

Les caractères de cet état mental ne diffèrent pas de ceux des prédisposés où domine la désharmonie entre les diverses facultés (Magnan). Les imperfections de la volonté sont capitales. C'est par suite de l'insuffisance des interventions volontaires que la plupart des actes moteurs intempestifs finissent par acquérir un automatisme morbide et subissent des transformations excessives. Le tiqueur est essentiellement léger, versatile, instable. Il ne sait pas vouloir ; il veut trop ou trop peu, trop vite ou pour trop peu de temps. Les oscillations de la volonté se traduisent surtout par la faible capacité de l'attention, toujours fugace « papillonnante », éphémère, indice d'un perpétuel état d'instabilité mentale.

Cette disposition psychique offre des analogies incontestables avec celle qu'on observe normalement chez l'enfant. Itard en avait déjà fait la remarque, en 1825, lorsqu'il signalait « une grande mobilité des idées et une légèreté d'esprit et de caractère qui n'appartiennent qu'à la première jeunesse et qui résistent aux progrès de l'âge ». On retrouve en effet chez les tiqueurs de nombreux stigmates d'*infantilisme mental* (Henry Meige). Petits ou grands, ils présentent l'état mental d'un âge inférieur à celui qu'ils ont en réalité : légèreté, versatilité, insouciance, une émotivité aux manifestations excessives et fugaces, qui d'ailleurs peuvent aller de pair avec une grande facilité d'assimilation, une large mémoire, une imagination séduisante. Tous ces caractères n'appartiennent pas en propre aux tiqueurs et se retrouvent chez la plupart des prédisposés. Outre leur légèreté, leur versatilité, leur insouciance, ils ont aussi des impatiences, des colères d'enfants. La plupart de leurs actes manquent de pondération. Ils parlent, ils marchent, ils mangent trop vite et sans mesure. Ils sont timides à l'extrême, se déconcertent pour un rien. Leur affectivité est très capricieuse ; ils ont des passions vives, brèves, étranges.

L'irrégularité et l'insuffisance du contrôle cortical favorisent l'apparition et le développement des *idées fixes*, des *impulsions*, des *obsessions*. Les rapports des tics avec les obsessions sont variables (1). Les deux affections peuvent s'observer isolément ou simultanément chez les membres d'une même famille. Chez un même individu, le tic et l'obsession existent parfois indépendamment l'un de l'autre, sans qu'aucun lien les rattache l'un à l'autre. Mais souvent aussi ces deux phénomènes ont entre eux des relations intimes. Tantôt c'est l'obsession qui donne naissance au tic ; tantôt au contraire, c'est le tic qui donne naissance à l'obsession. Il peut arriver que l'acte moteur, par sa répétition incessante devienne une véritable obsession et de ce fait le tic tend à s'invétérer et à s'aggraver (*tic obsédant*).

Une foule d'autres singularités psychiques ont été signalées chez les tiqueurs : le doute, le scrupule et toutes sortes de manies : l'amour exagéré de l'ordre, l'arithmomanie, l'onomatomanie, la « folie du pourquoi », etc. Les phobies abondent, toutes peuvent engendrer des tics ou coexister avec des tics. La plus fréquente est la nosophobie, sous toutes ses formes. Les tiqueurs ont fréquemment une tendance excessive à s'analyser (introspection) et c'est là l'origine ou la manifestation d'une foule d'idées mélancoliques et hypocondriaques. On doit étudier avec le plus grand soin l'état mental d'un tiqueur, car ses gestes intempestifs ont souvent une relation très étroite avec ses troubles mentaux. Au

(1) PITRES et RÉGIS. *Les obsessions et les impulsions*, Paris, 1902, Doin, édit. — HENAUT. *Contribution à l'étude des tics obsédants*. Thèse de Bordeaux, 1905.

point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique, la connaissance de ces derniers ne doit jamais être négligée.

Joffroy a fait ressortir la coexistence fréquente des troubles mentaux avec les affections nerveuses qui s'accompagnent de troubles moteurs (chorée de Sydenham, chorée d'Huntington, maladies de Parkinson, de Thomsen, de Friedreich, syringomyélie, amyotrophies, tics), il a proposé de réunir sous le nom de *myopsychies* toutes les affections dans lesquelles le trouble physique et trouble psychique sont sous la dépendance d'une cause conceptionnelle ou héréditaire (1).

Les tics ne sont pas l'apanage exclusif de l'homme. Le mot tic paraît avoir été employé pour la première fois à propos des chevaux. Rudler et Chomel (2), ont entrepris une étude méthodique des tics des chevaux. Leurs constatations établissent la similitude pathogénique et clinique des tics humains et des tics équin, tic à l'ours, tics de léchage, de mordillement, etc. Les chevaux tiqueurs appartiennent à une catégorie d'individus anormaux, chez lesquels on retrouve des stigmates physiques, physiologiques et psychiques de dégénérescence, comparables à ceux que présentent les tiqueurs humains. Il est intéressant de constater que les tics des animaux se rapprochent de ceux qu'on observe chez les sujets les plus arriérés, les idiots, les imbéciles.

Localisations et Formes. — Les formes et les localisations des tics sont très nombreuses. On ne peut décrire que les plus fréquents.

Tics de la face. — La musculature faciale coopérant à une foule d'actes fonctionnels (nictitation, mastication, succion, respiration, phonation, mimique), tous ces actes peuvent être perturbés de mille façons : de là, une infinité de tics, isolés ou concomitants, qui s'associent encore à des tics du cou, des épaules, et des membres supérieurs.

Les tics des paupières sont les plus fréquents de tous les tics ; ils sont généralement bilatéraux. Lorsqu'ils se manifestent par des battements brefs et fréquents des deux paupières, on leur donne le nom de *tics de nictitation*. Les muscles sourciliers, les muscles du nez, les zygomatiques entrent assez souvent en jeu en même temps. Il n'est pas rare d'observer des contractions toniques se répétant à intervalles plus ou moins éloignés et se prolongeant un certain temps : ce sont les *tics de clignement* ; il existe aussi des *tics d'écarquillement*, dans lesquels le muscle releveur de la paupière entre en jeu.

Tous ces tics ont généralement pour point de départ un mouvement provoqué par une cause irritative venue de l'extérieur : poussière, cils, granulation, conjonctivite, impressions lumineuses vives et persistantes, certains troubles de la vision.

Les tics palpébraux doivent être distingués du *blépharospasme* et du *blépharotonus*, qui se produisent au cours d'affections organiques des centres ou des conducteurs nerveux.

(1) JOFFROY. Des myopsychies. *Revue neurologique*, 15 avril 1902.

(2) RUDLER et CHOMEL. Tic de l'ours chez le cheval, et les tics d'imitation chez l'homme. *Soc. de neurologie de Paris*, 4 juin 1905 ; *Revue neurologique*, 15 juin 1905, p. 541. — Analogies entre les tics et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval. *Soc. de neurologie de Paris*, 7 janvier 1904. — Des stigmates anatomiques, physiologiques et psychiques de la dégénérescence chez l'animal, en particulier chez le cheval. Congrès des aliénistes et neurologistes, Pau, août 1904. — *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, n° 6, 1904.

Les spasmes palpébraux ne s'accompagnent généralement pas de mouvements du globe oculaire, tandis que ceux-ci ne sont pas rares dans les tics des paupières, où l'on peut voir le globe oculaire se mouvoir derrière les paupières supérieures baissées. Ces mouvements se produisent aussi quand les paupières sont ouvertes; ils peuvent affecter un seul œil ou les deux; lorsqu'ils se répètent avec régularité, il en résulte un *tic nystagmiforme*. Certains *strabismes*, fréquents chez les enfants, ne sont que des sortes de tics toniques oculaires.

Après les tics des yeux, les *tics des lèvres* sont les plus fréquents des tics de la face. L'orbiculaire des lèvres peut être seul atteint: *tics de moue*, de *succion*, de *pincement* des lèvres. Lorsque les muscles élévateurs, abaisseurs ou dilateurs des lèvres entrent en jeu, on voit se produire toutes sortes de *grimaces* et de *riquets*.

Les tics des lèvres sont parfois des tics de la mimique faciale, les muscles intéressés coopérant à diverses expressions physiologiques (dégoût, dépit, colère, etc.). D'autres fois, les tics labiaux sont comme les tics des yeux, des mouvements provoqués au début par une irritation locale (gerçures, fissures labiales, eczéma, petits furoncles, etc.). Les lèvres jouant aussi un rôle dans plusieurs fonctions (succion, préhension des aliments, mastication, articulation des sons, etc.), les tics de cette région sont dans certains cas des anomalies de ces différentes fonctions. Les troubles de la dentition, en particulier la chute des dents de lait et l'apparition des nouvelles dents, sont fréquemment la cause des tics des lèvres.

Les mêmes causes qui provoquent la plupart des tics des lèvres donnent aussi lieu à des habitudes motrices vicieuses, parmi lesquelles la *cheilophagie* est la plus fréquente⁽¹⁾. L'abondance et la délicatesse des terminaisons sensibles dans la muqueuse labiale expliquent la multiplicité et l'acuité des incitations qui en partent, et dont chacune peut être l'occasion d'une réaction motrice.

Il existe aussi des convulsions toniques des muscles labiaux réalisant des moues et des pincements des lèvres plus ou moins durables. Les troubles de dentition, fréquents chez les dégénérés, favorisent et provoquent ces habitudes vicieuses.

Les *tics du nez*, souvent associés aux tics des lèvres et des yeux, se manifestent le plus souvent par un froncement de la peau, d'autres fois par un battement des narines. Ces tics sont généralement accompagnés de bruits respiratoires et liés à des tics de la respiration. Le plus fréquent est le *tic de reniflement*.

Les muscles du *menton* sont rarement atteints isolément. On peut leur donner le nom de *génio-tics*. Le muscle *peaucier du cou*, qui n'est qu'une expansion de la musculature faciale, entre souvent en jeu dans les tics de la face; on a même décrit les tics isolés du peaucier (Oppenheim). De même pour les muscles *frontaux*, les *sourciliers*, les *muscles peauciers du crâne*, les muscles moteurs du *pavillon de l'oreille*.

Les *tics de la langue* existent rarement à l'état isolé. Ils sont caractérisés par la projection brusque de la langue au dehors, soit en avant, soit plus fréquemment sur un des côtés; ils existent pendant la parole et pendant le silence. Des mouvements intempestifs de la langue peuvent se produire à l'intérieur de la cavité buccale, les lèvres étant closes ou ouvertes. Ils se révèlent par des sou-

⁽¹⁾ HENRY MEIGE. *Tics des lèvres, cheilophagie, cheilophobie*. XIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes. Bruxelles, août 1905. — *Journal de neurologie*, 1905.

bresauts du plancher de la bouche et par des bruits pharyngés, car ils s'accompagnent fréquemment des contractions des muscles du voile du palais.

A côté des mouvements convulsifs de la langue, il faut signaler les habitudes motrices vicieuses, les *stéréotypies linguales*, auxquelles on a donné le nom de *tics de léchage* (très fréquemment associés à la cheilophagie). Le *tic du chiqueur* est un mouvement intempestif de ce genre: la pointe de la langue est dirigée dans les replis gingivaux et fait saillir la joue. Le point de départ est une inflammation locale, un abcès ou une lésion dentaires (Letulle, Rudler)⁽¹⁾.

La langue, avec ou sans les lèvres, joue un rôle important dans les tics bruyants, tels que le *tic de sifflement*, le *tic de claquement*, le *tic de croassement*, etc., qui sont intimement liés aux tics respiratoires et phonatoires.

Il existe des tics des *muscles masticateurs* isolés ou associés aux tics des muscles peauciers de la face. Ces tics se traduisent par des mouvements brusques et répétés de la mâchoire inférieure, soit du haut en bas, soit de droite à gauche. Les muscles sus-hyoïdiens, les ptérygoidiens (Leube, H. Meige), très souvent les muscles de la langue, participent à ces tics. Suivant la localisation convulsive prépondérante on a affaire à des mouvements d'abaissement, de propulsion ou de diduction de la mandibule.

Les tics de la mâchoire sont souvent alliés à la cheilophagie. Ils ont mêmes causes provocatrices que les tics des lèvres (érosions labiales, lésions dentaires, gingivales); ils se rattachent à des habitudes vicieuses de « mordillage » et de « machonnement »; ils s'accompagnent quelquefois de claquement ou de grincement des dents. Ces tics peuvent entraîner des complications assez sérieuses, en particulier des ulcérations de la muqueuse buccale, que les mouvements de morsure incessamment répétés entretiennent et aggravent, sans parler des dangers d'infection; ou bien ce sont les dents qui en pâtissent: elles peuvent être brisées ou ébranlées jusqu'à tomber. Enfin, ces tics peuvent s'accompagner d'une véritable difficulté de la parole.

Les contractions toniques des masséters donnent naissance à un phénomène qui a été décrit par Raymond et P. Janet sous le nom de *trismus mental*. Le malade, qui ne peut desserrer les dents pour parler, ouvre au contraire largement la bouche si on lui demande de tirer la langue, montrer sa gorge, ou même s'il se met à chanter. Ce trismus, qui s'observe aussi chez certains aliénés, représente un acte de défense en relation avec une idée délirante; sa persistance est telle que dans certains cas on est obligé d'alimenter les malades à l'aide d'une sonde nasale. Le trismus mental est souvent corrigé par les malades eux-mêmes à l'aide d'un procédé de leur invention auquel ils attribuent une vertu particulière: un bouchon entre les dents, un doigt sur les incisives (Chatin).

Tics du cou. — Les convulsions cloniques localisées aux muscles du cou se traduisent par toutes sortes de secousses, rotations, inclinaisons, inflexions de la tête: *tics de hochement*, de *salutation*, de *affirmation*, de *négation*, etc.

Le *tic de hochement* est un des plus fréquents. Les différents muscles du cou peuvent être intéressés, surtout les sterno-cléido-mastoldiens; les muscles profonds sont atteints également dans bien des cas, et rien n'est plus difficile que de déterminer la part que prend chacun d'eux aux secousses de la tête. Les tics du cou sont souvent associés aux tics de la face, très souvent aux tics des

⁽¹⁾ RUDLER et CHOMEL. *Étude de pathologie comparée sur les tics de léchage de l'homme et du cheval*. XIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles, août 1905. — *Tic du chiqueur*. *Soc. de neurol. de Paris*, 7 janvier 1904.

épaules. Les muscles fléchisseurs sont plus souvent atteints que les extenseurs.

La cause la plus fréquente des tics de hochement, surtout chez les enfants, est un geste provoqué par une coiffure instable que le sujet cherche à redresser par un brusque mouvement de tête. Il suffit alors de modifier la coiffure pour faire disparaître le tic. D'autres fois, c'est le chatouillement produit par une mèche de cheveux ou la gêne causée par un col trop étroit; en pareils cas, faire couper les cheveux et supprimer le col. Les mouvements de la tête participant aux gestes mimiques, certains de ces tics méritent le nom de *tics d'affirmation* ou de *négation*. Les tics de hochement peuvent s'accompagner de mouvements de flexion du tronc (*tics de salutation*).

Les tics de hochement doivent être différenciés de l'affection décrite sous le nom de *spasmus nutans*, qui s'observe chez de tout jeunes enfants et qui semble liée à l'existence d'une lésion irritative encéphalique.

Torticolis-tic. Torticolis mental de Brissaud. — Le torticolis mental est un trouble psycho-moteur, assimilable aux tics. Étant donnés le nombre et la complexité des muscles chargés d'assurer les mouvements de la tête et du cou, les attitudes de torticolis sont très variables suivant les cas : tantôt il s'agit d'une rotation simple, tantôt de rotation et de flexion combinées, tantôt de rotation avec extension de la tête; enfin l'extension seule peut se produire, donnant lieu au *rétrocolis*.

Le mouvement convulsif est clonique ou tonique; ces variations dans le



FIG. 86 et 87. — Torticolis mental et geste antagoniste (Brissaud).

caractère objectif de la convulsion peuvent survenir chez un même sujet d'une période à l'autre de la maladie. Tantôt la tête semble entraînée brusquement sur le côté par une seule secousse brusque ou par une série de secousses successives, puis revient à sa position normale, pour repartir l'instant d'après; tantôt, au contraire, l'attitude de rotation se maintient pendant un certain temps, quelquefois pendant des heures. On observe toutes les variantes d'un sujet à l'autre, et souvent, chez le même sujet, à des moments différents.

Tous les muscles du cou peuvent être atteints; mais l'action du sterno-cléido-mastoïdien frappe toujours davantage. D'autres muscles, trapèze, scalènes, splénus, complexus, obliques, angulaire, agissent souvent en même temps et modifient la position de la tête. Les muscles qui entrent en jeu ne sont pas toujours situés du même côté; on peut voir les associations croisées les plus sin-

gulières. D'autres muscles plus éloignés peuvent aussi participer au mouvement, les pectoraux, les deltoïdes. Il est rare que la rotation de la tête ne s'accompagne pas d'une élévation de l'épaule; mais tantôt celle-ci a lieu du côté de la rotation, tantôt du côté opposé. Exceptionnellement, les muscles fléchisseurs de la tête sont pris au même degré des deux côtés. Duchenne (de Boulogne) a rapporté un exemple de ce genre de *procolis*.

La rotation de la tête existe seule au début, mais avec le temps elle s'accompagne soit de mouvements, soit d'attitudes vicieuses permanentes de l'épaule, du bras, du tronc. Plus rarement les muscles de la face et de la langue sont intéressés.

Le repos physique, la tranquillité morale atténuent les contractions; la fatigue,



FIG. 88 et 89. — Torticolis mental (d'après Brissaud).

les émotions les exagèrent. La volonté, la distraction ont une action inhibitrice efficace dans la majorité des cas, mais d'une durée plus ou moins longue. Certains actes exagèrent le torticolis, par exemple la lecture et surtout l'écriture.

Les mouvements convulsifs cessent toujours pendant le sommeil; mais celui-ci est lent à venir; souvent en effet, même lorsque la tête est appuyée sur un fauteuil ou un oreiller, le torticolis se produit encore; les malades emploient toutes sortes de procédés, coussins, attelles, etc., pour s'immobiliser; ils n'y parviennent pas toujours.

Les sujets atteints de cette affection adoptent des *gestes de défense* destinés à atténuer, parfois même à corriger complètement, leur torticolis. Le *geste antagoniste efficace* est le plus souvent l'application d'un doigt sur le menton ou sur la joue; mais il existe une infinité de variantes: le pouce entre les incisives, la paume de la main sur le front, ou sur l'oreille, ou sur l'occiput. La contre-pression exercée par le malade n'est pas toujours dirigée en sens inverse de la rotation; elle est quelquefois de même sens et semble paradoxale. Dans bien des cas d'ailleurs cette contre-pression est insignifiante ou nulle: l'approche du doigt suffit, sans même qu'il effleure la peau. Certains sujets imaginent des procédés correcteurs étranges: un bâton entre les dents (Grasset), un parapluie sur l'épaule, et surtout des cols carcans. Dans une observation de Noguès et Sirol, le malade mettait sur son nez un lorgnon sans verre agrémenté d'une tige

de fer dont il regardait l'extrémité pour corriger son torticolis. Scherb¹ a rapporté l'histoire d'une femme chez qui la « peur de voir tomber sa tête » avait engendré des mouvements convulsifs. Elle faisait usage d'une foule de stratagèmes : cols carcans, étais de toutes sortes, jusqu'à fixer dans son dos, à sa ceinture, un bâton au haut duquel elle attachait sa tête avec un mouchoir.



FIG. 90 et 91. — Torticolis mental (Brissaud).

Ces procédés de défense n'ont généralement de vertu que quand ils sont appliqués par les malades eux-mêmes; une autre main, quelle que soit la pression qu'elle exerce, n'a pas le même succès.

Le torticolis mental ne s'accompagne pas de douleurs vives; mais tous les



FIG. 92 et 93. — Torticolis mental (Brissaud).

malades accusent des sensations de tiraillement, de gêne, de courbature dans la région du cou; ces phénomènes douloureux semblent être, non pas primitifs, mais secondaires: ils sont la conséquence des contractions forcées et des compressions exercées par les muscles hyperactifs. Bien plus pénible est la douleur

(¹) SCHERB. Un nouveau cas de torticolis mental. *Revue neurol.*, 15 septembre 1902.

morale, résultant de l'incapacité de résister à la rotation de la tête; ce phénomène prend quelquefois un caractère angoissant; en tout cas les patients sont toujours grandement obsédés par leur infirmité.

Beaucoup de malades semblent avoir perdu la notion exacte de la position de leur tête (Meige, Scherb); ils manquent également de précision et d'assurance dans l'exécution des mouvements de leurs membres. De ce fait, leur marche est gênée, irrégulière, incertaine.

Dans un assez grand nombre de cas, on retrouve la cause du mouvement primitif volontaire et logique, qui a précédé le torticolis. C'est souvent une position choisie dans le but d'atténuer une douleur, soit dentaire (Souques), soit dans la nuque (Séglas); un malade tourne la tête pour rechercher un craquement dans les articulations du cou (Brissaud et Meige); un autre veut dissimuler sa figure (Raymond et Janet); un autre encore a pris l'habitude de regarder de côté par une fenêtre (Sgobbo), etc.

Le début de l'affection est insidieux; le mouvement ou l'attitude de rotation est d'abord léger et ne se produit qu'un petit nombre de fois par jour, puis il va s'accroissant et augmente de fréquence. L'affection peut se localiser d'abord à un muscle, l'abandonner ensuite pour s'attaquer à un autre, puis réapparaître dans le premier muscle atteint; on voit aussi des torticolis changer de côté.

Certains actes professionnels fréquemment répétés sont invoqués dans l'étiologie. Dans le *tic du colporteur* de Grasset (¹), le geste initial était l'acte de jeter un fardeau sur l'épaule; Baylac a incriminé le geste du typographe (²) qui tourne la tête chaque fois qu'il prend une lettre dans un casier. L'écriture est souvent, au début, le seul acte à l'occasion duquel se produise le torticolis. Les troubles de la vision (Walton) et de l'accommodation paraissent aussi avoir une certaine importance dans la genèse du torticolis, ainsi que les troubles de l'ouïe. Dans nombre d'observations on signale les causes morales déprimantes, émotions, chagrins, préoccupations. Des causes locales sont souvent invoquées: abcès, adénites, anthrax (Briand), papillome du nez (Lannois) et aussi les refroidissements, les infections, les traumatismes (Oppenheim).

Tics des membres supérieurs. — Parmi les *tics de l'épaule*, le plus fréquent est le *haussement* souvent provoqué par la gêne d'un vêtement trop étroit, par une douleur articulaire, légère et passagère, par la recherche d'un craquement de la jointure.

Aux *bras*, on observe surtout des mouvements convulsifs d'écartement ou de rapprochement, les coudes venant frapper brusquement la paroi thoracique. Les *tics de frappement* (³) (coups de poing que le sujet se donne à lui-même), ont pour point de départ une sensation anormale (démangeaison, petite douleur) que le malade cherche à atténuer.

On voit peu de *tics des mains* et des *doigts* présentant les caractères de brusquerie, de répétition et d'inopportunité; mais on observe très fréquemment des mouvements intempestifs des doigts et des mains, qui n'ont pas le caractère convulsif, et qui cependant se répètent toujours les mêmes, sans raison. Ce sont des gestes stéréotypés, reconnaissant d'ailleurs même pathogénie que les tics.

(¹) GRASSET. Tic du colporteur, spasme polygonal post-professionnel. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, p. 217.

(²) BAYLAC. Un cas de torticolis mental ou tic du typographe.

(³) HENRY MEIGE et E. FENDEL. Remarques cliniques et thérapeutiques sur quelques tics de l'enfance. Congrès de Pau, 1904. *Journal de neurologie*.