

Tels sont les mouvements de *grattage*, très fréquents chez les tiqueurs. Certains tiqueurs entretiennent perpétuellement sur leur visage de petites plaies qui deviennent l'origine de cicatrices chéloïdiennes. D'autres cassent leurs ongles avec leurs doigts; d'autres arrachent ou brisent leurs cils (Raymond et P. Janet) (1), leurs sourcils, les poils de la barbe ou les cheveux. Toutes ces formes de *trichoplastie* ou de *trichoclastie* peuvent coexister avec des tics véritables; elles s'observent aussi isolément.

Tics du tronc. — Les muscles fléchisseurs ou extenseurs du tronc peuvent être atteints. Il en résulte des *mouvements de salutation* ou de *balancement*, qui se reproduisent de façon *rythmique* ou par des *tressautements* brusques.

Un certain nombre de muscles du tronc et de l'abdomen, coopérant aux actes respiratoires, entrent en jeu dans les tics respiratoires.

Tics des membres inférieurs. — Les *tics des membres inférieurs* sont moins fréquents que ceux des membres supérieurs. Le plus commun est le *coup de pied* que se donnent les malades en marchant, frappant une de leurs chevilles avec la pointe ou le talon du pied opposé: d'autres lancent leur coup de pied dans le vide, en avant, sur le côté, ou en arrière comme une ruade. D'autres enfin frappent du pied sur le sol, assis ou debout. Il y a une infinité de *tics de la marche*, qui ne sont que des fantaisies motrices introduites dans la marche normale par l'imagination des tiqueurs. Parfois ce sont des *arrêts* brusques, sans cause, ou une flexion subite des deux genoux (G. Guinon). Oddo a rapporté un cas de *tic de genuflexion*, provoqué par la recherche de craquements articulaires dans la hanche et dans les genoux. Raymond et Janet parlent d'une femme qui au bout de quelques pas tombe sur les deux genoux. Il existe aussi des *tics de saut*, à commencer par le *changement de pas* ou le *pas de polka*, intercalé abusivement dans la marche. Les uns sautent sur un pied, d'autres sur les deux comme à pieds joints, et progressent par une série de bonds. D'une façon générale, chez la majorité des tiqueurs, la marche se fait d'une façon irrégulière et incorrecte. La plupart marchent extrêmement vite, comme ils parlent très vite. Il en est qui se baissent brusquement de temps à autre pour toucher le sol avec leurs mains.

On doit rapprocher de ces faits ceux qui ont été décrits à l'étranger sous le nom de *Jumping* du Maine, en Amérique (Beard), *Latah* dans les îles Malaises (O'Brien), *Myriachit*, en Sibérie (Hammond), *Ramaneniana*, à Madagascar (Ramissiray). Cependant, ces accidents, qui surviennent avec un caractère épidémique, sont plutôt de la même famille que les chorées dansantes, salutatoires; ils sont à rapprocher des épidémies de *danse de Saint-Guy*, *Tarentisme*, etc., si fréquentes au moyen âge, et dont on trouve encore aujourd'hui une réminiscence dans la procession dansante d'Echternach (1).

Tics respiratoires. — Les *tics respiratoires* sont caractérisés par des mouvements brusques et intempestifs d'inspiration et d'expiration, ou encore par des arrêts inopinés, qui viennent troubler le rythme régulier et normal de la fonction respiratoire.

Tous les muscles qui coopèrent à la respiration peuvent entrer en jeu et tout

(1) RAYMOND et P. JANET. *Névroses et idées fixes*, vol. II, p. 588. — RAYMOND. Tic d'une femme qui s'épile. *Journal de médecine interne*, 15 octobre 1902, n° 20, p. 195, R. N. 1903, p. 278.

(1) HENRY MEIGE. La procession dansante d'Echternach. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, juillet-août 1904.

particulièrement le diaphragme et les muscles abdominaux; presque toujours il s'y joint des mouvements synergiques des muscles du nez, des lèvres, de la langue, du voile du palais, du pharynx, du larynx, qui se traduisent par le *reniflement*, le *ronflement* (rinchospasme, Oppenheim), le *soufflement*. Quelquefois ils alternent avec des crises de *bâillement* ou d'*éternuement*. La plupart de ces tics reconnaissent pour point de départ un coryza, ayant justifié au début des mouvements brusques d'aspiration ou d'expiration, afin de dégager les fosses nasales des mucosités qui les encombrant. Les végétations adénoïdes rhinopharyngiennes jouent aussi un rôle étiologique important.

Il y a des *tics de toux* véritables, dont le point de départ est une légère inflammation pharyngée, laryngée ou trachéale, la toux convulsive persistant après la disparition de la cause provocatrice. L'asthme, dont la nature névropathique n'est pas douteuse, peut aussi favoriser l'éclosion des tics respiratoires. Les bruits produits sont extrêmement variables; ils peuvent simuler le *sanglot* et le *hoquet*. Les *tics de sputation* sont aussi très fréquents. Ils atteignent une intensité exceptionnelle chez certains obsédés (G. Guinon, Séglas).

La fonction de *déglutition* est souvent troublée, soit par des contractions brusques, intempestives des muscles du pharynx et du voile du palais; soit par des contractions forcées, permanentes, de ces muscles. Certains sujets font des efforts exagérément répétés de déglutition pour avaler leur salive.

Sous le nom de *tics aérophagiques* on a décrit les accidents caractérisés par une habitude intempestive de faire pénétrer l'air dans les voies digestives. L'air dégluti peut venir de l'extérieur ou du poumon. Au bout d'une série de déglutitions, l'estomac se trouve rempli d'air, et celui-ci ne tarde pas à sortir sous forme d'éruclations sériees (éruclations en salves). Ces tics aérophagiques s'observent dans l'hystérie (Pitres) et dans nombre de vésanies (Séglas).

Tics phonatoires. — Les tics respiratoires méritent le nom de *tics phonatoires* quand ils sont accompagnés d'un bruit laryngé. Les plus simples sont des cris inarticulés: *Ah! Eh! Ouah!* etc., proférés brusquement pendant le silence, ou venant entrecouper le discours. D'autres sont des cris imitatifs simulant l'*aboïement*, le *grognement*, le *gloussement*. Le caractère de brusquerie de ces bruits permet de les distinguer des sons vocaux inopportuns, comme par exemple les *heu... heu!* de l'hésitation.

Les *troubles du langage* qui ne se produisent qu'à l'occasion de la parole méritent une place à part; ils ont d'ailleurs la plus étroite parenté avec les tics. Tels sont le *bégaïement*, le *bredouillement*, le *zézaïement*, le *chuintement*, etc., dont l'existence ne se révèle que par l'acte de parler et que rien ne peut faire soupçonner en dehors de la parole.

Mais il y a des *tics verbaux* constitués par l'émission de syllabes articulées, de mots, et même de phrases, qui font explosion, soit pendant le silence, soit au cours de la conversation. Leurs variétés sont innombrables: *Bo! la! Aba! Cousisi* (Grasset). Les noms propres sont fréquents: *Maria, Jésus-Marie-Joseph* (Ball), *Numa-Hélène-Camille* (Pitres), etc. Toutes ces syllabes, mots ou phrases involontaires sont prononcés impétueusement, inopportunément: rien ne peut les retenir, leur émission est un besoin impérieux, irrésistible. Ils ont d'ailleurs au début une signification logique que les malades se rappellent généralement, puis ils deviennent des habitudes intempestives, de véritables impulsions verbales. Lorsque le mot ainsi proféré prend un caractère ordurier, on a affaire à la *coprolalie*. Gilles de la Tourette en a fait un des caractères de la « maladie

des tics convulsifs »; mais la coprolalie existe indépendamment des tics (Magnan).

On donne le nom d'*écholalie* à un trouble du langage dans lequel le sujet répète involontairement comme un écho les sons qu'il entend autour de lui, sons inarticulés, cris humains ou animaux, ou encore la dernière syllabe, le dernier mot, la dernière phrase entendus. Quelquefois il s'agit de mots que le malade a lui-même prononcés (*auto-écholalie*). L'*écholalie* n'est pas nécessairement un tic. Elle ne s'observe pas uniquement chez les tiqueurs; elle existe dans un certain nombre d'affections cérébrales organiques, chez quelques aphasiques, chez les aliénés. Cependant, comme l'émission écholalique est souvent d'une brusquerie extrême, elle peut être assimilée à un tic, de même que l'*écho-kinésie*, répétition intempestive volontaire des gestes vus. Dans l'*écholalie* comme dans l'*écho-kinésie* on peut reconnaître la persistance et l'amplification chez l'adulte de la propension que possèdent normalement les enfants à répéter ce qu'ils entendent ou ce qu'ils voient. C'est donc encore une manifestation de l'infantilisme psychique.

Évolution. — Le tic est une affection essentiellement capricieuse. Le début est presque toujours insidieux.

Le tic a tendance à envahir. Plusieurs tics peuvent se superposer.

Les tics subissent des modifications continuelles en étendue, en fréquence et en violence. Ces variations sont quelquefois inexplicables; plus souvent, le repos, la solitude, le silence, l'obscurité, la distraction ont un effet sédatif; la fatigue, les agacements, les préoccupations de toutes sortes, provoquent des exacerbations. Il y a toujours des rémissions, mais de durée variable. La guérison peut survenir spontanément. L'aggravation est en relation directe avec le degré de contrôle exercé sur lui-même par le tiqueur.

Il existe une forme de tics d'une ténacité extrême et dont l'évolution progressive est caractéristique. C'est à cette forme que Gilles de la Tourette a donné le nom de *maladie des tics*. Elle débute dans le jeune âge, vers sept ou huit ans, par de légères grimaces du visage, puis apparaissent des mouvements de la tête, des épaules et des membres supérieurs, des tics respiratoires et phonatoires, l'*écholalie*, la *coprolalie*, enfin des mouvements convulsifs du tronc, et des membres inférieurs. En même temps que se généralisent et s'amplifient les troubles moteurs, on voit se développer et s'aggraver les troubles psychiques; des obsessions de toutes sortes, des délires épisodiques se succèdent; la démence peut être le terme ultime de la maladie de Gilles de la Tourette.

Pronostic. — Le pronostic des tics *quoad vitam* est bénin; mais un tic est toujours une infirmité fâcheuse, et si on l'abandonne à lui-même, il a tendance à s'aggraver, à se généraliser. Il est donc indispensable de s'opposer à sa persistance et à son extension.

Les tics des jeunes sont toujours moins graves que les tics des vieux. On peut toujours espérer qu'un tic d'enfance guérira, et qu'en se développant, l'enfant acquerra l'équilibre volontaire, nécessaire pour obtenir la répression des actes intempestifs, surtout si le jeune tiqueur est soumis à une éducation et à une surveillance attentives.

Un tic est d'autant plus tenace qu'il existe depuis longtemps, et qu'il est

toujours pareil à lui-même. Les tics variables disparaissent spontanément, mais il faut toujours se méfier des récives.

Le pronostic devient plus sévère lorsqu'on a affaire à la maladie des tics de Gilles de la Tourette. Sa marche progressive est difficile à enrayer. Oppenheim se montre plus optimiste et cite des exemples de « maladie des tics » terminée par la guérison⁽¹⁾.

Les tics qui apparaissent chez les vieillards ont une signification pronostique toujours fâcheuse; ils coïncident avec une déchéance de l'activité corticale. Ceux qui surviennent au cours de vésanies peuvent être considérés comme les avant-coureurs de la démence (Dufour).

D'une façon générale, le pronostic d'un tic est intimement lié à l'évolution de l'état mental. La sévérité de ce pronostic s'est beaucoup amendée. On sait aujourd'hui qu'un traitement approprié produit toujours des améliorations dont la durée et l'importance sont en raison directe des efforts correcteurs exercés sur les tics. On peut enregistrer des cas de guérison. La curabilité des tics se montre d'ailleurs de plus en plus évidente depuis qu'on a établi une distinction entre eux et les spasmes. Les spasmes, en effet, sont particulièrement rebelles à toute espèce de traitement, et les tics, longtemps confondus avec eux, avaient acquis à tort cette réputation imméritée.

Complications. — Les manifestations psychopathiques si diverses qui peuvent se rencontrer chez les tiqueurs ne doivent pas être considérées comme des complications des tics, mais bien comme des symptômes concomitants. Les complications directes des tics sont la conséquence même de la violence des mouvements convulsifs. Elles n'ont d'ailleurs rien de spécial. Des traumatismes peuvent être produits par les tics particulièrement violents, principalement ceux des membres: subluxations, synovites, épanchements intra-articulaires, déchirures musculaires, tendineuses. Les tics de frapement provoquent des ecchymoses, des plaies, etc., ceux de morsure, des ulcérations. On peut observer également des compressions vasculaires ou nerveuses, des phlébites, des œdèmes, des névralgies, etc.

Anatomie pathologique. — Il en est des tics comme de la plupart des autres psychoses et névroses; leur substratum anatomique est encore inconnu.

Diagnostic. — L'examen d'un malade qui présente des « mouvements nerveux » est long et délicat; il doit être renouvelé à plusieurs reprises: l'interrogatoire de l'entourage est nécessaire. L'enquête clinique doit porter avec la même minutie sur les symptômes physiques et sur les symptômes mentaux.

Le point le plus épineux du diagnostic est la distinction entre les tics et les spasmes. Dans ces derniers, le mouvement convulsif rappelle les contractions obtenues par les excitations électriques; il n'a rien de coordonné; on n'y reconnaît aucune systématisation fonctionnelle; les muscles qui entrent en jeu occupent un territoire nerveux anatomiquement défini. Ni les efforts de volonté ou d'attention, ni les distractions n'agissent sur le mouvement spasmodique. Il n'est pas précédé de besoin, ni suivi de satisfaction; les décharges sont soudaines, irrésistibles. Enfin, le spasme persiste souvent pendant le sommeil.

(1) OPPENHEIM. Bemerkungen zur Lehre vom Tic. *Journ. f. Psychologie u. Neurologie*. Bd 1, 1902.

Les troubles de la réflectivité, de la sensibilité, les troubles trophiques, qui font défaut dans les tics, ne sont pas rares dans les spasmes. Il y a des spasmes douloureux; les tics sont indolores.

C'est surtout entre le tic et le *spasme de la face* que le diagnostic peut sembler ardu. On peut le faire par l'examen objectif des phénomènes convulsifs⁽¹⁾. Le spasme facial commence généralement par de très légères contractions limitées à quelques fibres seulement d'un muscle de la face; ces contractions s'étendent de proche en proche; ce sont des palpitations, des frémisséments, menus, brefs, envahissants, qui gagnent peu à peu les autres muscles d'une moitié du visage, fibrilles à fibrilles, faisceaux à faisceaux; leur fréquence et leur intensité va croissant jusqu'à produire une sorte de tétanisation de toute la musculature d'une moitié de la face; si à ce moment on regarde la gorge on voit parfois un des piliers du voile du palais, la luvette, participer à ces mouvements. Au plus haut degré de l'accès spasmodique, tout un côté du visage apparaît contracturé, les rides se creusent, l'œil est demi-clos, les commissures labiales tirées en haut et en dehors. Sur ce fond de contracture se dessinent de petits frémisséments (*contracture frémissante*); souvent une poussée vaso-motrice unilatérale l'accompagne. Il y a parfois des troubles de l'audition: bourdonnements, diminution de l'ouïe (Lannois). Enfin la détente survient peu à peu, l'accès est terminé. A l'exception des cas où il est lié à une névralgie du trijumeau, le spasme facial ne s'accompagne d'aucune douleur; le malade n'accuse que de la gêne, de la raideur.

Aucune confusion possible avec les tics faciaux lorsque le spasme se présente avec de tels caractères distinctifs; ce mouvement ne correspond à aucun acte fonctionnel; une grimace ainsi dimidiée est inexpressive. La marche envahissante et progressive du phénomène convulsif n'a rien de commun avec l'explosion du tic, aussitôt éteint qu'allumé. Enfin, les phénomènes spasmodiques sont strictement limités au territoire anatomique du nerf facial; la langue est indemne, les muscles moteurs du globe oculaire, ceux du cou n'entrent pas en jeu, tandis que dans les tics ces associations motrices sont très fréquentes. Aucune tentative de diversion ne parvient à enrayer l'accès spasmodique; si l'on voit le patient faire parfois des gestes de la main pour dissimuler son mal ou pour essayer de l'atténuer, ceux-ci sont inefficaces; les frémisséments convulsifs persistent sous les doigts. Il peut arriver, exceptionnellement, qu'une pressante intervention corticale produise une inhibition, mais toujours éphémère.

La confusion entre le tic de la face et la *névralgie du trijumeau*, improprement nommée « tic douloureux » est impossible, en raison de l'extrême acuité des phénomènes douloureux dans cette affection⁽²⁾.

La *chorée de Sydenham* débute au même âge que les tics, et s'observe également chez les jeunes névropathes. Mais dans les mouvements choréiques, on ne

⁽¹⁾ HENRY MEIGE. *Le spasme facial. Ses caractères cliniques distinctifs*. XIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles, août 1905. *Revue neurologique*, 1905, p. 985. — ERNEST DUPRÉ. *Hémispasme tonique de la face*. XIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Bruxelles, août 1905. — MOURIER. *L'hémispasme facial vrai, non douloureux*. Thèse de Lyon, 1905. — GROLHOX. Thèse de Paris, 1904. — LANNOIS et POROT. Sur les hémispasmes de la face. *Lyon médical*, 7 février 1904.

⁽²⁾ CRUCHET. *Formes cliniques des tics unilatéraux de la face*. Congrès de Pau, 1904. *Revue neurologique*, 30 août 1904.

reconnait aucune espèce de coordination; ils sont inexplicables, indéfinissables. 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 serpentine, interrompue par les écarts les plus imprévus (Oddo)⁽¹⁾. Enfin, la chorée de Sydenham est exceptionnelle à l'âge adulte, tandis que les tics, plus fréquents sans doute dans l'enfance, s'observent à tout âge.

Sous le nom de *Chorée variable des dégénérés*, Brissaud a décrit une forme de chorée dont les manifestations sont essentiellement mobiles et qui à cet égard offre avec les tics variables de grandes ressemblances. On doit réserver cependant le nom de tics aux cas où les mouvements convulsifs sont secs, brusques, nettement séparés par des intervalles de repos.

La chorée majeure ou *chorée chronique d'Huntington* suit une marche constamment progressive; elle est souvent héréditaire. Mais ce n'est pas une affection du jeune âge; elle apparaît ordinairement entre trente et quarante ans.

L'*astasia-abasie* ne peut être confondue avec les tics; elle ne se produit qu'à l'occasion de la station debout ou de la marche; elle disparaît complètement avec le repos.

Le *paramyoclonus multiplex* de Friedreich est caractérisé par des contractions cloniques apparaissant d'abord dans les membres inférieurs, se généralisant ensuite, en respectant généralement la face. Ces contractions instantanées, involontaires, inégales, irrégulières, arythmiques, frappent tantôt quelques faisceaux musculaires isolés, tantôt un muscle tout entier; elles peuvent provoquer ou non le déplacement d'un membre; mais en tout cas, elles ne réalisent ni un geste, ni même une gesticulation. La volonté n'est pas toujours capable de les réfréner; en général elles disparaissent dans le sommeil. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui que les observations décrites sous le nom de paramyoclonus multiplex peuvent être rattachées soit aux chorées, soit aux tics, soit même à des affections organiques du système nerveux (Janowicz, Schnupfer, Mannini)⁽²⁾.

La *myokymie* (Kny, Schultze) est constituée par des secousses fibrillaires, accompagnées souvent de troubles vaso-moteurs, sensitifs, électriques. Bernhardt, Newman, Frenkel ont décrit dans certains cas de spasme facial des phénomènes analogues à la myokymie; ces secousses fibrillaires n'existent pas dans les tics⁽³⁾.

Les tics toniques qui sont localisés et que peut corriger un effort volontaire, ne doivent pas être confondus avec la *maladie de Thomsen*.

Les *mouvements athétosiques* ont un caractère ondoyant, serpentineux; les périodes d'arrêt ne sont pas aussi nettement tranchées que dans les tics; on constate parfois des troubles de la réflectivité.

Dans les *tremblements*, qu'il s'agisse de paralysie agitante, de sclérose en plaques, de tremblements toxiques, de tremblements séniles, du tremblement de Basedow, du tremblement hystérique, etc., on a toujours affaire à des

⁽¹⁾ ODDO. Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. *Presse méd.*, 30 septembre 1889.

⁽²⁾ CESARE MANNINI. Chorée, polyclonies, tics et maladie des tics. *Riforma medica*, 14, 15, 16 juillet 1902.

⁽³⁾ HENRI FRENKEL. Spasme primitif du facial avec mouvements fibrillaires continus. Myokymie limitée à la distribution du facial. *Soc. de neurol. de Paris*, 4 juin 1905. — *Revue neurol.*, 30 juin 1905.