui obligent le tiqueur à conserver l'immobilité sont toujours recommandables. Les arts d'agrément ne doivent pas être oubliés.

A chaque cas particulier correspondent nécessairement des indications particulières; mais on peut s'inspirer de cette prescription générale : multiplier les actes d'occupation qui nécessitent des efforts de volonté et d'attention orientés vers la répression des mouvements intempestifs.

Les procédés rééducateurs qui ont été opposés aux tics,

1. FERNAND LAGRANGE, *La médication par l'exercice*, p. 418.



malgré des noms différents, tendent toujours au même but par le même moyen.

MM. Raymond et P. Janet ont surtout cherché à éduquer l'*attention* du malade, de façon à lui donner l'habitude de surveiller et de corriger lui-même son tic.

Köster, constatant que l'affection survient chez des dégénérés, la rattache à un épuisement des centres supérieurs de la coordination, qui a pour effet de supprimer leur action sur les centres de coordination inférieure. Ce même épuisement, existant dans le domaine psychique, se traduit par la coprolalie, l'écholalie, les idées fixes, les obsessions. Köster recommande en conséquence le renforcement de ces centres supérieurs par une gymnastique appropriée.

Dans son *Traité des maladies du système nerveux*, édition 1898, Oppenheim ne parle pas du traitement par la gymnastique rééducatrice. Une heureuse adjonction dans l'édition de 1901 signale les bons effets de la méthode de traitement appelée « Hemmungstherapie » (thérapeutique d'arrêt). L'auteur rappelle l'usage empirique que l'on fait de cette éducation chez les enfants et chez les soldats. Il montre comment on peut songer à l'employer aussi chez les malades atteints de troubles musculaires. Les exercices qu'il conseille, l'entraînement à l'immobilité par secondes, puis par minutes, ne sont que des applications du principe et des règles générales de la méthode que M. Brissaud préconisait dès 1893, et qui fut décrite par l'un de nous, à propos du torticolis mental, en 1897.

On en peut dire autant de la méthode conseillée par M. Dubois (de Saujon). Elle semble répondre à l'interprétation pathogénique de Bernhard Oettinger<sup>1</sup>, pour

1. OETTINGER, La maladie des tics, *American journal*, 17 septembre 1899.



lequel, dans la maladie des tics, le cerveau serait en état d'associer les représentations, sans toutefois pouvoir fixer l'image de l'immobilité soutenue et perdrait par suite l'habitude de l'immobilisation volontaire.

Le traitement consistera donc à habituer « par des exercices méthodiques le malade à rester immobile *comme une statue*, dans une position favorable au repos et pendant un laps de temps déterminé ». C'est toujours en somme le procédé des exercices d'immobilisation, dont les heureux effets ne sont pas contestables.

Mais il est indispensable d'y adjoindre la discipline des mouvements volontaires.

Le polymorphisme des tics laissant prévoir une infinité de cas particuliers dont chacun aura ses indications spéciales, il convient que la méthode de traitement employée soit essentiellement malléable pour pouvoir être sans cesse modifiée suivant les besoins.

Ainsi, nous avons rapporté l'observation d'un tiqueur, Brif..., qui ferme convulsivement les yeux pendant la marche, tous les huit ou dix pas. Lorsqu'il est assis, il reste des heures entières sans tiquer. Que pourraient quelques minutes d'immobilité « absolue, consentie et voulue », sur un blépharotie qui se produit uniquement pendant la marche?....

Il nous est d'ailleurs arrivé de trouver avantage à ne faire exécuter à certains malades que des mouvements commandés.

\*  
\* \*

A titre d'exemples d'application du traitement des tics par la discipline de l'immobilité et des mouvements, nous



donnerons d'abord le complément de l'observation de M. O... Voici les principales étapes de ce traitement :

*15 octobre 1901.* — Séance d'*immobilité absolue* dans la position debout, la tête droite, pendant cinq secondes; à répéter devant une glace pendant cinq minutes, avec intervalles de repos de quinze secondes. — *Mouvements* de rotation de la tête à droite et à gauche, avec arrêts progressivement prolongés dans chacune des positions extrêmes.

« *Exercices respiratoires* avec mouvements d'élévation et d'abaissement des bras jusqu'à la verticale (8 par minute, diminuer progressivement d'un mouvement par jour jusqu'à 4 par minute).

Un quart d'heure de ces exercices matin et soir.

Expliquer au malade l'action des muscles sterno-mastoïdiens et comment ils concourent à la fixation de la tête.

Faire, étant couché sur le dos, des flexions de la tête en avant. M. O... a mis ce conseil à profit le soir dans son lit, et il est arrivé de la sorte à pouvoir fixer sa tête dans la rectitude et à s'endormir sans prendre, comme il le faisait auparavant, les positions les plus bizarres.

*19 octobre.* — M. O... tique toujours; mais il est déjà capable de conserver l'immobilité au commandement; il s'en rend compte et il en éprouve de la satisfaction.

Au sortir de la séance, il a toujours une courte recrudescence de tics, mais bientôt suivie d'une période de calme très appréciable. De même, après les exercices faits à demeure.

*21 octobre.* — Amélioration sensible. Les tics sont moins nombreux, moins fréquents et moins violents. L'immobilité commandée est très bien conservée pendant une demi-minute.

Reprendre les exercices physiques que M. O... avait abandonnés depuis plus d'un an, l'escrime, la bicyclette.

*25 octobre.* — M. O... se déclare aujourd'hui très satisfait des premiers effets du traitement : « Je me trouve, dit-il, notablement mieux. Je commence à comprendre comment je pourrai vaincre mes tics; et je retrouve confiance en moi-même.



M. O... s'est exercé à surveiller son clignement et à répéter avec soin la gymnastique palpébrale, pendant plusieurs jours. Il arrive à ouvrir plus aisément et plus longtemps ses yeux, qu'il tenait presque toujours à demi-clos.

*28 octobre.* — M. O... continue à bénéficier de la discipline à laquelle il se soumet. Il répète consciencieusement les exercices prescrits; mais il avoue lui-même qu'il fait, parmi eux, une sélection. Ceux qui lui plaisent, il les exécute avec ponctualité; ceux qui n'ont pas ce don, il les néglige complètement.

*11 novembre.* — M. O... vient de traverser une période de crises de douleurs abdominales, qui coïncident avec une série de soucis et de préoccupations qui lui ont fait négliger sa discipline. Pendant cette période les tics ont été plus nombreux.

*20 novembre.* — Les crises abdominales ont disparu; mais les tics de la tête se montrent encore par accès assez violents. Le malade traverse encore une période de surmenage physique et intellectuel. Il s'est remis à l'escrime et à sa grande satisfaction, il s'est très bien tenu, sans tiquer, pendant les premières séances. Il lui est recommandé de supprimer toutes les causes de fatigue physique, et surtout cérébrale.

*25 novembre.* — Depuis deux ou trois jours, amélioration très sensible. Les soucis et les causes de fatigue ont disparu. M. O... s'est remis à faire régulièrement ses exercices. Il les exécute avec correction. Il a fait de très grands progrès dans la conservation de l'immobilité. Il reste une minute entière dans le calme le plus complet. Les crises de tics sont également moins fréquentes et moins longues.

*3 décembre.* — Continuation des progrès. Les grandes crises de tics ont disparu. D'une façon générale, M. O... se sent beaucoup plus calme et plus maître de lui, opinion que confirme son entourage. Il s'est complètement déshabitué de mettre sa canne sous son menton lorsqu'il marche; mais il ne peut sortir sans la tenir à la main; il a essayé de s'en passer, mais après avoir fait deux cents mètres dans la rue, il est revenu chez lui pour la chercher. Il lui suffit de la tenir et, de temps en temps, de se donner un léger coup sur la jambe.



13 décembre. — De mieux en mieux.

M. O... met à profit le procédé suivant chaque fois qu'il se sent pris de l'envie de tiquer. Il se met debout devant une glace et *chante*. De la sorte, il peut conserver l'immobilité aussi longtemps que dure la chanson. Après cet exercice, il est très calme.

Il a presque complètement renoncé à se mettre à califourchon sur une chaise en appuyant son menton ou son nez sur le dossier. Aussi les callosités ont-elles disparu. Le soir, après le dîner, il s'occupe à des travaux de dessin ou de pyrogravure. Pendant la marche, il est parvenu à empêcher les secousses de sa tête. Il s'impose de marcher sans tiquer d'un point à un autre, et il y réussit. Il est remonté à bicyclette et s'y tient correctement.

3 février. — L'amélioration se poursuit encore; les progrès sont sensibles, non seulement au physique, mais surtout au moral. Le malade a repris confiance en lui et les compliments de son entourage sont un excellent stimulant. De temps en temps, ses tics font bien mine de reparaitre; mais ils sont moins nombreux, moins violents et les accès durent moins longtemps.

Le principal bénéfice, — et pour le malade il est infiniment appréciable, — c'est surtout la disparition presque complète de l'état obsédant qui accompagnait ses tics.

Autre exemple, — celui du jeune J.

Pour J... nous nous sommes efforcé de le discipliner progressivement, en apportant des modifications successives à ses habitudes capricieuses de grand enfant gâté.

Un résultat important a été la suppression de son fameux matelas. Cela n'a pas eu lieu sans résistance. Au début, la seule pensée de cette suppression provoquait des crises de larmes et de colère; les parents attendris n'osaient pas insister. On conduisit le jeune homme à la campagne pendant trois jours pour l'éloigner de son matelas. Peine perdue. Aussitôt arrivé, il se mit en quête d'un matelas suppléant et en ayant découvert un dans un grenier, il reporta sur celui-



ci toutes ses préférences. Au retour, l'ancien matelas redevint tout-puissant.

Cependant un jour vint où, enfin persuadé de l'absurdité et des inconvénients de cette pratique, le jeune homme apporta la nouvelle de la suppression du matelas. Par de patientes observations, par de tendres et de fermes remontrances, on avait enfin obtenu ce résultat. Il y eut bien des larmes de regret, mais sans trop vive impatience. La perspective des compliments qui l'attendaient, son vif désir de guérir et de prouver sa bonne volonté ont donné au malade le courage nécessaire. Aussi est-il très fier de cet acte d'énergie, pour lequel, naturellement, il fut félicité avec chaleur.

Mais il avoua bientôt qu'il souffrait atrocement de ne pouvoir plus s'allonger de temps à autre. — « Par moments, disait-il, je ne sais où me mettre, j'éprouve une fatigue, un malaise extrêmes. Que faire pour me soulager? Où m'étendre? Où reposer mon bras?... » — L'angoisse était bien réelle. On lui permit alors d'utiliser son lit, mais à heures fixes, et pour un temps déterminé. Dans le programme de sa vie journalière, les temps de repos sur le lit furent tolérés, mais à heures fixées à l'avance. En outre, ces périodes de repos horizontal devaient aller en décroissant et être réduites chaque jour de quelques minutes.

Le jeune homme en tient lui-même une sorte de comptabilité et opère quotidiennement la réduction prescrite. De la sorte, en moins d'un mois, le temps de repos sur le lit fut ramené de deux heures trois quarts à une heure et demie. Il continue à diminuer assez régulièrement et par la suite, il a été réduit à zéro.

Contre les « mouvements nerveux », la rééducation de l'immobilité jointe aux exercices méthodiques a eu pour effet de régulariser les gestes du sujet. Il a appris à surveiller ses tics variables et surtout ses tics d'attitude. Les « mouvements » de l'épaule sont beaucoup plus rares et surtout moins violents.

Les séances d'immobilité ont été répétées sous la surveillance médicale aussi souvent que possible. En outre, le malade les renouvelle à demeure, en se plaçant devant



une glace, ayant une montre sous les yeux, s'efforçant d'augmenter chaque jour la durée du temps d'immobilité absolue.

Trois fois par jour, il doit exécuter les mouvements méthodiques prescrits pour les deux bras, en portant toute son attention à la correction de ceux du bras gauche. Il y parvient de plus en plus aisément.

Outre les mouvements gymnastiques symétriques des deux membres supérieurs, le malade a dû exécuter avec son bras et sa main gauches un certain nombre d'exercices usuels.

D'abord, il lui a été imposé de s'habiller et de se déshabiller seul, de boutonner ses vêtements, de couper ses aliments, de manger, de boire, etc., *de la main gauche*. Toutes choses qu'en peu de jours, il est arrivé à faire correctement.

Pendant la marche, afin de corriger l'attitude de son bras gauche, il a dû s'astreindre à le balancer, à porter une canne, une serviette.

Maintes autres prescriptions rééducatrices ont eu encore d'heureux effets. En trois mois environ, le jeune J... est arrivé à s'habiller seul, à manger seul, à se tenir à table correctement, sans s'agiter, ni se lever entre chaque service.

Et les résultats auraient été encore plus rapides et plus complets si la famille n'avait pas eu à lutter contre sa propre faiblesse et à réformer des habitudes de « gâteries » qui la conduisaient à traiter comme un bébé en jupes, ce garçon de dix-neuf ans de la taille d'un cuirassier.

Enfin, les progrès accomplis ont eu un heureux retentissement sur l'état mental. Sans doute, la légèreté, la versatilité, persistent encore. Mais la discipline méthodique des actes journaliers, l'habitude prise peu à peu d'exercer sur soi-même une surveillance, tendent à rééquilibrer chaque jour davantage le jeune homme. Il est moins capricieux, il est plus attentif, et surtout moins préoccupé de sa santé; il a repris confiance en l'avenir. Il ne croit plus à la gravité de ses tics; il a compris qu'il était en mesure de les maîtriser, de dompter ses mauvaises habitudes; il a le désir d'y



réussir, et il sait que cette tâche n'est pas impossible, puisqu'il a pu déjà constater sur lui-même de notables perfectionnements.

Ainsi, non seulement les accidents moteurs, mais l'état mental également, subissent les bons effets de ce mode de traitement.

Nous avons appliqué la méthode de Brissaud au traitement de la chorée variable et nous avons pu en constater ici encore les bons effets.

Voici l'observation de notre jeune malade, L.

L'immobilité du bras ne pouvait être maintenue dans aucune position de ce membre, même pendant un temps infiniment court. Le bras que la malade immobilisait en le serrant étroitement contre elle ne pouvait être détaché sans s'agiter immédiatement de secousses convulsives de plus en plus amples, jusqu'au moment où il revenait se coller au corps. D'autre part, en donnant au bras des points d'appui, on rendait l'immobilisation volontaire plus malaisée.

Dans ces conditions, il fallait donner à la gymnastique des mouvements la place prépondérante dans le traitement, tout en ne négligeant pas les tentatives d'immobilisation qui, pendant longtemps, restèrent vaines.

La malade eut à exécuter une infinité de mouvements des doigts, de la main, de l'avant-bras, du bras et du moignon de l'épaule. Tantôt nous nous occupions plus spécialement d'un segment du membre, tantôt des mouvements qui mettaient en jeu une articulation, tantôt de mouvements de la totalité du membre.

Les premiers essais furent pénibles : tout mouvement était exécuté hâtivement, avec effort, et le geste obtenu était bien la caricature du geste demandé. On parvint cependant peu à peu à rendre les mouvements moins désordonnés, en faisant régulariser les gestes du bras droit par des gestes symétriques du bras gauche.

Cependant on ne commença guère à entrevoir un résultat notable qu'après un grand mois d'exercices.

Après six mois de traitement, la malade ne tient plus son



membre supérieur accolé contre son corps; elle fait correctement les gestes simples tels que : donner la main, présenter un livre, ramasser un objet.

Les actes plus compliqués : mettre une épingle à son chapeau, se boutonner, etc., sont beaucoup plus faciles. Autrefois, L... arrivait toujours au but, mais avec force contorsions; maintenant celles-ci sont considérablement réduites en nombre et en amplitude.

Bref, grâce au traitement appliqué à la correction des mouvements du bras, l'amélioration est d'autant plus manifeste qu'il s'agit de mouvements plus simples.

La conservation de l'immobilité absolue est plus difficile à obtenir. C'est dans l'extension de tous les segments du bras les uns sur les autres, que L... la conserve le mieux; elle demeure vingt secondes dans la position du « bras tendu ».

Dans le *torticolis mental*, les exemples d'application du traitement sont déjà nombreux. Des améliorations très appréciables, de véritables guérisons ont été signalées par plusieurs auteurs et par nous-mêmes.

M. E. Martin<sup>1</sup> a obtenu la guérison d'un *torticolis mental* dans un cas particulièrement difficile. Le voici :

Jeune homme de vingt-six ans, présentant un délire mélancolique avec idées hypochondriaques. Il raconte que ses organes sont pourris et qu'il ne guérira jamais. Il n'a plus de jambes, plus de pieds, plus de mains; son cou et sa tête, il ne sait pas où ils sont. Il s'irrite très facilement et ne répond pas la plupart du temps aux questions qu'on lui pose. Ses sentiments affectifs sont très émoussés. Il n'éprouve aucun plaisir à avoir la visite de sa mère. Il se fâche avec elle et lui dit des choses désagréables.

Toute la journée il reste immobile, assis dans un fauteuil la tête fléchie sur la poitrine et rejetée un peu à droite. Lorsqu'on lui adresse la parole, cette attitude s'exagère encore; il peut à l'aide de la main, relever sa tête pour regarder ses

1. Congrès de Limoges, 1901.



interlocuteurs, mais aussitôt qu'il la lâche, elle reprend la position fléchie.

Du côté gauche de la face existe un tic qui consiste dans le relèvement brusque et saccadé de la commissure labiale. Attitude des membres en contracture légère.

Si l'on prie le malade de se lever, il le fait péniblement et marche le ventre en avant, le dos fortement arqué, les jambes écartées. La tête, dans la position indiquée, entraîne par moment un mouvement convulsif des muscles du cou du côté gauche... Le sterno-mastoïdien gauche et le trapèze sont très durs. Si l'on saisit la tête et qu'on veuille la redresser, le spasme se produit et le malade résiste fortement.

*Traitement.* — Le 10 mars 1900, dit M. E. Martin, nous instituons le traitement suivant : nous essayons de capter la confiance de notre malade en lui faisant comprendre qu'il peut guérir et nous commençons à lui démontrer qu'il est capable de bouger, en lui faisant exécuter avec la main des mouvements dans les jambes contracturées. Ces séances sont renouvelées trois fois par jour et suivies de bains et de massage.

20 avril. — Le malade exécute au commandement les mouvements des jambes que tout d'abord nous avons dû leur imprimer. Les séances continuent, les jambes et les bras remuent au commandement; ce sont des mouvements d'assouplissement que le malade effectue.

15 avril. — Les contractures d'attitude des membres ont disparu, le malade accomplit tous les mouvements d'assouplissement, au commandement et de lui-même. La tête, qui est toujours déviée à droite et abaissée, le gêne beaucoup, dit-il. Il commence à s'en apercevoir. Nous espérons la guérison.

Le caractère s'est bien modifié : avec le médecin qui le tient sous sa suggestion, il est aimable, mais dès qu'il est seul il s'irrite et se porte des coups. Cependant il est à noter qu'avec l'état physique l'état mental s'améliore.

Nous profitons des bonnes dispositions du malade pour lui faire faire quelques mouvements dans les muscles du cou. Les mouvements de latéralité sont impossibles dès que le malade les essaie : le spasme apparaît, entraînant la tête à



droite. Mais il esquisse le mouvement d'élévation et d'abaissement de la tête.

Plus de cinq mois de gymnastique d'assouplissement, les séances occupant en moyenne trois heures par jour, ont été nécessaires pour guérir et encore incomplètement, ce torticolis mental. Ce qu'il y a de très intéressant, c'est de noter le parallélisme constant entre l'amélioration des troubles physiques et des troubles mentaux.

Au mois de juin, cinq mois après le début de la cure, le malade était transformé. Les idées mélancoliques ont complètement disparu, son caractère s'est amélioré. Il reçoit très bien ses parents, et ses lettres sont affectueuses et bien conçues.

A trois reprises différentes, nous avons assisté à des récives de torticolis mental. Elles ont été de courte durée et facilement curables.

Nous l'avons suivi encore pendant un an. La guérison du torticolis est à l'heure actuelle parfaite... Le malade, depuis quatre mois, a repris ses occupations.

Il est nécessaire de le répéter, les tiqueurs ont toujours à se méfier des *récives*. La moindre cause déprimante capable de distraire ou d'affaiblir leur volonté peut aussi faciliter la reprise d'une habitude défectueuse. Un chagrin, une préoccupation pénible ou des motifs répétés de mécontentement, les font quelquefois retomber dans leurs anciens errements musculaires.

Les récives généralement éphémères des tics ont leur intérêt. En effet, elles diffèrent parfois du tic primitif, et nécessitent des modifications dans le traitement.

Exemple :

Après huit jours de traitement, après des progrès notables, L... qui avait eu jusqu'alors un tic de rotation *permanent* de la tête à droite eut, comme elle dit, « une crise » de grand désespoir; elle se mit à douter de la possibilité de sa gué-



rison. Aussi la tête recommença à tourner vers la droite, l'épaule droite s'élevant de plus en plus. Mais la rotation n'était plus permanente. C'était plutôt un tic rotatoire *intermittent*, produit par une série de contractions cloniques (principalement des muscles cervicaux), et sans geste antagoniste.

Cette grande crise dura cinq jours, et fut assez vive pour qu'on jugeât utile d'interrompre momentanément les exercices.

Après ces quelques jours de repos, les exercices furent repris, dirigés par l'un de nous et répétés à domicile sous la surveillance du père qui assistait à toutes les séances.

Nous avions soin de nous placer constamment en avant et à gauche de la malade, du côté opposé à son torticolis. De même, chez elle, pendant les repas, L... devait s'asseoir à table de façon à être obligée de tourner la tête à gauche pour causer avec ses parents placés à sa gauche.

Quelques jours plus tard, survint une nouvelle « crise » de désespoir. Mais cette fois la tête se mit à tourner du *côté gauche*.

Plus tard, nous vîmes encore la tête s'incliner en avant, à droite et en bas, attirée dans cette direction par de brusques secousses.

L... était déjà en traitement depuis six semaines, lorsqu'elle nous déclara un beau jour qu'elle sentait sa tête attirée de nouveau invisiblement vers la droite. Mais elle ajouta qu'elle avait trouvé le moyen d'y remédier : il lui suffisait d'appuyer sa main gauche sur la joue gauche. Moyen de correction vraiment paradoxal.

Vers cette époque, les douleurs, la tension, les tiraillements des muscles du cou disparurent. Mais si la souplesse revint, ce ne fut pas sans intermittences. En effet, d'abord pendant des jours entiers, puis pendant des périodes de moins en moins longues, il exista un tremblement menu de la tête. Ce n'était plus d'ailleurs qu'un tremblement d'effort. L..., pour refréner son torticolis, contractait simultanément les petits muscles cervicaux d'un côté et simultanément les antagonistes situés de l'autre côté. Résultat : raideur et tremblement du cou.



Nous avons observé plusieurs fois ce tremblement à l'approche de la guérison. Le fait mérite d'être signalé. Ce tremblement disparaît d'ailleurs de lui-même au fur et à mesure que l'amélioration s'accroît.

Les récidives surviennent parfois plusieurs mois après la guérison.

Descroizilles, en 1890, a cité un cas de mouvements convulsifs de la tête et de l'épaule droite chez un jeune garçon. Le tic datait de trois ans; il céda en quelques semaines à un traitement gymnastique. Après six mois de guérison, le tic revint. Il résista cette fois à la gymnastique, mais guérit à nouveau, assez rapidement, par la suspension. Trois mois après, il reparaisait encore.

Les faits de ce genre montrent combien il faut être réservé en présence des guérisons qui se produisent en un court délai. Peut-on, en quelques jours seulement, *apprendre à vouloir*?

Certains sujets, au contraire, s'améliorent presque insensiblement; ce sont ceux qui ont le plus de chances de guérir sans incidents, et de rester bien guéris.

Tel fut un malade adressé à M. Brissaud par M. Chauffard, qui guérit sans présenter ces alternatives de bons et de mauvais jours que l'on constate chez la plupart des tiqueurs.

Par contre, d'autres fois, on voit peu après la guérison survenir des incidents imprévus.

Un de nos malades<sup>1</sup> avait été assez rapidement débarrassé d'un torticolis mental par le traitement habituel et nous lui avons permis de reprendre ses occupations. Tout allait bien; la position de la tête était correcte. Subitement, un mois après la reprise du travail, l'ancien tiqueur revenait à nous,

1. BRISSAUD et FEINDEL, Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires, *Journal de neurologie*, 15 avril 1899.



très déprimé, désolé, se plaignant que depuis quelques jours il était plus malade que jamais.

Le tic rotatoire n'était pas revenu, un autre phénomène l'avait remplacé. Lorsque cet homme marchait, la tête parfaitement droite, si l'on venait à l'appeler à *droite*, il semblait instantanément figé sur place. Il s'arrêtait et *ne pouvait tourner la tête à droite*; en même temps, *sa gorge se serrait*; au bout de trois ou quatre secondes la tête pouvait de nouveau se tourner vers la droite. Il en résultait pour le malade un véritable état d'angoisse, d'autant plus pénible que la menace de ces sortes de surprises était permanente.

Il quitte Paris et se rend chez ses parents, à la campagne. A peine arrivé, il nous écrit qu'il va de plus en plus mal, que *sa tête s'agite dans tous les sens* et que, malgré ses efforts, *il ne peut la renverser en arrière* (mai 1898).

Ainsi semblait nous échapper un beau cas de guérison. Il fallait s'armer de persévérance et agir sur l'état mental. Nous prescrivons le *repos absolu au lit*, un régime sévère, l'hydrothérapie, le tout minutieusement détaillé, devant s'accomplir à heure fixe et dans un temps donné; nous recommandons surtout une parfaite régularité dans les exercices gymnastiques (juin 1898).

Quelque temps après, nouvelle lettre, le malade va mieux, mais il a un *nouveau torticolis* — autrefois la tête pivotait franchement autour de son axe vertical; — maintenant le menton s'abaisse, dirigé à gauche, la tête s'inclinant à droite. Nouvelles prescriptions, nouveau rappel à l'ordre et le mieux s'accroît rapidement. Enfin, les dernières lettres nous annoncent une guérison à peu près complète (juillet 1898).

Bientôt cet homme peut reprendre son emploi (octobre 1898); il n'a plus de torticolis (janvier 1899), plus d'angoisse, plus de tremblement; mais s'il oublie quelque jour de faire ses exercices, il a le lendemain une raideur du cou, à droite.

Notre ancien tiqueur vient nous voir deux ou trois fois chaque année. Depuis deux ans au moins, il n'est plus question ni de torticolis ni d'exercices. Nous avons encore eu dernièrement sa visite (septembre 1901); au moral comme au physique, il est redevenu un homme normal.



De ces faits, on peut tirer ce double enseignement : d'abord, qu'après le traitement d'un tic la tâche du médecin n'est pas terminée ; le geste intempestif disparu, reste l'état mental du tiqueur qui fait de celui-ci une proie facile aux retours offensifs du mal ; si l'état mental est suffisamment modifié par la rééducation, alors, vraiment, on peut escompter la guérison définitive du tic grâce à l'affermissement de cette volonté dont la débilité congénitale avait permis au tic de s'installer autrefois. Mais, pendant longtemps il est prudent de ne parler que d'amélioration.

Ensuite, il ne faut jamais désespérer du succès définitif malgré les lenteurs des progrès ou les récides ; le traitement dure des mois, il peut durer un an, plus encore, le tiqueur doit acquérir peu à peu une infinité de notions que son esprit léger a négligé de préciser, savoir comment ses muscles agissent, percevoir les déplacements de ses membres en même temps qu'il les mesure de l'œil. A force de regarder *comment il doit être lorsqu'il veut rester immobile*, ou bien effectuer un mouvement, il apprend à vouloir. L'éducation de la volonté dans le sens du *contrôle* de ses propres actes tend à raffermir la volonté tout entière, et par suite à rapprocher le tiqueur du type normal.

Ne peut-on donc pas parler de guérison radicale ? -- Si, mais ce succès définitif dépend des malades eux-mêmes ; ils peuvent l'obtenir d'une façon presque certaine en continuant seuls, pendant longtemps, à répéter dans des séances régulières les exercices qu'ils ont appris.

Ils sont bien *guéris* le jour où leur tic n'est plus apparent et a cessé de les incommoder. Mais il peut arriver qu'à l'occasion d'une fatigue ou d'une émotion, ils éprouvent encore quelque tendance à esquisser de légers



mouvements rappelant plus ou moins le tic d'autrefois; leur volonté raffermie par un entraînement méthodique est seule capable de triompher de ces simulacres de rechutes.

Aussi, faut-il ne pas crier trop tôt victoire, même lorsque les patients se réjouissent d'être complètement débarrassés de leurs tics. Leur avenir dépend désormais de leur persévérance.

Ces réserves faites, on peut toujours croire au maintien de la guérison, quand l'affection est de date récente et quand les malades ont donné des preuves certaines de leur assiduité et de leur désir de guérir. On peut prédire qu'une amélioration se transformera en guérison s'ils se sont montrés suffisamment dociles et attentifs à combattre leur infirmité.

### LES MOUVEMENTS EN MIROIR.

Parmi les procédés rééducateurs qui méritent d'être mis en œuvre pour corriger les gestes intempestifs des tiqueurs, l'un de nous a signalé les services que peuvent rendre les *mouvements en miroir*.

On sait que sous le nom d'*écriture en miroir*, on désigne communément un mode d'écriture qui, regardée par réflexion dans un miroir, ou par transparence sur le verso de la page écrite, reproduit exactement l'écriture ordinaire.

L'écriture en miroir peut se faire avec la main droite ou la main gauche. Pour écrire en miroir de la main droite, la main trace les caractères de droite à gauche; elle suit une direction *centripète* (par rapport à l'axe du corps). Au contraire, lorsqu'on écrit en miroir de la main gauche, la



main trace les caractères de droite à gauche; elle suit une direction *centrifuge* <sup>1</sup>.

L'écriture en miroir a été surtout étudiée comme trouble pathologique de l'écriture. On en a rapporté de nombreux exemples et l'on a donné diverses explications de cette singularité. En dehors de ces cas, il est un fait d'observation courante : normalement et sans éducation préalable chez toute personne qui sait écrire couramment de la main droite en écriture ordinaire, une expérience fort simple et maintes fois répétée démontre que la main gauche tend à adopter spontanément l'écriture en miroir.

Écrivez ou faites écrire la même phrase *des deux mains et simultanément*, en partant du milieu d'une feuille de papier. La main droite suit sa marche ordinaire de gauche à droite. La main gauche suivra sans peine la marche inverse de droite à gauche; les caractères qu'elle trace sont le reflet « en miroir » de ceux que trace la main droite. On peut les lire aisément par transparence.

Dans un premier essai, les caractères sont plus ou moins correctement tracés, la main gauche étant, chez la majorité des individus, moins habile et surtout moins éduquée aux menus mouvements que la main droite. Mais la disposition en miroir de ces caractères n'est pas contestable <sup>2</sup>.

On peut répéter l'expérience sur un sujet qui n'a jamais tenté d'écrire de la main gauche et qui ignore même l'existence de l'écriture en miroir. En lui deman-

1. Ces propositions ne sont exactes que pour les types d'écriture dite *aryenne*. Elles doivent être interverties si l'on considère les écritures dites *sémitiques* (l'arabe, par exemple, qui s'écrit de droite à gauche avec la main droite).

2. HENRY MEIGE, Communication au XI<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française tenu à Limoges (séance du 2 août 1901), et Journal de Neurologie, n<sup>o</sup> 19, 1901.



dant d'abandonner complètement sa main gauche aux mouvements qu'elle sera entraînée à exécuter pendant que la main droite écrira la phrase prescrite, en lui enjoignant de ne pas regarder les caractères que trace la main gauche, et même en le faisant écrire pour la première fois des deux mains, les yeux fermés, on arrivera presque constamment à ce même résultat : la main gauche écrira en miroir.

L'écriture en miroir de la main gauche serait ainsi *l'écriture naturelle de la main gauche*. C'est l'opinion défendue par Carl Vogt, Martial Durand, etc., et plus récemment par M. Gilbert Ballet <sup>1</sup>, avec cette remarque que « l'écriture en miroir de la main gauche est l'écriture normale chez les gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance naturelle ».

La forme des caractères graphiques importe peu. Nous avons maintes fois répété l'expérience en variant ces derniers (caractères grecs, allemands, typographiques, sténographiques, etc.). Dès le premier essai, c'est toujours l'écriture en miroir que choisit la main gauche.

Un détail à noter à propos de l'écriture des deux mains simultanément : c'est que l'écriture de la main droite subit de notables déformations. Elle perd la plupart de ses caractères graphologiques; elle redevient hésitante, enfantine; les lignes sont sinueuses, les lettres irrégulières et sans individualité. Il en est de même du dessin.

Si, au lieu de faire écrire les deux mains à la fois, on commande d'écrire en miroir de la main gauche seulement, la droite restant au repos, on constate au début plus de difficulté. Il y a des hésitations. Aux caractères

1. GILBERT BALLET, L'écriture de Léonard de Vinci. Contribution à l'étude de l'écriture en miroir, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. XIII, n° 6, 1900.



en miroir qui se tracent automatiquement viennent parfois se mêler des caractères ordinaires. C'est qu'alors l'automatisme des mouvements de la main gauche n'est pas entraîné par celui des mouvements de la main droite. De temps en temps, l'image visuelle d'une lettre normale se présente à l'esprit, image qui n'est pas superposable à celle que la main est tentée de tracer. Il y a doute, réflexion, et généralement, arrêt et faute.

Toutefois, si le sujet *laisse écrire* sa main gauche, sans se préoccuper de la forme des caractères qu'elle trace, ou en fermant les yeux, l'automatisme reprend ses droits et l'écriture est franchement en miroir.

Sans doute, si l'on demande à une personne qui n'a fait aucune tentative antérieure, d'écrire de la main gauche, mais de la main gauche seulement, la droite restant au repos, elle s'efforcera généralement de tracer les caractères de l'écriture ordinaire. Mais elle n'y parviendra qu'à grand renfort d'attention, en évoquant l'image visuelle de chaque lettre et en cherchant à imiter les contours de cette image avec une extrême lenteur et des incorrections fréquentes. Son écriture sera comme un décalque. Elle n'aura rien d'automatique. C'est pourquoi l'écriture en caractères ordinaires de la main gauche demande une longue éducation, de patients efforts, sans atteindre jamais une grande rapidité.

Par contre, les mouvements de l'écriture en miroir de la main gauche s'exécutent avec une remarquable facilité, sans éducation préalable et de façon automatique.

Les phénomènes de l'écriture normale de la main droite sont complexes; ils nécessitent, au début, l'intervention simultanée des images motrices, visuelles et même auditives. Dans l'écriture en miroir de la main gauche, non pathologique, telle que nous l'envisageons ici, il



semble bien que l'on n'ait affaire qu'à un phénomène purement moteur. L'évocation des images visuelles des lettres, auxquelles on est souvent obligé de recourir dans l'écriture de la main droite, est non seulement inutile pour l'écriture en miroir de la main gauche, mais devient, au contraire, une cause de difficulté et d'erreurs.

M. Ballet a très justement fait observer que tous les sujets ne présentent pas, au même degré, l'aptitude à écrire en miroir de la main gauche, en particulier ceux qui n'ont qu'une éducation graphique peu développée. C'est que ceux-ci ne peuvent guère écrire sans évoquer l'image visuelle des lettres. En écrivant avec la main droite, c'est cette image qu'ils copient. S'ils écrivent de la main gauche, ils sont tentés de faire la même opération, et de reproduire l'image visuelle droite qu'ils évoquent.

Il existe d'ailleurs des différences individuelles, même chez les personnes qui ont une grande habitude de l'écriture ordinaire. Dans les premiers essais d'écriture en miroir, certains sujets éprouvent de la difficulté à faire abstraction des images graphiques visuelles auxquelles ils sont habitués et celles-ci reparaissent parfois dans leur écriture de la main gauche. Mais si on leur fait fermer les yeux et si on leur enjoint d'abandonner leur main gauche à sa seule impulsion motrice, sans se préoccuper de la forme des caractères qu'elle trace, — et l'on obtient assez facilement cet automatisme, — c'est bien en miroir qu'ils écriront spontanément et à leur grand étonnement.

La plus ou moins grande aptitude individuelle à écrire en miroir de la main gauche, semble donc dépendre de la plus ou moins grande facilité avec laquelle on peut écrire sans évoquer l'image visuelle des lettres.

Tel est le cas de la plupart des gens qui ont une grande



habitude de l'écriture de la main droite. Chez eux l'écriture est devenue un acte moteur automatique et cet automatisme se trouve, à leur insu, acquis également par leur main gauche, sous la forme dite en miroir.

La grande facilité qu'a la main gauche de reproduire en miroir les mouvements de la main droite, — ou inversement, — s'explique par la disposition symétrique des muscles par rapport à l'axe du corps.

L'expérience démontre, en outre, que, physiologiquement, la contraction simultanée de deux muscles *symétriques* est toujours plus facile à réaliser que la contraction de deux muscles non symétriques. A la loi de symétrie semble bien correspondre la loi du moindre effort.

Or, dans l'écriture, en divergeant des deux mains à la fois, les mouvements se font de façon symétrique par rapport à l'axe du corps. Ce mode d'écriture est donc celui que les deux mains réalisent le plus aisément.

Ce qui est vrai pour l'écriture ne l'est pas moins pour tout autre mouvement. Dans tous les exercices physiques, lorsqu'on fait appel aux contractions simultanées des muscles symétriques, on atteint rapidement le but poursuivi. L'éducation est beaucoup plus longue, au contraire, lorsqu'on exige la contraction simultanée de deux muscles dont l'action ne produit pas deux mouvements symétriques par rapport à l'axe du corps.

Maints exemples pourraient confirmer cette assertion.

On sait que rien n'est plus facile que de faire décrire aux deux bras un mouvement de rotation dans le même sens. Par contre, on n'arrive qu'à grand peine à les faire tourner en sens inverse. De même, très peu de gens arrivent à tourner leurs pouces en sens inverse.

Les professeurs de gymnastique savent tous combien



leurs élèves apprennent plus aisément les exercices symétriques des bras que les mouvements alternatifs ou parallèles. Les mouvements de natation qui sont symétriques s'apprennent sans grand effort. Ceux de l'escrime, au contraire, qui sont asymétriques, ne deviennent aisés qu'après un long exercice. Les débutants au piano exécutent sans effort les exercices qui nécessitent l'action des muscles symétriques; par contre, la gamme la plus simple exécutée à l'unisson par les deux mains demande un long apprentissage; elle exige, en effet, l'action simultanée de muscles asymétriques.

Ces constatations ont plus d'un intérêt pratique.

La facilité avec laquelle s'exécutent les mouvements symétriques doit être mise à profit dans toute espèce d'éducation motrice. Qu'il s'agisse de métiers, de gymnastique, de sports ou d'arts d'agrément, l'apprentissage des mouvements qui exigent le concours simultané de muscles symétriques, se fera toujours avec plus d'aisance et de rapidité. Les éducateurs ne devront pas perdre de vue cette aptitude.

Il existe malheureusement une tendance fâcheuse à développer uniquement l'habileté motrice d'un seul membre supérieur, le droit. L'emploi de la main gauche pour une foule d'usages courants est même parfois sévèrement jugé. Assurément, la majorité des sujets semblent congénitalement moins aptes à se servir de leur main gauche. Mais l'habitude, l'exemple, et même la mode, contribuent pour une large part à perfectionner le membre droit, au détriment du membre gauche. On aurait tout avantage à réagir contre cette routine et ces préjugés.

En une foule de circonstances, il peut être utile, parfois même indispensable, d'employer la main gauche. Que de fois n'a-t-on pas à déplorer son inexpérience! On l'accuse



de maladresse, tandis que bien souvent son infériorité ne tient qu'à la mauvaise direction de son éducation. Chez nombre de sujets la main gauche est aussi perfectible que la droite. Sa « gaucherie » tient surtout à ce qu'on exige d'elle l'exécution de mouvements superposables à ceux de la main droite, et qui sont généralement contraires à ses aptitudes naturelles. Mais si l'on demande à la main gauche, au lieu d'un *calque* des mouvements de la droite, la reproduction symétrique de ces mouvements, l'effort qu'elle accomplit est beaucoup moindre et elle donne rapidement des preuves de sa perfectibilité.

L'éducation de la main gauche doit donc être poursuivie en exigeant d'elle, non pas les mêmes mouvements qu'exécute la main droite, mais la reproduction en miroir de ces mouvements.

En ce qui regarde l'écriture, il pourrait être avantageux d'enseigner les mouvements graphiques aux deux mains en même temps, la main gauche traçant en miroir les caractères tracés par la main droite. Ce mode d'enseignement de l'écriture semblera, sans doute, trop insolite pour avoir chance d'être adopté. Au surplus, il n'est pas indispensable pour que le sujet puisse tirer parti de sa main gauche à l'occasion.

En effet, l'expérience courante que nous avons rappelée en commençant, démontre ce qui suit :

Une personne a appris à écrire de la main droite; elle a consacré plusieurs années à cette éducation. Elle n'a jamais songé à écrire de la main gauche. On la prie d'écrire des deux mains à la fois. Spontanément, sans réflexion, du premier essai, elle est capable de faire avec sa main gauche les mouvements délicats et compliqués de l'écriture, auxquels cependant cette main n'a jamais été exercée; mais elle les fait en miroir. En outre, si on



prend la peine de répéter plusieurs fois cette tentative, on acquiert en très peu de temps une réelle habileté à écrire correctement, et surtout rapidement, des deux mains à la fois, la main gauche écrivant toujours en miroir. Par contre, si on essaye d'écrire des deux mains à la fois, de la même écriture droite, on éprouve des difficultés plus ou moins grandes, mais surtout on n'arrive jamais à une semblable rapidité. Il va sans dire que les gauchers, qui présentent spontanément une aptitude particulière à l'éducation de leur membre supérieur gauche, apprennent avec une rapidité remarquable l'écriture en miroir de la main gauche.

Ainsi, l'expérience tend à démontrer que l'éducation graphique du membre supérieur droit s'est *réflétée*, — *en miroir*, — sur le membre supérieur gauche. Et cette éducation graphique en miroir s'est faite inconsciemment; elle peut demeurer même complètement inconnue du sujet.

On peut donc conclure, d'une façon générale, que l'éducation des centres moteurs d'un membre a son retentissement en miroir sur les centres moteurs symétriques du membre opposé. L'effet de cette éducation, pour être souvent latent, n'en est pas moins réel et se traduit à l'occasion par la facilité avec laquelle le membre non éduqué reproduit en miroir les mouvements du membre éduqué.

Des constatations de ce genre ont été faites par H.-F. Weber, par Fechner; M. Féré<sup>1</sup> a insisté également sur l'influence des mouvements d'un membre sur ceux de son congénère.

On peut tirer de là cette conclusion pratique, qu'une personne possédant une éducation graphique complète

1. FÉRÉ. L'influence sur le travail volontaire d'un muscle de l'activité d'autres muscles. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, n° 5, 1901.



de la main droite, possède également la même éducation graphique en miroir de la main gauche. Cette éducation latente peut, à bref délai, être mise en évidence, puis en pratique.

Les avantages de cette aptitude ne sont pas à dédaigner.

S'il est vrai qu'avec un très court apprentissage, un sujet qui sait écrire couramment de la main droite, peut apprendre à écrire des deux mains à la fois, il se trouve ainsi rapidement en mesure de fournir dans le même temps deux exemplaires d'un même écrit au lieu d'un seul. Il est son propre copiste; il supplée lui-même au copie-lettre.

Si, par suite d'un accident, d'un traumatisme, d'une maladie quelconque, une personne vient à être privée, temporairement ou définitivement, de l'usage de sa main droite, n'est-il pas précieux pour elle de pouvoir, spontanément, ou en tout cas avec très peu d'exercice, écrire de la main gauche presque aussi rapidement et correctement que de la main droite? Cette écriture est en miroir, il est vrai, et l'on peut objecter qu'elle n'est pas lisible pour ceux qui n'y sont pas habitués. L'emploi d'un papier transparent au verso duquel l'écriture en miroir se trouve redressée, résout aisément cette difficulté.

En tous cas, ce mode d'écriture est infiniment moins pénible à apprendre que l'écriture ordinaire de la main gauche qui, on le sait, demande une très longue éducation et n'acquiert jamais une grande rapidité. Les sujets qui sont définitivement privés de l'usage de leur bras droit, pourraient se dispenser de cette éducation laborieuse.

Mais pour ceux surtout dont le bras droit n'est que temporairement immobilisé (fracture, phlegmons, arthrites, crampes des écrivains, etc.), il y a de grands avan-



tages à pouvoir pendant un temps bénéficier de leur éducation graphique antérieure, en utilisant l'écriture en miroir que leur main gauche sait réaliser à leur insu.

Si, au contraire, ils cherchent à apprendre à écrire de la main gauche en écriture ordinaire, ils ne parviendront à un résultat satisfaisant qu'après un long exercice, et alors qu'ils auront sans doute déjà recouvré depuis longtemps l'usage de leur main droite.

L'aptitude de la main gauche à tracer en miroir les figures que trace normalement la main droite, peut surtout rendre de grands services dans le dessin, en particulier lorsqu'il s'agit de dessins *symétriques*. On est surpris de la rapidité avec laquelle s'acquiert ce mode de fonctionnement. On s'en convaincra surtout pour les figures de grandes dimensions, celles, par exemple, qu'on dessine sur un tableau noir ou sur une planche murale. Ici la grande facilité des contractions musculaires symétriques est rendue plus évidente encore par la grande amplitude des mouvements.

Enfin, les mouvements en miroir peuvent avoir une application thérapeutique.

On sait l'importance qu'a prise, aujourd'hui, la rééducation musculaire dans toutes les affections qui s'accompagnent de troubles de la motilité. S'il est vrai, comme semble bien le démontrer l'observation, que l'éducation d'un centre moteur d'un côté a son retentissement « en miroir » sur le centre moteur du côté opposé, on devra chercher à tirer parti de cette propriété. En faisant exécuter un mouvement à un membre sain, on doit s'attendre à ce que le membre malade apprenne à exécuter le même mouvement, bien plus aisément que tel autre mouvement. La gymnastique rééducatrice devra donc profiter



de cet avantage toutes les fois qu'elle s'adressera à des troubles moteurs dimidiés.

Pour corriger ou améliorer les réactions motrices du côté malade, il ne faut pas seulement appliquer à ce côté malade la gymnastique musculaire qui lui est ordonnée, il faut encore demander au côté sain le concours des réactions motrices symétriques. Leur régularité exercera son action correctrice sur les mouvements en miroir du membre malade.

L'expérience suivante peut synthétiser un certain nombre de nos observations.

Un sujet présente des mouvements anormaux du bras droit. Si le bras droit agit seul, un geste intempestif se produit. Si l'on fait agir en même temps et en miroir le bras gauche, les deux mouvements se font correctement.

Les actes moteurs normaux du membre sain exercent donc une influence correctrice sur les actes moteurs anormaux symétriques du membre malade <sup>1</sup>.

Ainsi, d'une façon générale, les mouvements en miroir doivent être utilisés dans la thérapeutique des affections dimidiées. Pour que ces mouvements soient efficaces, il faut évidemment que les centres moteurs du côté malade, ou les conducteurs nerveux qui en partent, ou ceux qui les relient aux centres symétriques du côté sain, ne soient

1. Autre application, d'ailleurs restreinte, mais qu'il est bon de signaler. Les personnes qui ont appris à écrire de la main droite en écriture ordinaire (divergente), éprouvent une assez grande gêne à apprendre l'écriture convergente (l'arabe par exemple). Sans parler de la difficulté qu'elles éprouvent à tracer des caractères nouveaux, il est certain que la main droite accoutumée, dès l'enfance, à faire les mouvements de l'écriture de gauche à droite, s'accommode mal des mouvements de droite à gauche. Par contre, l'apprentissage de l'écriture arabe de la main gauche se trouve facilité par l'aptitude de cette dernière à écrire de droite à gauche. Cette particularité peut être mise à profit par les arabisants.



pas atteints par une lésion destructive irrémédiable. S'il en était ainsi, en effet, on ne concevrait pas que l'éducation d'un membre sain puisse avoir un retentissement favorable sur le membre malade.

Mais, lorsqu'il s'agit d'une lésion passagère ou peu accentuée, la rééducation musculaire, dont on a plus d'une fois déjà signalé les heureux effets en pareils cas, se trouvera certainement facilitée par la mise en jeu des mouvements en miroir.

Enfin, c'est surtout dans la correction des troubles moteurs d'origine fonctionnelle que les mouvements en miroir trouveront leur application. Les crampes fonctionnelles, les spasmes professionnels, les tics sous toutes leurs formes, peuvent en bénéficier.

L'unilatéralité très fréquente de ces accidents permet d'instituer une *gymnastique rééducatrice en miroir* dont nous avons pu déjà constater les bons effets en plusieurs cas.

Les mouvements de l'écriture, d'une façon générale, pourront être utilisés de préférence à tous les autres, car les résultats graphiques constituent un excellent moyen de contrôle, et par leur variété permettent de tenir constamment en éveil l'attention du sujet. Celui-ci s'intéresse toujours à ses exercices; il a sous les yeux les preuves matérielles de ses progrès. Le but poursuivi n'est pas d'obtenir un perfectionnement calligraphique : les tiqueurs, nous l'avons vu, n'ont qu'exceptionnellement des troubles de l'écriture; mais, pour exécuter convenablement les exercices prescrits, ils sont tenus de s'imposer l'immobilité et cette contrainte volontaire ne peut que leur être profitable.

Aussi, à la suite des séances d'immobilité absolue, donnons-nous à tous les malades, petits ou grands, des



« devoirs » quotidiens exigeant, pour être bien faits, la répression de toute espèce de mouvement intempestif : pages d'écriture, dessins, calques, petits travaux d'ornementation, de peinture, etc..., bref, une foule d'exercices manuels, exigeant une certaine délicatesse de mouvements et surtout une attention soutenue, — en variant les indications suivant les goûts et les aptitudes de chacun. Et nous nous efforçons de faire exécuter ces tâches, avec les deux mains simultanément.

L'écriture peut permettre de réaliser l'application des mouvements en miroir de façons très différentes : par des mouvements des doigts, par des mouvements de la main, par des mouvements de l'avant-bras, par des mouvements du bras. On devra, successivement, apprendre au malade à écrire de ces diverses manières, et des deux mains à la fois. Par exemple, ces mouvements seront exécutés dans l'espace ; puis sur un tableau noir vertical avec de la craie ; puis sur le même tableau noir horizontalement placé, sur le sol ou sur de larges feuilles de papier, en se servant de craie ou de fusain fixés aux extrémités de deux cannes. On fera faire sur une muraille ou sur le sable de grands dessins symétriques agrémentés de volutes, de hachures, d'ornements de toutes sortes, mais toujours symétriquement disposés et tracés à l'aide de mouvements symétriques des deux mains ou des deux bras. On peut varier à l'infini ces exercices : l'essentiel est d'obtenir leur exécution correcte et d'exiger pendant ce temps la répression de tout geste intempestif.

Nous avons utilisé ces procédés d'éducation motrice chez plusieurs de nos malades :

M. O... qui n'est pas gaucher, et qui est même très maladroît de la main gauche, a rapidement appris à écrire des deux mains à la fois, la gauche écrivant en miroir.



Cet exercice que nous lui avons conseillé avait surtout pour but de l'obliger à se tenir tranquille le soir, dans une position correcte du corps et de la tête, les deux mains étant occupées également. Il a fait de lui-même cette remarque parfaitement juste que, pour écrire rapidement de cette façon, il fallait exécuter spontanément les mouvements de l'écriture, sans se préoccuper de les diriger.

De la même façon, M. O... fait chaque soir des dessins symétriques des deux mains; il est arrivé très rapidement à se perfectionner dans cet exercice, et pendant le temps qu'il y passe, il conserve une immobilité presque absolue, à sa grande satisfaction.

#### Autre application :

Chez L..., ce procédé de correction réussit à souhait. Les mouvements du bras droit étaient exécutés tout de suite presque normalement, à la condition que le bras gauche fit en même temps et symétriquement le même geste.

En faisant écrire la malade des deux mains à la fois, nous avons pu faire plusieurs remarques. D'abord, la main gauche n'écrit pas en miroir, au rebours de ce qui arrive à peu près constamment chez un sujet écrivant couramment de la main droite. — Cette particularité tient à ce que cette main gauche a appris autrefois l'écriture droite ordinaire.

Autre remarque : lorsque les deux mains écrivent ensemble (toutes les deux de l'écriture droite), la main droite écrit mieux que la main gauche; et surtout elle ne fait pas, ou elle fait beaucoup moins de mouvements irréguliers que lorsqu'elle écrit seule. Par suite l'écriture de la main droite, dans l'écriture à deux mains, est meilleure que l'écriture obtenue lorsque la main droite écrit seule.

Mais il est à remarquer également que lorsque, au cours du traitement, on a prié la malade d'écrire des deux mains, la main gauche écrivant en miroir, elle a adopté ce mode d'écri-



ture avec une grande facilité. Et bientôt on a pu constater ce fait : lorsque la malade écrit des deux mains, la main gauche écrivant en miroir, son écriture de la main droite est encore plus correcte que lorsqu'elle écrit des deux mains, la main gauche écrivant en écriture droite. Ce qui confirme l'heureuse influence des mouvements en miroir sur la rééducation musculaire.

L'écriture de L... était fort irrégulière; elle a été notablement améliorée par ce traitement. Nous avons prié L... d'écrire tous les jours quelques lignes, en s'appliquant à conserver l'immobilité.

Elle arriva peu à peu à écrire régulièrement, mais à la condition de serrer son poignet droit dans sa main gauche. Elle pouvait aussi écrire des deux mains à la fois, la main gauche traçant les mots en « miroir ». Mais il lui fallait se coucher pour ainsi dire sur son bras droit toujours prêt à se dérober.

Depuis lors, nous avons multiplié les exercices d'écriture « dans l'espace » des deux mains symétriquement ou de la main droite seule; nous avons donné à faire des lignes de bâtons, de jambages, puis de lettres, des « devoirs » en un mot. Aujourd'hui, L... se tient correctement pour écrire; les mouvements de la plume sont beaucoup plus réguliers; il n'y a plus que de très rares échappées.

Autre exemple, chez le jeune J... :

Sur nos indications, il a appris à écrire de la main gauche, côté du tic de l'épaule. Chaque jour, il a fait une page de « bâtons », puis des lettres, puis des mots. De même, il a appris à dessiner, à colorier des images, toujours de la main gauche.

Enfin, pour assurer l'immobilisation des deux bras pendant les mouvements, nous l'avons fait écrire simultanément des deux mains, la main droite écrivant une phrase sur une page, la main gauche écrivant en même temps sur une page en regard, mais *en miroir*.

Cet exercice lui est devenu rapidement familier, et pendant qu'il s'y consacre, il arrive à conserver très convenablement l'immobilité de tout le corps.



Ce système nous paraît particulièrement recommandable comme procédé de correction des tics du membre supérieur gauche. Pour un sujet qui sait écrire de la main droite, l'automatisme de l'écriture en miroir de la main gauche s'acquiert avec une grande facilité. On réalise ainsi sans peine l'exécution simultanée d'un même mouvement correct du côté droit et du côté gauche. Le membre sain impose au membre malade la régularité de ses actes.

Mais, quelle que soit la localisation des tics, on peut toujours recourir à ce mode de traitement. Il a l'avantage de se prêter à un grand nombre de combinaisons qui permettent de tenir toujours en éveil l'attention du malade, et pour que ce dernier parvienne à atteindre le but proposé, il est tenu d'exercer une surveillance permanente sur ses gestes intempestifs : ainsi, il apprend à discipliner sa volonté. Enfin, si les troubles moteurs sont unilatéraux, la bonne exécution des mouvements du côté sain facilite singulièrement la correction des fautes motrices du côté malade.

En résumé, la méthode des mouvements en miroir constitue un procédé de traitement facilement applicable et dont les bons effets se confirment en maintes occasions. On doit songer à en tirer parti chaque fois qu'on se propose une éducation ou une rééducation motrice, que le but poursuivi soit utilitaire, hygiénique ou thérapeutique. Les tiqueurs en bénéficient certainement.

### Repos au lit.

Pour la majorité des malades, il sera inutile de conseiller le repos au lit absolu. Mais il est indispensable qu'un tiqueur, un jeune tiqueur surtout, se couche de très bonne heure et se lève tard. Douze heures de lit, et, si possible, douze heures de sommeil ne sont pas excessives.



Il faut surtout veiller à l'exécution ponctuelle de cette prescription, et se montrer sévère pour toute infraction, quelles que soient les excuses invoquées par les parents : celles-ci sont généralement détestables, et du plus fâcheux effet pour le malade.

Dans la journée, deux ou trois heures de repos sur un lit ou une chaise longue peuvent aussi être conseillées avec profit, mais toujours à des moments prévus et sans interruptions. Rien n'est pire que les siestes multiples entrecoupées de promenades ou d'agitation.

Pour quelques cas cependant où la discipline journalière semble impossible à obtenir, on devra imposer le repos absolu au lit, nuit et jour, pendant deux, quatre, huit jours. Chez certains sujets, l'effet sédatif ainsi obtenu n'est pas contestable, et il ne faut pas négliger cette prescription lorsque surviennent, sans que souvent on puisse en connaître la raison, des périodes d'exacerbation où les tics se déchainent avec plus de vigueur, surtout lorsqu'on voit s'accroître les phénomènes psychiques, émotionnels ou obsédants.

### Isolement.

Enfin, l'isolement est une mesure rigoureuse, à laquelle il faudra cependant recourir dans les cas particulièrement rebelles et quand l'état mental du sujet rendra impossible l'application d'une discipline méthodique prolongée.

L'isolement paraît avoir réussi à certains malades. Wyemann donne cet exemple : Un jeune homme de dix-sept ans, d'esprit débile, d'une hérédité très chargée, était atteint de secousses convulsives et de coprolalie. Il fut amélioré par l'isolement et guéri de sa coprolalie <sup>1</sup>.

1. WYEMANN, Über einen Fall von tic de Guinon, *Göttinger dissertation*, 1900.



Plusieurs auteurs recommandent cette mesure, et n'hésitent pas à conseiller de prime abord l'envoi d'un tiqueur dans une maison de santé.

Cette manière de procéder est un peu trop expéditive. Car, il est possible que le malade soit en état de s'améliorer, et même de guérir, sans quitter le milieu où il vit. En outre, il n'est pas toujours certain que le séjour dans une maison de santé lui sera profitable.

Avant de songer à l'isolement, il importe de connaître à fond le genre de vie que mène le malade et de voir s'il est capable de le modifier, grâce aux conseils qu'on lui donnera. Il est surtout nécessaire de se renseigner exactement sur les influences que peut exercer sur lui son entourage.

Nous l'avons déjà répété bien des fois et nous ne craignons pas de le redire encore : l'entourage d'un tiqueur est une des conditions étiologiques les plus importantes de ses tics. Pour les jeunes sujets principalement, on peut affirmer que la négligence des parents ou des serviteurs chargés de leur surveillance représente un danger des plus sérieux. Dès qu'on sera convaincu de ce péril, on devra s'efforcer d'y parer par tous les moyens possibles.

Il pourra suffire d'attirer l'attention sur les inconvénients d'une faiblesse ou d'une insouciance préjudiciables ; la raison des grands saura peut-être discipliner les écarts des petits.

Cependant, il est sage de ne pas accorder trop de confiance aux promesses, même les plus solennelles, même les plus sincères. De la meilleure foi du monde, les parents peuvent se croire capables d'exercer cette surveillance dont ils comprennent la nécessité ; mais ne sont-ils pas souvent, eux aussi, des versatiles et des débiles, comme leur jeune progéniture ? Et ne leur manque-t-il pas précisé-



ment la fermeté et la persévérance indispensables à tout éducateur? De là, quelles que soient leur intelligence et leur bonne volonté, l'insuccès de leurs tentatives de correction, parfaites aujourd'hui, mais qui demain peut-être seront déjà négligées.

Lorsqu'il en est ainsi, lorsqu'on a acquis la certitude que le concours de l'entourage ne sera jamais suffisant, c'est alors qu'il faut énergiquement commander l'éloignement du tiqueur de son milieu familial.

La maison de santé, telle qu'elle est actuellement comprise, ne nous semble malheureusement pas répondre à toutes les nécessités du traitement. La promiscuité d'autres névropathes ou psychopathes est certainement dangereuse. L'isolement absolu peut avoir un effet salutaire, en ce sens que le malade, désireux de rentrer au plus vite dans la vie commune, s'efforcera de maîtriser ses habitudes vicieuses en présence de ses surveillants, afin de mériter rapidement l'*exeat*. Les efforts de répression qu'il exercera ainsi sur lui-même sont assurément profitables, surtout s'ils sont suffisamment prolongés. Et, de fait, l'amélioration est fréquente.

Cependant, en reprenant son ancienne existence, l'ancien tiqueur est maintes fois tenté de revenir à ses anciens errements. Il est à craindre que les mêmes causes qui ont fait naître les premiers tics ne reparaissent et ne réveillent des aptitudes fâcheuses, plus ou moins bien dissimulées.

Ne pas tiquer devant le médecin, pendant une courte visite, le tiqueur y parvient en général assez aisément; il arrive aussi à ne plus tiquer pendant qu'il mène une vie essentiellement différente de sa vie ordinaire, durant son séjour dans une maison de santé. Mais lorsqu'il en sort, lorsqu'il retrouve ses habitudes familières, il est bien tenté de reprendre aussi l'habitude de tiquer. De son isolement,



il a sans doute retiré un bénéfice notable, car il s'est appliqué à maîtriser ses tics; mais il y est parvenu dans certaines conditions d'existence qui ne sont pas celles où il doit se retrouver ultérieurement.

Ce n'est là qu'une demi-victoire, dont le profit est insuffisant. Le but poursuivi doit être la répression du tic en quelque circonstance que ce soit, en dehors de toute intervention ou de toute influence étrangères. Une fois instruit des moyens de correction destinés à refréner les tics, le tiqueur ne doit compter que sur lui-même pour résister à toutes les tentations quotidiennes qui peuvent s'offrir à lui dans la vie courante.

Voilà pourquoi l'isolement dans une maison de santé ne doit être considéré que comme un moyen de répression transitoire, assurément très profitable pour certains sujets particulièrement indisciplinés, dont il est impossible de modifier le genre de vie autrement que par cette mesure radicale.

Ces réserves faites, on peut affirmer qu'il y aura toujours avantage à soustraire un tiqueur aux influences de son entourage, l'un et l'autre dût-il en éprouver du mécontentement ou du chagrin. Mais il faudrait que cet isolement ne fût pas absolu et que le malade prît souvent contact avec son milieu ordinaire, sous une surveillance avisée. L'idéal serait de le confier à un éducateur attentif et dévoué, capable d'exercer une surveillance permanente.

Certaines familles s'offrent le luxe de précepteurs à domicile chargés d'apprendre à leurs enfants les lettres, les sciences ou les arts. Que n'existe-t-il des pédagogues auxquels on puisse s'adresser pour discipliner les petits ou les grands enfants parmi lesquels se recrutent les tiqueurs! Tout simple et tout modeste que puisse paraître



ce rôle, on ne saurait assez encourager cette bienfaisante innovation.

D'autres éducateurs pourraient prendre en pension les tiqueurs et, tout en vivant avec eux la vie courante, exercer à chaque instant la surveillance et la discipline indispensables.

Nous ne pouvons malheureusement exprimer que des souhaits à cet égard, ces coutumes n'étant pas encore de mise et leur réalisation rencontrant dans la pratique de réelles difficultés; mais on peut espérer que le jour où parents, malades et médecins seront bien pénétrés de la nature des tics et de l'efficacité des moyens de rééducation, bien des préjugés disparaîtront qui rendront possible ce mode d'application le plus fructueux du traitement.

En résumé, on peut dire que la *discipline de l'immobilité*, la *discipline du mouvement*, l'*ordre* et la *méthode* imposés à tous les actes de la vie, sont les moyens thérapeutiques les plus efficaces que l'on puisse opposer aux tics.

Dans les tics, en effet, il faut toujours envisager ces deux éléments inséparables : le *trouble moteur* lui-même et l'*état mental* du sujet. Les efforts thérapeutiques doivent porter sur l'un et sur l'autre. Ils parviennent toujours à modifier le premier; ils réussissent souvent à améliorer le second.

Si l'on ne peut prétendre à réformer toujours le déséquilibre psychique, du moins a-t-on les meilleures chances de corriger ainsi une pénible infirmité physique. On réussit aussi, chez les jeunes sujets surtout, à réprimer les excès d'une fâcheuse prédisposition mentale aggravée par une mauvaise éducation.

Le traitement rééducateur répond à cette double indica-



tion, car il agit à la fois sur les manifestations motrices et sur l'état mental des tiqueurs.

Grâce à lui, on peut affirmer que la majorité des tiqueurs peuvent être débarrassés de leurs tics, temporairement presque toujours, quelquefois même définitivement, si maîtres et élèves ont la persévérance nécessaire pour prolonger le traitement aussi longtemps qu'il est besoin.

Plus le sujet est jeune, plus il est intelligent et assidu, plus son tic est récent, plus aussi les chances de guérison absolue sont vraisemblables.

Chez les sujets âgés, dont le tic est invétéré, lorsqu'un grand nombre de groupes musculaires sont atteints simultanément, le traitement est moins immédiatement efficace.

Son application devient particulièrement difficile si le malade présente des désordres mentaux plus accentués, et s'il se trouve dans des conditions d'existence capables d'entretenir ses habitudes vicieuses.

Pour ces tiqueurs rebelles, si, après avoir épuisé toutes les ressources de la patience et de l'ingéniosité on se sent impuissant à les discipliner, il ne faut pas hésiter à conseiller le repos au lit et même l'isolement.

### Psychothérapie.

Mais les séances d'immobilisation, les exercices méthodiques, les occupations réglées, ne constituent pas tout le traitement. Ils en sont, si l'on peut ainsi dire, la manifestation objective. Un autre moyen d'action joue un rôle capital : c'est la *psychothérapie*.

« Ce qu'on appelle psychothérapie, dit M. Brissaud, n'est autre chose qu'un ensemble de moyens destinés à montrer au patient par où pèche sa volonté et à exercer



ce qui lui en reste, dans un sens favorable. Dans le cas particulier, le mal se borne au défaut de la volonté inhibitrice capable de refréner un caprice cortical. Ces mots n'ont rien de métaphorique et la méthode n'a rien de mystérieux, elle n'exige aucune compétence spéciale, en dehors de la fermeté douce et encourageante qui est la première vertu d'un éducateur.

« Le médecin se fait éducateur, en effet, sans rien emprunter aux pratiques plus ou moins occultes de la suggestion hypnotique. De cela surtout il faut qu'il se défende, car le malade doit être immédiatement prévenu que sa collaboration est indispensable... C'est donc sa propre volonté qui agira et non l'influence personnelle de l'éducateur. Celle-ci s'exercera seulement en soutenant les efforts du patient, en lui faisant mesurer le terrain gagné petit à petit, en le contraignant à la soumission souscrite d'avance pour la durée des exercices comme pour celle des repos. »

C'est ainsi, et seulement ainsi, qu'il faut comprendre la psychothérapie appliquée au traitement des tics. Pas de pratiques impressionnantes, pas de mystères, pas d'appareils, pas d'apparat; mais des explications claires et vraies, des causeries familières, des conseils affectueux.

*Fermeté, patience, bonté et bon sens* : voilà les armes toutes puissantes que doit employer le médecin pour livrer bataille aux tics. *Docilité, confiance et persévérance* : voilà les auxiliaires que doit fournir le tiqueur pour sortir victorieux de ce combat.

Ce pacte d'alliance une fois conclu, la lutte commencera, sans trêve ni merci, et sera poursuivie sans défaillances contre toutes les habitudes intempestives, motrices ou autres.



tion, car il agit à la fois sur les manifestations motrices et sur l'état mental des tiqueurs.

Grâce à lui, on peut affirmer que la majorité des tiqueurs peuvent être débarrassés de leurs tics, temporairement presque toujours, quelquefois même définitivement, si maîtres et élèves ont la persévérance nécessaire pour prolonger le traitement aussi longtemps qu'il est besoin.

Plus le sujet est jeune, plus il est intelligent et assidu, plus son tic est récent, plus aussi les chances de guérison absolue sont vraisemblables.

Chez les sujets âgés, dont le tic est invétéré, lorsqu'un grand nombre de groupes musculaires sont atteints simultanément, le traitement est moins immédiatement efficace.

Son application devient particulièrement difficile si le malade présente des désordres mentaux plus accentués, et s'il se trouve dans des conditions d'existence capables d'entretenir ses habitudes vicieuses.

Pour ces tiqueurs rebelles, si, après avoir épuisé toutes les ressources de la patience et de l'ingéniosité on se sent impuissant à les discipliner, il ne faut pas hésiter à conseiller le repos au lit et même l'isolement.

### Psychothérapie.

Mais les séances d'immobilisation, les exercices méthodiques, les occupations réglées, ne constituent pas tout le traitement. Ils en sont, si l'on peut ainsi dire, la manifestation objective. Un autre moyen d'action joue un rôle capital : c'est la *psychothérapie*.

« Ce qu'on appelle psychothérapie, dit M. Brissaud, n'est autre chose qu'un ensemble de moyens destinés à montrer au patient par où pèche sa volonté et à exercer



ce qui lui en reste, dans un sens favorable. Dans le cas particulier, le mal se borne au défaut de la volonté inhibitrice capable de refréner un caprice cortical. Ces mots n'ont rien de métaphorique et la méthode n'a rien de mystérieux, elle n'exige aucune compétence spéciale, en dehors de la fermeté douce et encourageante qui est la première vertu d'un éducateur.

« Le médecin se fait éducateur, en effet, sans rien emprunter aux pratiques plus ou moins occultes de la suggestion hypnotique. De cela surtout il faut qu'il se défende, car le malade doit être immédiatement prévenu que sa collaboration est indispensable... C'est donc sa propre volonté qui agira et non l'influence personnelle de l'éducateur. Celle-ci s'exercera seulement en soutenant les efforts du patient, en lui faisant mesurer le terrain gagné petit à petit, en le contraignant à la soumission souscrite d'avance pour la durée des exercices comme pour celle des repos. »

C'est ainsi, et seulement ainsi, qu'il faut comprendre la psychothérapie appliquée au traitement des tics. Pas de pratiques impressionnantes, pas de mystères, pas d'appareils, pas d'apparat; mais des explications claires et vraies, des causeries familières, des conseils affectueux.

*Fermeté, patience, bonté et bon sens* : voilà les armes toutes puissantes que doit employer le médecin pour livrer bataille aux tics. *Docilité, confiance et persévérance* : voilà les auxiliaires que doit fournir le tiqueur pour sortir victorieux de ce combat.

Ce pacte d'alliance une fois conclu, la lutte commencera, sans trêve ni merci, et sera poursuivie sans défaillances contre toutes les habitudes intempestives, motrices ou autres.



Le tiqueur perdra peu à peu l'habitude de conserver de mauvaises habitudes. Bien plus, *il prendra l'habitude de ne pas prendre de mauvaises habitudes*. Pour lui, double bénéfice, au physique comme au moral.

Il sera, par suite, inutile de chercher à découvrir des méthodes de traitement psychothérapique plus ou moins compliquées, dirigées spécialement contre l'état mental des tiqueurs. Ce sont précisément les mêmes moyens qui tendent à corriger les manifestations motrices intempestives qui parviennent à améliorer les imperfections psychiques. Aussi les méthodes thérapeutiques qui tendent à faire disparaître le symptôme convulsif sont-elles doublement efficaces. Elles agissent à la fois sur la manifestation motrice et sur l'état mental du tiqueur.

L'éducation peut même être considérée comme le *traitement prophylactique* destiné à s'opposer à l'éclosion des tics. M. Bourneville a pu le vérifier sur les enfants internés à Bicêtre.

Par la gymnastique, dit M. J. Nour, par les divers procédés employés pour éveiller leurs sens et les perfectionner, en un mot, par l'éducation, qui, donnée avec douceur et bienveillance, développe petit à petit les facultés intellectuelles et la volonté ; en mettant en œuvre un dévouement sans borne et une patience infinie, les maîtres d'école, d'ateliers, les surveillants et les infirmières de Bicêtre obtiennent tous les jours des résultats inespérés, et nous sommes convaincus que c'est à leur zèle et à l'application d'une bonne méthode pédagogique, plus qu'à l'âge et au développement physique qu'est due la rareté des tics chez les enfants qui ont atteint l'âge de la puberté.

Ce que des subalternes dévoués, fermes et patients, parviennent à acquérir dans un hospice, le médecin peut



espérer l'obtenir également dans la clientèle de ville, si les parents ou l'entourage d'un jeune candidat aux tics, comprenant toute l'importance d'une bonne discipline du geste, unissent leurs efforts pour faire avec intelligence et sollicitude leur œuvre d'éducation.

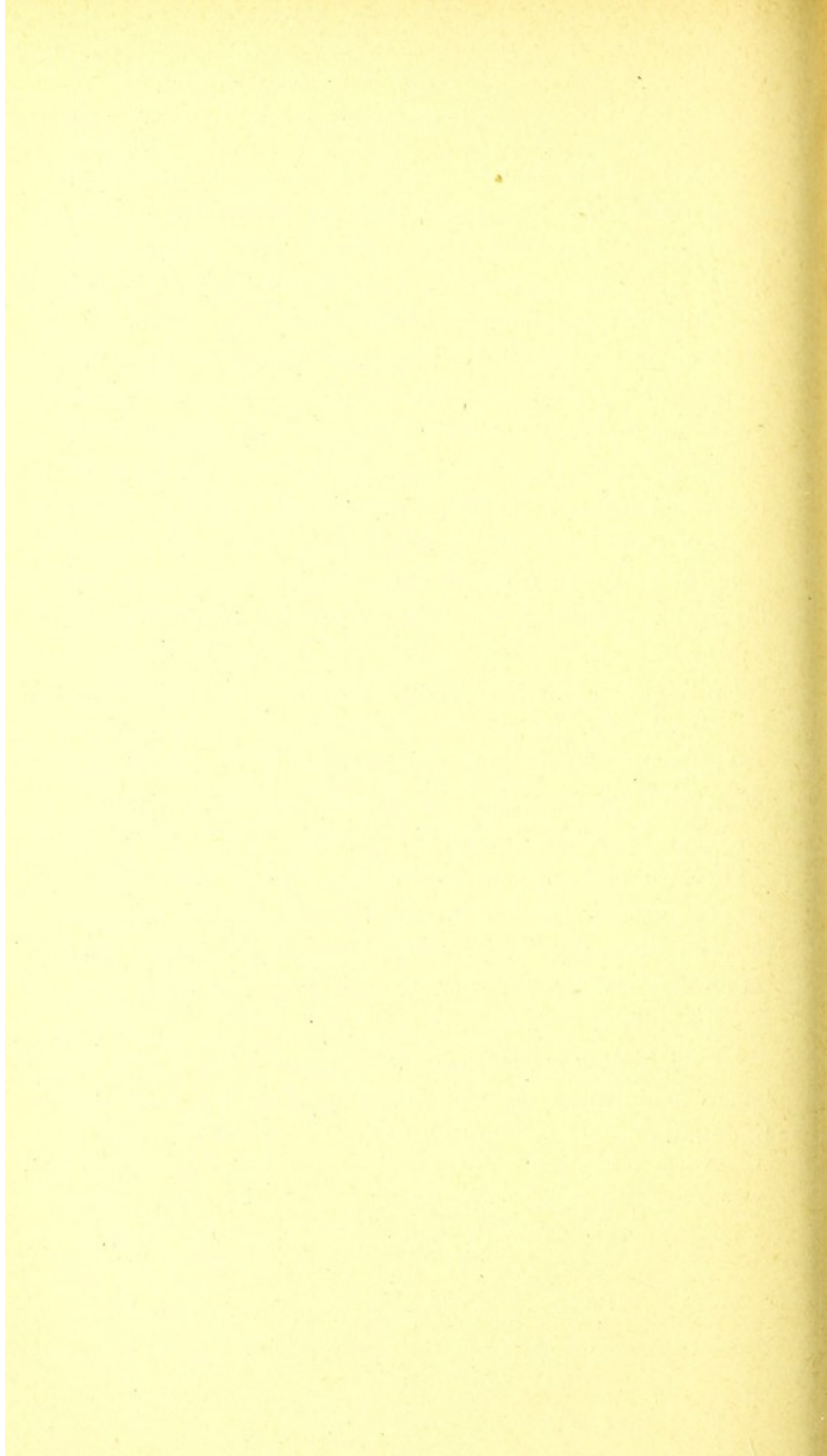
Combien de familles s'imposent de lourds sacrifices pour surcharger l'instruction de leurs enfants, au lieu de s'attacher au préalable, de toute la force de leur affection et de leur raison, à réfréner des tendances, puis des habitudes motrices déplorables, promesses de tics dont parents comme enfants, seront quelque jour douloureusement affligés ! Le premier devoir du médecin est d'avertir l'entourage du tiqueur à venir des dangers de pareilles négligences.

Puis, si, malgré ces précautions, le tic se manifeste, le médecin doit lui-même se transformer en éducateur. Tel doit être, tel ne peut qu'être son rôle ; et il faut qu'il ait la franchise de le dire, en faisant valoir les arguments sur lesquels s'étaye sa conviction.

Qu'il ne craigne pas de voir s'amoindrir son prestige par l'exposé sincère de la très grande simplicité de ses moyens de correction ! Surtout, ne pas promettre plus qu'on est en droit d'espérer. Encourager toujours, ne leurrer jamais.

Là est le devoir professionnel ; là aussi sont les meilleures conditions de réussite pour le traitement des tiqueurs.







## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

- ABT. — *Spasmus nutans*, An. in Journ. of the Americ. med. Association, vol. 34, n° 5, 1900.
- AIMÉ. — *Un cas de tic élocutoire guéri par la méthode de rééducation et d'entraînement*, Revue médicale de l'Est, 1<sup>er</sup> janvier 1901.
- *Traitement de certains tics considérés comme des syndromes émotionnels*, Revue de psychologie clinique et thérapeutique, septembre 1901.
- ALLARD. — *Tics chez les aliénés*, Thèse de Lyon, 1886.
- ALTHAUS. — *Torticolis spasmodique traité par l'électricité*, Med. Times and Gazette, 25 mai 1861, et Lancet 1861.
- AMUSSAT. — Gazette méd., 1834, p. 429.
- ANDERSON et SMITH. — *Torticolis spasmodique*, Lancet 7 janv. 1893.
- ANNANDALE. — *Section du spinal dans le torticolis spasmodique*, Lancet 19 avril 1879, et Edinburgh med. Journ., janv. 1891.
- APPLEYARD. — *Torticolis spasmodique traité par la section nerveuse*, Soc. méd. et chir. de Bradford, Lancet, 2 janv. et 18 juin 1892.
- ARMANGUÉ Y Tuset. — *Mimicismo o neurosis imitante*, Barcelone, 1884.
- AUSCH. — *Zur casuistik des spasmus nutans*, Arch. f. Kinderheilk., Bd. 28, 3-4, 1899.
- BABINSKI. — *Hémispasme, contribution à l'étude du torticolis spasmodique*, Soc. de neurol. de Paris, 1<sup>er</sup> février; Revue neurologique, 1900, p. 142.
- *Hémispasme et torticolis spasmodique*, Soc. de neurol. de Paris, 4 juillet 1901.
- *Sur la paralysie du mouvement associé de l'abaissement des yeux*, Société de Neurologie de Paris, 7 juin 1900; Revue neurologique, 1900, p. 525.
- BALLANCE. — *Torticolis spasmodique, résection du nerf spinal*, S' Thomas's hosp. Rep. 1884, p. 95.
- BALLET. — *Tic non douloureux de la face datant de trente-sept ans guéri par une paralysie faciale*, Soc. de neurologie de Paris, 4 juillet, in Revue neurologique, 1901, p. 645.
- *Les psychoses*, Traité de médecine, vol. 6. État mental des dégénérés, p. 1155.
- BEARD. — *Les sauteurs du Maine* Journ. of nerv. and mental disease, 1880, n° 7, p. 487.
- BECHTEREW (VON). — *Sur deux cas de tic de la face*, Oborenje psychiatrii, 1899, n° 12.
- BEER. — *Traitement des tics convulsifs*, Wiener med. Blätter, juillet 1897.
- BENEDIKT. — *Torticolis tonico-clonique*, Collège méd. de Vienne, anal. in Semaine méd., 1888, n° 455.
- *Sur la crampe (en général)*,



- Club médical viennois, 23 janvier 1895.
- BÉRILLON. — *Le traitement psychomécanique de la chorée, des tics et des habitudes automatiques*, Dixième séance annuelle de la Soc. d'Hypnologie et de Psychologie, 16 juillet 1904.
- BERLAND. — *Traitement par le tartre stibié d'une forme de chorée dite électrique*, Thèse de Paris, 1880.
- BERNARD (R.). — *Myoclonie du type Bergeron chez un dégénéré hystérique*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1901, n° 4, p. 316.
- BETTREMIEUX. — *Contribution à l'étude des névralgies et des tics de la face considérés dans leurs rapports avec un état pathologique des voies lacrymales*, Arch. d'Ophthalm., avril 1899.
- BIANCHI. — *Les idées fixes*, La clinica moderna, Pise, 21 et 28 décembre 1898.
- BINETTI. — *Contribution à l'étude des névroses professionnelles*, Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 7 juillet 1901.
- BLACHE. — *Traitement de la chorée infantile*, Gazette hebdom., 1864.
- BLOCQ. — *Chorées*, Traité de médecine, vol. VI, p. 1207.
- BOMPAIRE. — *Du torticollis mental*, Thèse de Paris, 1894.
- BONNET DE MALHERBE. — *Tic rotatoire de la tête et du cou*, Union méd., 1876, p. 340.
- BOOTH. — *Torticollis spasmodique*, New-York, neurol. Soc., 1<sup>er</sup> nov. 1897.
- BOURNEVILLE et NOIR. — *Idiotie congénitale; atrophie cérébrale; tics nombreux*, Arch. de neurologie, 1892, n° 74.
- BRÉAVOINE. — *Traitement chirurgical de la paralysie faciale d'origine traumatique par l'anastomose spino-faciale*, Thèse de Paris, 1901.
- BREITMANN. — *Contribution à l'étude de la coprolalie, de l'écholalie et de l'imitation des gestes chez les dégénérés et les aliénés*, Thèse de Paris, 1888.
- BRERO (VAN). — *Le latah, névrose des Indes néerlandaises*, Nederlandsch tydschrift voor geneeskunde, 9 février 1895. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1895, p. 939.
- *Observations sur les affections mentales des populations de l'archipel malaisien (latah, schaman, amok). Contribution à la psychopathologie comparée*, Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, 1896, fasc. 1, p. 24-70.
- BRESLER. — *Contribution à l'étude de la maladie des tics convulsifs*, Neurol. Centrblatt. 1896, n° 21.
- BRIAND. — *Tics*, Congrès de Limoges, Revue neurologique, 30 août 1901, p. 790.
- BRISSAUD. — *Tics et spasmes cloniques de la face*, Leçon faite à la Salpêtrière le 8 déc. 1893, publiée dans le Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 janvier 1894.
- *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1<sup>re</sup> série, 1895, Tics et spasmes cloniques de la face, p. 502.
- *Contre le traitement chirurgical du torticollis mental*, Revue neurologique, 30 janvier 1897 et Travaux de neurologie chirurgicale, 1897.
- *Chorée variable*, Presse médicale, 15 février 1899, n° 13.
- *Leçons sur les maladies nerveuses*, 2<sup>e</sup> série, 1899, La chorée variable des dégénérés, p. 516.
- BRISSAUD et FEINDEL. — *Sur le traitement du torticollis mental et des tics similaires*, Journal de neurologie, 15 avril 1899.
- et MEIGE. — *Trois nouveaux cas de torticollis mental*, Revue neurologique, 1895, p. 697.
- BRUANDET. — *Un cas d'hémispasme facial*, Revue neurologique, 1900, p. 658.
- Freniatria e scienze affini del R. Manicomio di Torino, 1898.
- BRUNON. — *Tics et tiqueurs*, Normandie médicale, 1892, p. 169.



- BUCK (DE). — *Quelques réflexions sur un cas de spasme fonctionnel du cou, torticollis spasmodique, tic rotatoire*, Belgique médicale, 1897, n° 51.
- BURINGH BOEKONDT et J. van der WEYDE. — *Maladie des tics convulsifs*, Weekblad van het Nederlandisch Tijdschrift voor Geneeskunde, 16 sept. 1893, p. 369.
- BURZIO. — *Contributo clinico allo studio delle mioclonie*, Annali di Freniatria, 1898.
- BUSS. — *Contribution à l'étiologie du tic convulsif*, Neurol. Centrbl. 1886, anal. in Arch. de Neurol., 1890, t. II, p. 95.
- BUZZARD. — *Spasmes cloniques du cou traités par la liqueur de Fowler*, British med. journ., déc. 1881, p. 937.
- *Spasme du spinal consécutif à une adénite profonde*, Soc. Harveienne, an. in. Presse méd., 8 mai 1889.
- CADIOT, GILBERT et ROGER, *Note sur l'origine bulbaire du tic de la face*, Revue de médecine, 1890.
- CAHEN. — *Contribution à l'étude des stéréotypies*, Archives de Neurologie, décembre 1901.
- CANTILENA. — *Ecolalia, emiplegia destra corticale*, Lo speimentale, 1880.
- CARRIÈRE. — *Le paramyoclonus multiplex*, Presse médicale, 7 août 1901.
- *Sur un cas de paramyoclonus multiplex et de lordo-scoliose hystériques chez un enfant*, Nord médical, 1<sup>er</sup> mai 1902.
- et SONNEVILLE. — *La chorée arythmique hystérique de l'enfance*, Archives générales de médecine, sept. et oct. 1901.
- CATROU. — *Étude sur la maladie des tics convulsifs*, Thèse de Paris, 1890.
- CHABBERT. — *De la maladie des tics (tics, chorée, hystérie; diagnostic)*, Arch. de neurologie, janvier 1893.
- CHARCOT. — *Intorno ad alcuni casi di tic convulsivo con coprolalia ed ecolalia*, Riforma medica, 1885.
- *Hystérie et tics convulsifs*, Semaine médicale, 1886.
- *Leçons du mardi*, 1887-1888 et 1888-1889.
- *Spasme clonique du sterno-mastoïdien et du trapèze du côté droit datant de 8 mois et survenu à la suite de chagrins. Homme de 63 ans*, Leçons du 26 juin et du 10 juillet 1888.
- *Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques et les tiqueux*, Arch. de neurologie, 1892.
- CHATIN (P.). — *2<sup>e</sup> Note sur un cas de trismus mental*, Revue neurol. 1900, p. 310.
- CHAUVREAU. — *Tics coordonnés avec émission brusque et involontaire de mots articulés*, Thèse de Bordeaux, 1888.
- CHERVIN. — *Du bégaiement et de son traitement*, Congrès périodique international des sciences médicales, 6<sup>e</sup> session, Amsterdam, 1879.
- CHIPAULT. — *Sur une série de 39 cas de chirurgie du sympathique cervical : 3 cas pour goitre exophtalmique, 22 pour épilepsie, 7 pour glaucome, 3 pour névralgie faciale, 1 pour migraine ophtalmique, 1 pour torticollis spasmodique, 1 pour excitation maniaque, 1 pour hémiatrophie faciale*, Travaux de Neurologie chirurgicale, 1901.
- CHIPAULT et LE FUR. — *Névralgie des VIII<sup>e</sup>, IX<sup>e</sup> et X<sup>e</sup> racines dorsales avec tic abdominal, lésion méningée localisée; résection radiculaire*, Académie de médecine, 18 mars, et Gazette des Hôpitaux, 20 mars 1902.
- CLAUS et SANO. — *Spasme bilatéral de la face et du cou*, Journal de neurologie, 1899, p. 51.
- COHN. — *Tic facial, névrose professionnelle (tic de l'horloger)*, Neurol. Centralblatt, 1892, p. 21.
- COLLIER. — *Spasmodic torticollis treated by nerve ligature. Complete and permanent recovery*, Lancet, 21 juin 1890.



- COLLINS. — *Clinical and pathological, etc.*, Medical News, 1897, n° 24.
- CORNING. — *Elæomyenichisis ou traitement du spasme local chronique par l'injection et la congélation d'huile dans le muscle atteint. Histoire d'un cas de spasme chronique du muscle splénus traité avec succès par ce procédé*, New-York med. journal, 14 avril 1894.
- COUDRAY. — *Torticollis spasmodique; résection du spinal*, Association française de chirurgie, XII<sup>e</sup> Congrès, 17-24 oct. 1898.
- CRAMER. — *Tic convulsif (de Guinon)*, Deutsche medicinische Wochenschrift, 14 septembre 1899; Verreinsbeilage, p. 210.
- CRISP. — *Spasmodic torticollis*, Path. transactions, vol. XXVI, p. 252.
- CROSS. — *Spasmodic torticollis*, British med. journ. 13 mars 1880.
- CROUZON. — *Tic d'élévation des deux yeux*, Société de neurologie de Paris, 11 janvier 1900, in Revue neurologique, 1900, p. 54.
- CRUCHET. — *Étude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique*, Thèse de Bordeaux, 1902.
- CUIGNET. — *Des attitudes dans les maladies des yeux et du torticollis oculaire*, Revue d'ophtalmologie, avril 1874, p. 190.
- DAVEZAC et CL. MARTIN. — Soc. de méd. et de chirurg. de Bordeaux, 9 fév. 1900, Journal de méd. de Bord. 1900, p. 191.
- DEBOUT. — *Torticollis par contraction des muscles splénins droit et sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche, guéri par l'électrisation des muscles sains*, Bullet. de la Soc. de chir., 1854 et Bullet. de therap., t. XLIX, p. 64.
- DEBROU. — *Sur le tic non douloureux de la face*, Arch. gén. de méd., juin 1864.
- DÉJÉRINE. — *Sémiologie du système nerveux*, Traité de pathologie générale de Bouchard, t. V. Tics, p. 696.
- DERCUM. — *Spasmodic torticollis and its medical relations*. — The med. and surg. Report, 1894, p. 39.
- DESCHEID-DELCOURT (M<sup>me</sup>). — *Un torticollis d'origine oculaire*, La clinique belge, 23 décembre 1897.
- DESCROIZILLES. — *De quelques cas de tics convulsifs*, Revue mensuelle des maladies de l'enfance, août 1890.
- DESNOS. — *Spasme du sterno-cléido-mastoïdien gauche*, Soc. méd. des hôpitaux, 5 janvier 1880 et Union méd., 16 mars 1880, p. 422.
- DESPORTES. — *Torticollis spasmodique*, Revue médicale, 1825.
- DESTARAC. — *Torticollis spasmodique et spasmes fonctionnels*, Revue neurologique, 1901, p. 591.  
— *Le syndrome du torticollis spasmodique*, Congrès de Toulouse, avril 1902.
- DORNBLUTH. — *Contribution à la thérapeutique de certaines névroses spasmodiques*, Münch. med. Woch., 1896, n° 6.
- DOSE et ASTOLFONI. — *Di un caso di miotonia essenziale*, Riv. sperimentale di freniatria, 1900, p. 420.
- DUBOIS (de Saujon). — *Traitement des tics convulsifs par la rééducation des centres moteurs*, Bulletin général de thérapeutique, 30 avril 1901, p. 617.  
— *Du trouble de l'attention chez les tiqueurs*, Bulletin de l'institut psychologique, 1902.
- DUBREUIL. — *Spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien et du trapèze*, Gaz. hebd. des sc. méd. de Mont., 1882.
- DUCHENNE (de Boulogne). — *Électrisation localisée*, 1861, p. 928 et seq.
- DUFOR. — *A propos des tics et des troubles moteurs chez les délirants chroniques. Du syndrome musculaire comme signe pronostic*, Soc. de neurol., 7 nov. 1901. Revue neurol., 1901, p. 1069.
- DUTIL. — *Hystérie. Chorée hystérique*, Traité de médecine, vol. VI, p. 1371.
- ELLIOT. — *Le traitement du torticollis*



- par les interventions sur le nerf spinal, *Annales of Surgery*, 1895, t. I.
- FEINDEL. — *Le traitement médical du torticollis mental*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1897, n° 6.
- *Le torticollis mental et son traitement*, *Gazette hebdomad.*, 20 février 1898, p. 469.
- *Spasmes grimaçants de la face datant de trois mois. Traitement et guérison en quatre jours*, *Revue de psychologie clinique et thérapeutique*, avril 1899, p. 416.
- et MEIGE. — *Tic ou spasme de la face*, *Revue neurologique*, 15 mars 1898.
- *Revision iconographique du torticollis mental, traitement*. Congrès de Paris, *Revue neurol.*, 1900, p. 773.
- *Torticollis mental, revision iconographique*, C. R. de la section de neurologie du congrès de Paris 1900, p. 513.
- *Quatre cas de torticollis mental*, *Archives générales de médecine*, janvier 1901, p. 61.
- FÉRÉ. — *Tic de la face du côté gauche*, *Soc. de Biologie*, 1876, *Comptes rendus*, p. 62.
- *Le tic de Salaam*, *Progrès médical*, décembre 1883.
- *Crampe fonctionnelle du cou*, *Revue de médecine*, 1883, p. 769.
- *Contribution à la pathologie des spasmes fonctionnels du cou*, *Revue de médecine*, sept. 1894.
- *Un cas de chorée variable*, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 1898, n° 6, p. 454.
- *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.
- *L'épilepsie choréique*, *La Médecine moderne*, 1899, p. 209.
- *L'épilepsie et les tics*, *Journal de neurologie*, 5 septembre 1900, n° 17.
- FÉRON. — *Tic guéri par suggestion*, *Journal de Neurologie*, 1899, n° 13, p. 246 et 251.
- FERRAND et WIDAL. — Article *Convulsion* du Dictionnaire encyclopédique.
- FORNACA. — *Observations cliniques sur le torticollis mental*, *Clinica medica italiana*, n° 15, nov. 1901.
- FORSCHMEIER. — *Ueber torticollis intermittens*, *Analyse in Arch. f. Kinderheilkunde*, 1889, p. 302.
- FOURNIER. — *Quelques considérations sur le tic rotatoire*, Thèse de Strasbourg, 1870.
- FRANCIS (A.-G.). — *Case of spasm, torticollis; section of spinal accessory nerve. recovery*, *Lancet*, 41 nov. 1893.
- FRANÇOIS. — *Essai sur les convulsions idiopathiques de la face*, Mémoire présenté à l'Académie royale de Belgique en 1843, publié en 1848.
- FRENKEL (de Heiden). — *De l'exercice cérébral appliqué au traitement de certains troubles moteurs*, *Semaine méd.*, 1896.
- FRIEDREICH. — *Ueber coordinirte Erinnerungskrämpfe*, *Wirchow's Archiv.*, 1881, p. 430.
- GARDNER et GILES. — *Névrectomie dans le torticollis et le rétrocollis*, *Australian medical Journal*, 1892, p. 613 et 1893, p. 1 et 49.
- GAUTHIER (E.). — *Des mouvements automatiques rythmiques*, Thèse de Paris, 1898.
- GEHUCHTEN (VAN). — *Mouvements spasmodiques du membre supérieur droit propagés au sterno-cléido-mastoïdien du même côté*, *Soc. belge de neurologie*, 29 oct. 1898.
- GELLÉ. — *Du torticollis ab aure laesa*, *Cong. franç. de med. int. de Lyon*, oct. 1894 et *Tribune méd.*, 1894, n°s 50 et 51.
- GILLES DE LA TOURETTE. — *Jumping, latah, myriachit*, *Arch. de neurologie*, n° 22, 1884.
- *Étude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie*, *Arch. de neurologie*, 1885.
- *Torticollis hystérique*, *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1889, p. 182.



- *La maladie des tics convulsifs*, Semaine méd., 3 mai 1899, p. 153.
- *La maladie des tics convulsifs*, Bollettino delle cliniche, février 1900, p. 92.
- et DAMAIN, *Un danseur monomane*, Progrès médical, 14 janvier 1893 et Soc. de méd. lég., 9 janv. 1893.
- GINTRAC. — *Tic non douloureux*, Mot Face du Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques.
- GRAFF. — *Ein Fall von spartischen Krampfen der Halsmuskulatur*, Deut. med. Wochens., n° 12, 1900. Vereinsbeilage, n° 11, p. 66.
- GRASSET. — *Un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches*, Leçons de clinique médicale, 1891, p. 466.
- *Tic du colporteur (Spasme polygonal post-professionnel)*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1897, n° 4.
- *Les maladies de l'orientation et de l'équilibre*, 1901.
- et RAUZIER. — *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 4<sup>e</sup> édition, 1894, t. II, p. 568-592 et 547-556.
- GRAVES. — *Cliniques*, Traduction Jaccoud, t. I.
- GUERTIN. — *D'une névrose convulsive et rythmique déjà nommée : forme de chorée dite électrique*, Thèse de Paris, 1881.
- GUIBERT. — *Crampe fonctionnelle du cou*, Revue méd., 1892, p. 317.
- GUINON. — *Maladie des tics convulsifs*, Revue de méd., 1886.
- *Tics convulsifs et hystérie*, Revue de médecine, 1887.
- Article *Tic convulsif* du Dictionnaire encyclopédique.
- HABEL. *Persistance d'un tic convulsif du côté paralysé chez une hémiplégique*, Deutsche med. Woch., 26 mars 1898.
- HALLION. — *Maladies des muscles et des nerfs en particulier*, Traité de médecine Charcot-Bouchard-Brissaud, vol. VI.
- HAMMOND. — *Myriachit, nova malatia del sistema nervoso*, La méd. contemp., mars 1884.
- HANKE. — *Ein Beitrag zur Aetiologie des Caput obstipum musculare*, Inaugural Dissert. Kiel, 1900.
- HARKIN. — *Lettre contre le traitement chirurgical du torticollis spasmodique*, Lancet, 1892, t. I, p. 933 et 1053.
- HARLEY. — *La ciguë dans le torticollis spasmodique*, Roy. med. and. surg. Soc., 9 déc. 1893.
- HARTRIDGE. — *Lettre sur le cas de Heaton*, British med. journ., 20 mars 1890.
- HARTENBERG. — *Traitement et guérison d'un cas de tic sans angoisse*, Revue de psychologie clinique et therap., janv. 1899, p. 17.
- *Tic de déglutition chez un hystérique, traitement et guérison, considérations*, Revue de psychologie clinique et therap., juin 1899.
- *La psychothérapie nouvelle*, Revue de psychologie clinique et thérapeutique, février 1901.
- *La lécithine dans la thérapeutique des affections du système nerveux*, Congrès de Limoges, Revue neurol., 1901, p. 783.
- HAUSER ET LORTAT-JACOB. — *Contribution à l'étude des paralysies psychiques*, Revue de médecine, novembre 1901, p. 995.
- HEATON. — *Torticollis spasmodique*, British med. journ., 15 fév. 1889.
- HELDENBERGH. — *Un cas de tremblement fonctionnel de la main droite*, Journal de neurologie, 5 novembre 1901.
- HENOCH. — *Beiträge zur kinderheilkunde*, 1868 et Soc. de méd. berlinoise, 23 nov. 1883, reproduite in Semaine médicale, 6 décembre 1883.
- HERMANN. — *Myoclonie chez un paralytique général*, Mediz. Obotz., vol. 52, 1899.
- HIRSCHFELD. — *Ueber die maladie des tics convulsifs*, Berlin, 1891.
- HUGH T. PATRICK. — *Conceptions*



- impératives*, New-York med. journ., 7 septembre 1901, p. 445.
- ITARD. — *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix*, Arch. gén. de méd., 1825.
- JACCOUD. — *Pathol. int.*, 1870, t. I, p. 487-90, 1879, p. 595-598.  
— *Traité de pathologie interne*, 1883, t. I, p. 877.  
— Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique. Art. Face. Art. Hyperkinésie de l'accessoire de Willis.  
— *Des impulsions locomotrices systématisées. Spasmes rythmiques*, Gaz. des hôpitaux, 1886, n° 147, p. 1185.
- JANET. — *L'automatisme psychologique*, Paris, 1894.
- JANKE. — *Sur les mouvements musculaires conscients et inconscients dans le bégaiement*, III<sup>e</sup> Congrès des médecins et des naturalistes tchèques à Prague, 1901.
- JANOWICZ. — *Tics convulsifs des enfants*, Thèse de Paris, 1891.
- JANTZEN. — *Tonisch-Klonische Krampfe in Gefolge einer Zahnextraktion*, Deutsche Zahnärztl. Wochenschr., Wiesbaden, 1900, p. 1399.
- KEEN. — *Une opération nouvelle pour le torticollis spasmodique*, Ann. of surgery, janvier 1891.
- KENNEDY. — *On the restoration of cordinated movements after nerve-crossing, with interchange of function of the cerebral cortical centres*, Philosophical transactions of the Royal Society of London, 1901.
- KODYM. — *Une nouvelle espèce de spasme fonctionnel (crampe douloureuse des doigts chez une polisseuse de lettres)*, Casopis ceskych lekaru, 1894, n° 35.
- KOPCZINSKI. — *Un cas de névrose à forme de tic convulsif*, Gaceta lekarska, n° 34-35, 1900.
- KÖSTER. *Ueber die maladie des tics impulsifs*, Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1899.
- LAGRANGE. — *La médication par l'exercice*. Chez F. Alcan, 1894.  
— *Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie*, Paris, 1899.
- LAMBRANZI. — *Deux cas de polyclonies dans la démence paralytique*, Rivista di patol. nervosa e mentale, 1901, fasc. 6.
- LANDOLT. — *Torticollis oculaire*, Bullet. méd., 1890, p. 573.
- LAUTEIRES. — *Essai descriptif sur les troubles psychopathiques avec lucidité d'esprit; syndromes épisodiques des dégénérés héréditaires de Magnan*, Thèse de Paris, 1885.
- LEGRAIN. — *Du délire des dégénérés*, Thèse de Paris, 1885-1886.
- LEMOINE. — *Note sur un cas de paramyoclonus multiplex suivi de troubles psychiques et d'écholalie*, Revue de médecine, nov. 1892.
- LEMOINE et LEMAIRE. — *Paramyoclonus multiplex*, Revue de médecine, déc. 1889 et février 1890.
- LENTZ. — *Rotation permanente de la tête à droite*, Soc. belge de Neurologie, 4 décembre 1897.
- LÉON (Jacinto de). — *Automatisme conscient dans un cas d'hystérie mâle sénile*, Rivista ibero-americana de ciencias medicas, mars 1901.
- LERCH. — *Tics convulsifs*, American Medicine, 2 novembre 1901.
- LESZYNSKY. — *Le torticollis spasmodique et son traitement. Deux observations avec guérison*, New-York med. Journ., 24 nov. 1900, p. 893.
- LETULLE. — Article *Tic* du Dictionnaire Jaccoud.
- LEVY (MAX). — *Mouvements associés héréditaires*, Neurol. Centr., 1<sup>er</sup> juillet 1901.
- LEWIN. — *Phosphaturie mit Tic convulsif bei einem 3 1/2 jährigen Kinde*, Arch. f. phys.-diät. Therapie, 1900, p. 281.
- LEYDEN. — *Torticollis spasmodique*, Traité des maladies de la moelle.
- LUYS et REVILLLOT. — *Chorée du langage*, Gazette des hôpitaux, 1880.
- LUZENBERGER (DI). — *Tic musculari*



- simplici, tic emotivi, e malattia di Gilles de la Tourette*, Napoli, 1897.
- *Absences psychiques chez les hystériques*, Rivista sperimentale di freniatria, 20 déc. 1900, p. 822.
- LYMAN. — *Torticollis and nodding spasm*, Intern. med. mag., Philadelphie, 1893.
- MADER. — *Myoklonus in der Art eines expiratorischen singultus*, Wiener med. Blätter, n° 30, 1899.
- MAGNAN. — *Rech. sur les centres nerveux*, 1893, p. 279-81, p. 287-90.
- *Leçons clin. sur mal. ment.*, 1893, p. 175-81, 197-201.
- MALM. — *Tic rotatoire*, Allg. med. Centralzeitung, n° 64, 1899.
- MARÉCHAL. — *Un cas de torticollis spasmodique*, Journal de Neurologie, 1899, n° 11, p. 206.
- MARIE (PIERRE). — *Spasme névropathique d'élévation des yeux*, Société de Neurologie de Paris, 18 avril 1901.
- MARINA. — *Delle miospasia in generale e della miospasia atetotica in particolare*, Policlinico, sezione pratica, 1902.
- MARROTTE. — *Tic non douloureux de nature hystérique reparaissant sous le type quotidien*, Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1851.
- MARTAUD. — *Etude sur le tic convulsif simple*, Thèse de Bordeaux, 1897.
- MARTIN (CLAUDE). — *Tic congénital associé à du bégaiement*, Société d'anat. et de phys. de Bordeaux, 29 janvier 1900. Journal de méd. de Bordeaux, 1900, p. 172.
- MARTIN (ÉTIENNE). — *Deux cas de torticollis mental chez des aliénés. Observations relatives au traitement de cette affection*, Congrès de Limoges, in Revue neurologique, 1901, p. 787. Écho méd. de Lyon, 15 sept. 1901.
- MASSARO. — *Vingt-six cas de génio-spasme en cinq générations*, Il. Pisani, 1894, fasc. 1.
- MASSELOX. — *Psychologie des déments précoces*, Thèse de Paris, 1902.
- MEIGE (HENRY). — *Tics variables, tics d'attitude (Observation clinique)*, Soc. de neurol., 4 juillet; Revue neurol., 1901, p. 637.
- *Histoire d'un tiqueur, tics variables, tics d'attitude*, Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 août 1901.
- *Les mouvements en miroir; leurs applications pratiques et thérapeutiques*, Congrès de Limoges, 1<sup>er</sup>-8 août 1901. Revue neurologique, 1901, p. 280.
- *Sur les tics*, Congrès de Toulouse, avril 1902.
- *Spasme facial franc*, Soc. de neurol. de Paris, avril 1902.
- *Tic et fonction*, Revue neurologique, 1902, p. 383.
- MEIGE (HENRY) et FEINDEL. — *Traitement des tics. Traitement par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation*, Presse médicale, 16 mars 1901, p. 125; Extrait in Gazette hebdomadaire, 31 mars 1901, p. 309.
- *Les causes provocatrices et la pathogénie des tics de la face et du cou*, Soc. de neurol., 18 avril, in Revue neurologique, 1901, p. 378 et 424.
- *Sur la curabilité des tics*, Gazette des hôpitaux, 10 juin 1901.
- *L'état mental des tiqueurs*, Congrès de Limoges, Revue neurologique, 1901, p. 785 et Progrès médical, 7 sept. 1901.
- *Torticollis mental surajouté à des mouvements hémichoréiformes. Guérison du torticollis. Amélioration générale*, Société de neurologie de Paris, 7 nov. 1901; Revue neurologique, 1901, p. 1065.
- *Les associations du torticollis mental*, Archives générales de médecine, février 1902.
- MEIROWITZ. — *A case of habit spasm*, The post-graduate, 1900, p. 643.
- MEYER. — *Zur Casuistik des Tic rotatoire*, Deutsche med. Wochenschrift, 1897, n° 53.
- MILLER. — *Three cases of head nodding and head rotation*, An. in



- Journ. of the Americ. méd. Assoc., 1900, 1<sup>er</sup> sept.
- MITCHELL. — *Torticolis spasmodique dû à des dents cariées*, Méd. Chir. transactions, 1883.
- MOUSSOUS. — *A propos de la chorée des dégénérés*, Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, Nantes, sept. 1901.
- MOYER. — *Tic convulsif remplaçant une névralgie sus-orbitaire*, Aliénés and neurologist, juillet 1897, p. 397.
- MURRI. — *Polyclonies et chorées*, Il Policlinico, novembre et décembre 1899.
- NÈGRE. — *Du torticolis fonctionnel*, Thèse de Montpellier, 1883.
- NOGUÈS. — *Torticolis mental*, Soc. de méd. de Toulouse, avril 1899, in Revue de Psych. cl. et therap., juillet 1899, p. 215.
- NOGUÈS et SIROL. — *Torticolis mental*, Nouvelle Iconog. Salpêtr., 1899, n° 6, p. 483. Annales de la Policlinique de Toulouse, mars 1900, p. 43.
- *Spasme laryngo-pharyngé avec paresthésie simulant le vomissement*, Arch. méd. de Toulouse, juin 1898.
- *Un cas de paralysie associée des muscles droits supérieurs de nature hystérique*, Soc. de Neurologie, 7 mars 1901.
- NOIR. — *Étude sur les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots*, Thèse de Paris, 1893.
- NONNE. — *Deux cas de maladie des tics*, Soc. de Hambourg, 18 janv. 1898.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Torticolis spasmodique*, Soc. des sciences méd. de Lyon, 29 juin 1898; Lyon méd., 4 sept. 1898.
- ODDO. — *Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham*, Presse médicale, 30 sept., 1899, n° 78.
- *Tic de genuflexion*, Marseille médical, 15 mars 1902, p. 166.
- OETTINGER. — *La maladie des tics convulsifs*, Amer. journ. of med. sciences, n° 329, sept. 1899.
- OLIVIER. — *Le bégaiement dans la littérature médicale*, La Parole, n° 10, 1899.
- OPPENHEIM. — *Traité des maladies du système nerveux*, 1901.
- OWEN. — *Spasmodic wry-neck treated by resection of the spinal accessory nerve*, Lancet, 1891 et 1892.
- OZENNE. — *Tic non douloureux de la face datant de trois ans chez un hérédo-syphilitique. Guérison par le traitement hydrargyrique*, Société de médecine et de chirurgie pratiques (séance du 6 février 1902.)
- PARRY. — *Trois cas de torticolis spasmodique*, British med. journ., novembre 1898.
- PASTENA. — *Contribution clinique à la maladie de Gilles de la Tourette et à son application en médecine légale*, Gli Incurabili, Napoli, 1-15 janvier 1901, p. 15.
- PATELLA. — *Étude anatomo-pathologique et clinique sur le polyclonus*, Il Policlinico, vol. VIII, M, novembre 1901.
- PATRY. — *De la chorée variable ou polymorphe, chorée des dégénérés*, Thèse de Paris, 1897.
- PAULY. — *Spasmes fonctionnels du cou*, Congrès de méd. interne, Lyon 25-29 octobre 1894.
- *Théorie réflexe du torticolis spasmodique*, Revue de médecine, février 1897.
- PERRERO. — *Myoclonie et calculose urique rénale*, Gazzetta medica di Torino, 1<sup>er</sup> décembre 1898.
- PERRODY. — *De l'aérophagie et de ses rapports avec les dyspepsies flatulentes*, Thèse de Paris, 1901.
- PERSONALI. — *La crampe idiopathique de la langue*, La clinica medica italiana, 1<sup>er</sup> janvier 1898.
- PETERSEN. — *Gyrosperm*, Medical news, 1892.
- PETIT (L. H.). — *Traitement du torticolis spasmodique par la résection du nerf spinal*, Union médicale, 1892, p. 37, 53 et Revue d'orthopédie, juillet 1891.
- PICK (F.). — *Tic de la face avec*



- troubles de la parole*, Société des médecins allemands de Prague, 10 mars 1893.
- PITRES. — *Spasmes rythmiques hystériques*, Gazette médicale, 1888.
- *Leçons sur l'hystérie*, Paris, 1891.
- *Tics convulsifs généralisés (chorée électrique de Bergeron-Hénoch, électrolepsie de Tordeus ou névrose convulsive rythmée de Guerlin) traités et guéris par la gymnastique respiratoire*, Journal de médecine de Bordeaux, 17 février 1901, p. 106 et 109.
- PITRES et TISSIÉ. — *Tic oculaire, etc.* Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 juin 1899, in Journal de médecine de Bordeaux, 9 juillet 1899, p. 330.
- PLAVEC. — *Tic convulsif*, Casopis česk. lek., 1900, p. 898, 923, 946, 974.
- POLIDORI. — *Un cas de chorée laryngée chez une hystérique choréique*, Il Policlinico, sezione pratica, Roma, anno VII, fasc. 35, 29 juin 1901, p. 1103.
- POORE. — *Torticolis spasmodique par lésion cérébrale*, Soc. clin. de Londres, British med. journ., mai 1887.
- POPOFF. — *Contracture des muscles du cou datant de deux ans*, Obosrenie psichiatrii, 1899, n° 3, p. 244.
- *Sur la contracture des muscles du cou*, Newrologitchetski Westnik, Bd VII, n° 2, 1899.
- *Contracture corticale fonctionnelle, torticolis mental*, Moniteur russe de neurologie, 1899, fasc. 4.
- PUJOL. — *Essai sur la maladie de la face nommée le tic douloureux*, Paris, 1787 (Mémoire présenté à la Soc. roy. de méd. de Paris en 1785).
- PUTNAM. — *La nature et le traitement du torticolis spasmodique*, Journal of nervous and mental disease, 1897, p. 610.
- QUERVAIN (DE). — *Le traitement chirurgical du torticolis spasmodique d'après la méthode de Kocher*, Semaine médicale 1896, p. 405.
- RABOT. — *La myoclonie épileptique*, Thèse de Paris, 1899.
- RAILTON. — *Note on a case of involuntary muscular movements accompanied with coprolalia*, Med. Chronicle of Manchester, avril 1886.
- RAMISIRAY. — *Pratiques et croyances médicales des Malgaches*, Thèse de Paris, 1901.
- RAYMOND. — *Crampe des écrivains*, Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 10 juin 1895.
- *De l'hérédité en pathologie nerveuse*, p. 520, 535; *Des myoclonies*, 551, 572; *Clinique des maladies du système nerveux*, 1<sup>re</sup> série, 1896.
- RAYMOND et JANET. — *Névroses et idées fixes*. Vol. II, Tics, p. 351, et suiv., Torticolis mental, p. 376, et suiv.
- *Note sur deux tics du pied*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1899, n° 5, p. 353.
- REDARD. — *Le torticolis et son traitement*, Paris, 1898.
- RENTERGHEN (VAN). — *Un cas de tic rotatoire (spasmes idiopathiques des muscles du cou et de la nuque) rebelle à toutes les médications instituées, y compris le traitement chirurgical, guéri par la psychothérapie*, Journal de Neurologie, 20 mai 1898, p. 213.
- RHODES. — *Spasm of the tensor of the vocal cordes*, New-York med. Journ., 1899, n° 8.
- RIBOT. — *Les maladies de la volonté*, Paris, 1900, 14<sup>e</sup> édition.
- ROBERTSON. — *A case of torticollis and other spasmodic disorders*, Glasgow med. journ., 1899, n° 6.
- ROTH. — *Histoire de la musculature irrésistible ou chorée anormale*, Paris, 1850.
- ROUILLARD et ISCOVESCO, *L'obsession en pathologie mentale*, Gazette des hôpitaux, 1896.
- ROUX (J.). — *Diagnostic et traitement des maladies nerveuses*,



- Paris, 1901. Voir classification des tics, etc.
- RUSSEL (R.). — *Case of fonctionnal wry-neck with clonic spasm of the palate*, An. in Brain, spring 1900, p. 158.
- *Recherches expérimentales sur les racines cervicales et dorsales au point de vue de l'étude du torticollis*, Brain, parts 77 et 78, p. 35, 1897.
- SAENGER. — *Spasme idiopathique de la langue*, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, janvier 1900, R. N., 1900, p. 1131.
- SANO. — *Tic de la tête et du cou*, Soc. belge de neurologie, 26 novembre 1898.
- SARBO (VON.). — *Crampe chronique du masséter*, Monatsch. f. Psychiatrie und Neurologie, juin 1900.
- SAURY. — *Étude clinique des dégénérés*, Paris, 1886.
- SAUVAGES. — *Nosologia methodica*, t. I, p. 508-593, 1768.
- SAVILL. — *De la crampe des écrivains et des autres affections nerveuses professionnelles. Observations de paralysie chez un marchand de nouveautés, de crampe des pianistes, de tremblement des brodeurs à la machine et de crampe des télégraphistes*, Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1901, fasc. 2.
- SCHERB. — *Hémispasme tonique du côté droit constituant un tic mental professionnel. Tic de la mendiant*, Soc. de neurol., 3 mai; Revue neurologique, 1900, p. 485.
- SCHIEBER. — *Ueber ein Fall von durch Spleniuskrampf bedingtem Torticollis*, Wiener med. Woch., n° 6, p. 261, 1900.
- SCHUPFER. — *Sur les myoclonies, étude clinique*, Il Policlinico, vol. VIII, M, 1901.
- SCIAMANNA. — *Maladie des tics*, R. Academia medica di Roma, 1893.
- *Tic et paranoia*, Rivista quindecimale di psicologia, psichiatria e neuropat., 1897, vol. I, fasc. 10.
- SÉE (G.). — *Des pseudo-chorées rythmiques, spasmes toniques et tics*, Semaine médicale, 26 mars 1884.
- SÉGLAS. — *Les troubles du langage chez les aliénés*, Paris, 1892.
- *Les Obsessions*, leçon faite à la Salpêtrière le 28 janvier 1894, publiée in Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 25 février 1894.
- *Tic aérophagique et paralysie générale*, Semaine médicale, 11 janvier 1899.
- *Un cas de torticollis mental*, Revue neurol., 1901, p. 114.
- SÉRIEUX. — *Hallucinations motrices verbales dans la paralysie générale*, Gazette hebdomadaire, 19 juin 1898.
- SEVESTRE. — *Un cas de spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien*, Union méd., 1<sup>er</sup> sept. 1882.
- SGOBBO. — *Un caso di torcicollo mentale*, Il Manicomio moderno, 1898, n° 3, p. 424.
- SIMON. — *Une nouvelle variété de spasmes musculaires fonctionnels*, Thèse de Paris, 1875.
- SMITH. — *Traitement du torticollis spasmodique par la résection du nerf spinal et des troisième, quatrième et cinquième paires cervicales*, Congrès médical international de Rome, mars-avril 1894, an. in Revue neurol., 1894, p. 274.
- *Traitement chirurgical du torticollis spasmodique (récidive du côté opposé)*, Soc. Harveienne de Londres, 6 avril 1899; klin. ther. Wochens., 1899, n° 30.
- *A case of spasmodic torticollis associated with chorea*, The clinical journ., n° 41, may 1899, Anal. in Journ. of nervous and mental disease, sept. 1899.
- *Torticollis spasmodique*, British med. journ., 1899.
- SOURY. — *Les myoclonies, physiologie pathologique*, Annales médico-psychologiques, 1897, p. 398.
- SPEHL. — *A propos du traitement de la maladie des tics*, Journal de Neurologie, 1899, n° 15, p. 289 et 294.



- STANLEY. — *Spasmodic movements of the head*, Anal. in British. med. journ., 1900, p. 1379.
- STEVENS. — *Facial spasm and its relation to errors of refraction*, Americ. journ. of the med. Sciences, 1900, H. 4, p. 33.
- SVOBODA. — *Sur une variété de convulsions non encore décrites du musculus cucullaris et du levator scapulæ*, Sbornik klinicky, 1898, anal. in Revue neurologique, 1899, p. 775.
- THOMAS (de Genève). — *Contribution à l'étude de la maladie des tics chez l'enfant*, Gaz. des mal. infantiles, 21 oct. 1901.
- THORNTON. — *Some curious facts concerning the Jumping*, New-York med. Record, 1885.
- TICHOFF. — *Un cas de convulsions toniques et cloniques des muscles du cou*, Soc. de Neurologie et de psych. de Kazan, 26 mars 1895.  
— *Traitement chirurgical du torticollis convulsif avec présentation du malade*, Soc. de Neurol. et de Psych. de Kazan, 24 sept. 1895.
- TISSIÉ. — *Tic oculaire et facial droit accompagné de toux spasmodique traité et guéri par la gymnastique médicale respiratoire*, Journal de médecine de Bordeaux, 9 et 16 juillet 1899.
- TOKARSKI. — *Le myriachit et la maladie des tics convulsifs*, Recueil des travaux dédiés au prof. Kojevnikoff, Moscou, 1890.  
— *Myriachit*, Neurol. Centralblatt, 1<sup>er</sup> nov. 1890; anal. in Semaine médicale, 29 avril 1891, p. 184.
- TORDEUS. — *De l'électrolepsie ou chorée électrique*, Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacol. de Bruxelles, mars 1883, p. 209.
- TROUSSEAU. — Clin. méd. Hôtel-Dieu de Paris, t. II, 4<sup>e</sup> édit., p. 267, 268.
- TROISIER. — Article *Face* in Dictionn. encyclopédique des sc. méd.
- VANLAIR. — *Myoclonies rythmiques*, Revue de médecine, 1882.
- VARIOT. — *Un cas de chorée électrique (variété de tic curable juvénile)*, Gaz. des hôpitaux, 9 déc. 1901.
- VERGOZ. — *Du torticollis spasmodique*, Thèse de Bordeaux, 1888.
- VIRE (J.). — *Tics in Maladies nerveuses*, diagnostic, traitement, p. 571. Montpellier, chez Coulet et Paris, chez Masson, 1902.
- VITEK. — *Paramyoclonus multiplex, et ses rapports avec le tic convulsif d'origine nucléaire*, III<sup>e</sup> Congrès des médecins et des naturalistes tchèques à Prague, 1901.
- VIZIOLI. — *Sul myriachit, o sul Jumping, malattia del sistema nervoso*, Giornale di neurop., 1884.
- VOGT. — *Les exercices dans la thérapeutique des affections nerveuses fonctionnelles*, Psychiatrische Wochenschrift, n° 27-28, sept.-oct. 1899.
- WALTON. — *Nature and treatment of spasmodic torticollis*, American journal of med. sciences, mars 1898.
- WEISS (H.). — *Traitement de quelques spasmes par l'injection intramusculaire d'acide phénique*, Soc. imp. des méd. de Vienne, 1895, anal. in Bulletin méd. 18 déc. 1895.
- WETTERSTRAND. — *L'hypnotisme et ses applications à la médecine pratique*, traduction Valentin et Lindford, Paris, 1899.
- WIEMANN. — *Ueber ein Fall von Tic de Guinon*, Göttinger Diss., 1900.
- WILLE. — *Un cas de maladie des tics impulsifs*, Monatsch. f. Psych. u. Neurol., 1898, p. 210.
- ZUBER. — Article *Spasme* du Dictionnaire encyclopédique.



## TABLE DES MATIÈRES

---

PRÉFACE du Professeur BRISSAUD . . . . .	1
AVERTISSEMENT des auteurs. . . . .	4
LES CONFIDENCES D'UN TIQUEUR . . . . .	5
CRITIQUE HISTORIQUE. . . . .	46
ÉTUDE PATHOGÉNIQUE. . . . .	65
Tic et spasme . . . . .	65
Tic et réactions motrices. Actes réflexes, actes coordonnés, actes fonctionnels, actes automatiques, actes volontaires. . .	75
Tic et coordination. . . . .	84
Genèse du tic . . . . .	89
Tic et volonté . . . . .	99
Tic et habitude . . . . .	102
Tic et idée. . . . .	108
Tic et conscience . . . . .	114
Tic et polygone . . . . .	118
Tic et fonction. . . . .	123
L'ÉTAT MENTAL DES TIQUEURS. . . . .	136
ÉTIOLOGIE . . . . .	174
ANATOMIE PATHOLOGIQUE. . . . .	195
ÉTUDE DE LA RÉACTION MOTRICE. . . . .	209
Forme de la réaction motrice. Tic clonique et tic tonique. . .	209
Intensité de la réaction motrice. . . . .	218
Fréquence et rythme. Tic rythmique. . . . .	223
Accès. . . . .	225
Localisation de la réaction motrice. Tics variables. Tics fixes.	227
SYMPTÔMES ACCESSOIRES . . . . .	233
Réflexes. . . . .	233
Réactions électriques. . . . .	240
Troubles vaso-moteurs et sécrétoires. . . . .	241
Troubles de la sensibilité. . . . .	243



LES DIFFÉRENTS TICS . . . . .	246
Tics de la face. Tics mimiques. . . . .	247
Tics de l'oreille. Tics de l'audition. . . . .	251
Tics des yeux. Tics de nictitation. Tics de la vision :	
A. Tics des paupières . . . . .	252
B. Tics des globes oculaires . . . . .	261
Tics du nez. Tics de reniflement. . . . .	270
Tics des lèvres. Tics de succion . . . . .	271
Tics du menton . . . . .	274
Tics de la langue. Tics de léchage . . . . .	275
Tics des mâchoires. Tics de morsure. Tics de mastication. . .	277
Trismus mental . . . . .	280
Tics du cou. Tics de hochement, tics d'affirmation, de négation.	283
Le torticollis mental . . . . .	288
Tics du tronc . . . . .	313
Tics de l'épaule et du bras. . . . .	314
Tics des mains. Tics de grattage . . . . .	318
Tics et écriture. . . . .	321
Tics des membres inférieurs. . . . .	329
Tics de sputation, de déglutition. Tics d'éruclation, de vomis-	
sement. Tic aérophagique. . . . .	335
Tics de la respiration. Ronflement, reniflement, soufflement,	
sifflement, toux, sanglot, hoquet. . . . .	345
Tics phonatoires. Exclamations. Cris divers. . . . .	350
Tics du langage. . . . .	352
Echolalie. . . . .	366
Coprolalie . . . . .	371
EVOLUTION DES TICS . . . . .	377
Maladie de Gilles de la Tourette. . . . .	382
Chorée variable de Brissaud. . . . .	390
GESTES ET STRATAGÈMES ANTAGONISTES. . . . .	404
COMPLICATIONS DES TICS . . . . .	420
PARENTÉ MORBIDE DES TICS. . . . .	425
Tics et hystérie . . . . .	426
Tics et neurasthénie . . . . .	435
Tics et épilepsie . . . . .	437
Tics, vésanies, idiotie. . . . .	446
Tics des idiots. . . . .	447
CARACTÈRES DISTINCTIFS DU TIC. . . . .	453
DIAGNOSTIC. . . . .	458
Tics et stéréotypies . . . . .	458
Tics et spasmes . . . . .	464
A. Tic ou spasme de la face . . . . .	473
B. Tic ou spasme du cou. Torticollis-tic et torticollis-spasme.	490
Tics et chorées . . . . .	495
A. Chorée de Sydenham. . . . .	495



## TABLE DES MATIÈRES

633

B. Chorée chronique d'Huntington. . . . .	499
C. Chorée hystérique. . . . .	501
D. Chorée électrique, chorée de Bergeron, chorée de Dubini, chorée fibrillaire de Morvan. . . . .	504
Tics et paramyoclonus multiplex. Tics et myoclonies . . . .	506
Tic et athétose. . . . .	511
Tics et tremblements . . . . .	514
Tics et crampes professionnelles. . . . .	515
PRONOSTIC. . . . .	518
TRAITEMENT DES TICS. . . . .	526
La curabilité des tics. . . . .	526
Traitement médicamenteux. . . . .	530
Régime. Hygiène. Hydrothérapie . . . . .	533
Massage. Mécanothérapie. . . . .	534
Électrothérapie. . . . .	535
Suggestion. . . . .	537
Traitement chirurgical. . . . .	539
Traitement orthopédique. . . . .	549
TRAITEMENT RÉÉDUCATEUR . . . . .	552
Les mouvements en miroir. . . . .	592
Repos au lit. . . . .	608
Isolement . . . . .	609
Psychothérapie. . . . .	614



