

phénomène que l'on observe quelquefois chez les malades affectés de tics convulsifs, mais seulement en général dans les cas les plus accentués. Il consiste en ce fait que le malade répète comme un écho, dans le moindre degré, un cri, une exclamation émise inopinément auprès de lui, et dans les cas les plus intenses, un mot tout entier, un bout de phrase. Quelquefois le malade arrive à refréner cette tendance et répète le mot tout bas. Chez certains sujets l'écholalie n'existe pour ainsi dire que pour les mots grossiers et orduriers. On a vu des malades être écholaliques pour eux-mêmes, c'est-à-dire répéter en écho les mots qu'ils prononcent.

A côté de l'écholalie se place l'*échokinésie* (Charcot) ou répétition involontaire des gestes, grimaces ou actes plus ou moins simples ou complexes, exécutés devant les malades. Comme l'écholalie, elle peut être seulement ébauchée ou très accentuée. Chez les gens affectés de la maladie nommée *latah* dans les Indes néerlandaises et qui n'est autre chose qu'une forme particulière de la maladie des tics, l'échokinésie est portée à son plus haut degré. Un malade qui tenait son enfant dans ses bras sur un navire, voyant un matelot jeter sur le pont une bûche de bois qu'il venait de trainer, imita le mouvement et précipita l'enfant sur le pont du bateau. Comme l'écholalie, l'échokinésie, bien qu'involontaire, est soumise partiellement, au même degré que les tics, à l'influence frénatrice de la volonté. Cette tendance à répéter ainsi sons et mouvements a été désignée par M. P. Marie sous le nom d'*échomatisme*, par opposition à automatisme.

Il existe chez les malades affectés de tics, du moins chez bon nombre d'entre eux, un certain trouble de l'*état mental*. Ils sont émotifs, d'un caractère difficile, en lutte perpétuelle avec leurs tendances involontaires motrices, coprolaliques, etc. Ils deviennent vite craintifs, recherchent la solitude, et dans les cas graves pensent au suicide qu'ils exécutent quelquefois. On remarque de plus chez eux une notable *diminution de l'attention volontaire*.

Un des troubles mentaux les plus caractéristiques des tiqueurs consiste dans la présence des *idées fixes*. Toutes celles, et elles sont nombreuses, qui ont été étudiées en pathologie mentale (folie lucide, raisonnée; délire émotif de Morel; folie des héréditaires dégénérés de Magnan) se rencontrent chez eux, depuis la simple idée obsédante jusqu'au degré le plus accentué. Toutes les phobies (agoraphobie, claustrophobie, topophobie, bélonophobie, etc...) peuvent être observées, ainsi que les idées religieuses et en particulier la folie du doute avec ou sans délire du toucher, l'onomatomanie (Charcot et Magnan), l'arithmomane (manie de calculer et aussi besoin involontaire de compter avant d'exécuter un acte ou de l'exécuter un nombre de fois toujours le même).

Toute idée obsédante, si futile qu'elle soit, peut devenir une idée fixe au sens pathologique du mot, à la condition de présenter certains caractères qui lui sont communs avec les tics et que nous allons examiner. On peut en effet comparer très légitimement le tic et l'idée fixe, qui sont deux phénomènes cérébraux de même ordre, sinon de même localisation fonctionnelle. Tout mouvement étant caractérisé par la représentation mentale qui est fonction de l'écorce cérébrale, le tic se ramène en dernière analyse à une représentation mentale fixe, par opposition au mot : idée fixe. Tous les deux, tics et idées fixes, sont donc identiques dans leur essence, et proviennent d'un trouble cérébral de même ordre, portant pour les uns sur la portion motrice de l'écorce, pour les autres sur la portion idéative. Donc, à ce point de vue abstrait, il n'y a rien d'étonnant à les rencontrer combinés dans les malades des tics, sans qu'ils aient entre eux aucune relation de cause à effet. Les uns et les autres présentent ce caractère commun d'être soustraits à l'empire de la volonté, qui a cependant dans certaines conditions un certain degré d'influence sur lui. Mais alors, fait très important, cette action d'arrêt s'accompagne d'un état d'angoisse tout particulier, qui n'est pas un des moindres caractères servant à distinguer tous ces phénomènes, dont l'ensemble peut prendre légitimement le nom de *maladie des tics convulsifs* (Charcot).

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Il s'en faut de beaucoup qu'edans tous les cas on rencontre la totalité des phénomènes indiqués ci-dessus. A ce point de vue, le plus fréquent est le tic, puis l'exclamation involontaire, puis les idées fixes et la coprolalie. L'écholalie et l'échokinésie sont les moins souvent observés ici. Dans les cas les moins graves, le tic existe seul. A mesure que le mal s'aggrave, les autres signes s'ajoutent peu à peu, le plus ordinairement à peu près dans l'ordre ci-dessus.

Cette aggravation n'est souvent jamais réalisée. Lorsqu'elle existe, elle peut avoir mis un temps très long (des années) à se produire et en tout cas elle ne persiste pas en général indéfiniment. La maladie procède ordinairement par poussées dans l'intervalle desquelles le malade n'est jamais absolument indemne, mais toujours affecté de quelques grimaces, de quelques tics plus ou moins accentués.

Dans certains cas, les tics peuvent manquer et la maladie se réduire par exemple à l'exclamation involontaire, à l'écholalie ou l'échokinésie (comme dans le *latah*, le *myriachit*). Ce seraient là des sortes de cas frustes de la maladie des tics convulsifs.

Commencant dans l'enfance ou l'adolescence, la maladie des tics dure autant que la vie du malade. Dans les cas simples, avec ou sans poussées d'aggravation transitoires, elle est supportée plus ou

moins bien. Dans les cas très graves au contraire, les malades finissent par devenir de véritables aliénés, incapables de vivre de la vie de tout le monde. Parmi ces derniers on en observe qui arrivent au suicide.

**Diagnostic.** — Les tics convulsifs seront facilement distingués de ces mouvements (*tics coordonnés* de Letulle) que certaines personnes exécutent par habitude et qui deviennent par ce fait à peu près inconscients. C'est à ceux-ci qu'on applique vulgairement le nom de tics. La volonté les arrête sans provoquer d'angoisse, et avec un certain effort d'attention on peut arriver à s'en débarrasser. Il en est de même de ces mouvements à peu près involontaires, causés à la face surtout par la présence de quelque lésion locale (gerçure des lèvres, corps étranger de l'œil) plus ou moins persistante. On aura quelquefois à faire ce diagnostic, car nous avons dit que les tiqueurs cherchent parfois à donner de leurs tics une explication de ce genre.

Dans l'*hémichorée* et l'*athétose* simple ou double, les mouvements sont tout différents comme forme, plus lents, et ne se produisent pas par accès. De plus la volonté n'a aucune action sur eux. Enfin l'état des réflexes tendineux, l'existence d'une hémiplegie antérieure, dans le cas d'*hémichorée* ou d'*hémithétose*, l'état mental dans celui d'*athétose* double ne permettront aucune hésitation dans le diagnostic.

La *chorée rythmique hystérique* sera difficilement confondue avec la maladie des tics, en raison de la forme des accès, de la nature des mouvements (*chorée saltatoire*, *malléatoire*, etc.) et de la présence des stigmates de l'hystérie.

La *chorée électrique de Dubini*, mortelle dans 90 pour 100 des cas, présente des accès suivis de paralysie des membres avec déviation de la face. Les secousses de la *chorée électrique de Bergeron* sont arrêtées par la compression du nerf facial (Joffroy) et guéries par l'administration du tartre stibié.

Le *tic de Salaam* vrai consiste en mouvements de la tête, d'une grande fréquence, survenant par accès chez les tout petits enfants. Les accès, accompagnés de perte de connaissance, paraissent être une forme du petit mal comitial.

La *chorée de Sydenham*, dans sa période d'état, ne sera guère confondue avec la maladie des tics. Ses mouvements sont plus étendus, moins brusques, troublent les mouvements volontaires, ne se produisent pas par accès et sont soustraits à l'action de la volonté. A la période de début ou de déclin, alors qu'il ne reste plus que quelques secousses des membres ou quelques grimaces de la face, l'erreur sera beaucoup plus facile. Dans ces cas, ce sera surtout la recherche des phénomènes surajoutés aux tics (*coprolalie*, etc.), l'étude des caractères des mouvements (influence de la volonté, etc.)

et en fin de compte l'évolution du mal qui permettra de fixer positivement le diagnostic.

Les secousses du *paramyoclonus multiplex* sont des secousses musculaires semblables à celles que produit l'électricité, jamais généralisées, respectant toujours la face, ne donnant jamais lieu à aucun mouvement simulant les gestes de la vie ordinaire. De plus, on les produit artificiellement (excitations cutanées, tendineuses, froid, etc.).

L'*hystérie* peut simuler à s'y méprendre la maladie des tics convulsifs. Sans parler des bruits laryngés involontaires hystériques (toux, hoquet, etc.), qui sont relativement faciles à distinguer (mode de début, périodicité, accès, etc.), la névrose peut reproduire des mouvements analogues aux tics véritables, mais sans adjonction des phénomènes mentaux (en particulier des idées fixes). On aura pour se guider la présence des stigmates, et surtout l'évolution, la date et le mode du début des mouvements involontaires. Ils guérissent en effet quand ils sont hystériques. Mais il peut se faire que la maladie des tics se développe chez un hystérique. Alors rien ne pourra renseigner que l'évolution du mal : la guérison des mouvements prouvera seule leur nature hystérique.

**Étiologie.** — *Causes occasionnelles.* — Elles n'ont qu'une importance absolument secondaire et sont d'ailleurs très variables. Émotions, frayeurs, traumatisme, telles sont les causes le plus souvent invoquées par les malades. Une d'entre elles mérite une mention à part, c'est l'*imitation* (vue d'une attaque d'épilepsie, d'un choréique, d'un autre tiqueur), que rend d'autant plus facile l'état de prédisposition (échomatisme) où se trouvent la plupart des malades.

*Causes prédisposantes.* — Le *sexe* ne paraît pas avoir grande influence, quoique l'on ait relaté plus de cas chez des personnes du sexe masculin. Il n'en est pas de même de l'*âge*. L'affection débute presque toujours dans l'enfance ou l'adolescence. Souvent les adultes, lorsqu'ils se présentent au médecin atteints d'une poussée aiguë, reportent le début de l'affection actuelle à une date rapprochée. Mais en cherchant bien, on trouvera, la plupart du temps, dans la période antérieure, l'existence d'une petite grimace de la face, par exemple, considérée comme sans importance par le malade, ou, dans l'enfance, le souvenir d'une poussée aiguë méconnue et prise à tort pour une attaque de chorée.

Mais la grande cause prédisposante de l'affection réside dans l'*hérédité*. Tous les phénomènes dont l'ensemble constitue la maladie des tics convulsifs sont classés par M. Magnan parmi les syndromes épisodiques de la dégénérescence héréditaire.

**Traitement.** — Bien que la thérapeutique soit absolument

impuissante à détruire la maladie, dont la cause première lui échappe, elle n'est cependant pas sans action, principalement dans les formes graves, qu'il est de toute nécessité de tenter de modifier, en raison de l'état où elles plongent les malades. On procurera aux patients un certain degré de calme à l'aide de tous les sédatifs du système nerveux (bromures, opium, chloral, etc.), et surtout avec l'*hydrothérapie* combinée à l'*isolement*. Il ne faut pas oublier que, dans les périodes de grande exacerbation avec idées fixes multiples, les malades deviennent de véritables aliénés et que l'on doit exercer sur eux la plus active surveillance.

GEORGES GUINON.

## TÉTANIE

**Historique.** — Les deux observations de « rhumatisme brûlant » publiées par Steinheim (1830) avaient passé inaperçues, lorsque Dance fit paraître dans les *Archives de médecine* (1831) la première description d'ensemble du « tétanos intermittent ». Au travail de Dance succédèrent bientôt ceux de Tonnelé, Constant, Murdoch, de la Berge. Dès lors la tétanie eut sa place marquée dans les ouvrages classiques. Puis vinrent les thèses de Rabaud, de Lucien Corvisart qui remplaça le nom de « contracture des extrémités, » donné par Imbert-Goubeyre, par celui de « tétanie », que Trousseau vulgarisa dans ses leçons cliniques.

Jusqu'alors cette affection n'avait pour ainsi dire été étudiée qu'en France. A partir de cette époque elle est l'objet de nombreux travaux en Allemagne. Kussmaul signale la tétanie dans la dilatation de l'estomac; Erb découvre l'augmentation de l'excitabilité électrique; Chvostek mentionne l'hyperexcitabilité mécanique des nerfs; Weiss observe la contracture intermittente à la suite de l'extirpation du corps thyroïde; Bardeleben et Schiff, Wagner, Fuhr, Horsley, Eiselsberg étudient la question au point de vue expérimental. Toutes ces publications se trouvent résumées dans le travail de Frankl-Hochwart<sup>1</sup> qui constitue à l'heure actuelle le document le plus complet sur la tétanie.

1. FRANKL-HOCHWART, *Die Tetanie*, Berlin, 1891.

**Étiologie.** — La tétanie apparaît chez des sujets sains ou malades et les causes capables de la provoquer sont fort nombreuses. On peut les ranger comme il suit, quelque artificielle que soit une pareille classification.

I. *Tétanie des sujets sains. Épidémies de tétanie.* — La tétanie choisit ordinairement des hommes jeunes, rarement des femmes, encore plus rarement des enfants.

L'hérédité nerveuse a sur son développement une véritable influence. Certaines familles paraissent même avoir une prédisposition marquée pour la tétanie. Sanchez l'a vue frapper trois enfants sur sept, et Oppler sept membres d'une même famille.

Exceptionnelle dans les professions libérales, elle est fréquente chez les manouvriers et surtout de seize à vingt-cinq ans (88 pour 100). Peut-être les ouvriers des grands centres (Vienne, Berlin, Paris) y sont-ils plus sujets. D'après Strümpell, on la rencontrerait plus souvent à Heidelberg, à Breslau et à Vienne qu'à Leipzig, par exemple.

La tétanie sévit parfois à l'état épidémique. Les épidémies les plus célèbres sont celles de la prison Saint-Bernard à Bruxelles (1846), de l'hôpital Sainte-Eugénie à Paris (1855) et surtout celle de Gentilly. Elles sont toutes fort discutables. Dans la dernière, qui sévit dans un pensionnat de petites filles, il suffit de fermer l'école pour voir cesser immédiatement tous les accidents. Et M. Jules Simon n'eut pas de peine à démontrer qu'il fallait l'attribuer avant tout à la contagion nerveuse.

Toutefois il est incontestable que la tétanie est plus fréquente à certaines époques de l'année. De la Berge, Barthez et Rilliet l'avaient déjà signalé et leur juste remarque s'est trouvée confirmée par les observations plus récentes.

En général, elle fait son apparition dans les hôpitaux en décembre et en janvier; elle augmente de fréquence jusqu'en mars où elle atteint son maximum, pour disparaître enfin vers le mois de juillet. Les statistiques de Weiss, de Jaksch et de Frankl-Hochwart sont toutes d'accord sur ce point.

Chez l'enfant, la *dentition*, qui prédispose si évidemment, soit d'une manière directe, soit d'une manière indirecte, aux accidents éclamptiques, a été regardée comme ayant aussi une influence sur le développement de la tétanie; mais on comprend combien une cause de cette nature est difficile à apprécier, d'autant plus qu'elle se complique presque toujours d'états pathologiques divers auxquels les accidents sembleraient plutôt devoir être rattachés (Trousseau).

Chez l'adulte, les causes occasionnelles les plus fréquemment invoquées sont les vives émotions, les grands efforts musculaires, le