

manie. Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la manie est constituée par un délire général avec loquacité, incohérence, surexcitation, mouvements incessants (Delasiauve). Les malades, dit Moreau, crient, courent, rient, chantent, brisent, déchirent, se déshabillent, et tout cela sans but, sans discernement. Les forces musculaires sont doublées, et l'on est stupéfait de voir de jeunes enfants franchir des obstacles, soulever des fardeaux pesants avec une facilité extraordinaire. La sensibilité est émoussée; les coups et blessures, la chaleur et le froid ne sont pas perçus. Au bout de quelques jours, l'enfant se calme, présente des intervalles lucides de plus en plus longs, des accès de fureur de plus en plus rares, et le délire disparaît complètement.

Parfois on observe la manie à *forme extatique*, les hallucinations étant en rapport avec les extases.

Quelle que soit sa forme et son degré, la *manie aiguë* est curable dans un délai assez court, mais il faut craindre les rechutes. Après l'accès, l'enfant reste excitable, impressionnable, versatile; il doit être surveillé de près.

Après le *délire aigu* ou manie aiguë, on peut observer, chez les enfants, l'*hypochondrie*, le *délire de persécution*, d'ailleurs assez rare, la *mélancolie* ou *lypémanie* pouvant conduire au suicide, la *stupeur* avec mutisme que nous avons rencontrée souvent dans la fièvre typhoïde, la *folie à double forme* et enfin les *fugues*. Dans cette dernière forme, on voit les enfants quitter leur domicile pour s'en aller au loin sans but et sans raison.

J'ai vu une fillette de 7 ans atteinte de mélancolie avec idées de mort, tristesse, rêves effrayants, etc. Cette enfant, normalement développée, intelligente, de souche neuro-arthritique (mère migraineuse et névralgique, père goutteux), présentait, depuis un an, des crises de larmes avec idées noires. Elle se croyait malade et parlait sans cesse de sa mort. La nuit elle avait des visions effrayantes. Cependant on pouvait la distraire pendant le jour; quand elle avait des camarades de son âge, elle jouait avec entrain sans penser à son hypochondrie. J'ai prescrit le drap mouillé tous les jours pendant une demi-heure. J'ai conseillé un régime végétarien, car l'enfant abusait de la viande, et l'isolement pour éloigner l'influence du milieu familial que je jugeais fâcheuse. Grâce à ce traitement, la guérison a été obtenue au bout de quelques mois. Chez une autre fille plus âgée (15 ans 1/2), réglée depuis peu, j'ai noté aussi la mélancolie, les idées noires, la pensée de la mort et du suicide; cet état psychique engendré par l'hérédité (père alcoolique et nerveux, mère nerveuse, deux frères enfermés en bas âge pour un délire vésanique), s'est grandement amélioré par le séjour à l'hôpital, c'est-à-dire par l'isolement du milieu familial.

Dans certains cas, la mélancolie est compliquée du délire de *jalousie* à l'égard de frères, de sœurs, de parents qui déplaisent. On a cité des exemples probants de cette forme vésanique chez des enfants très jeunes.

Tel le cas de Régis (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1904*) chez une fillette de 28 mois, jusque-là bien portante et d'esprit sain. La mère ayant fait une absence pour accoucher, quand l'enfant la vit revenir avec le nouveau-né, elle eut un accès de jalousie avec état syncopal. Elle refuse de manger, sa maigreur devient effrayante; elle essaie de résister au sommeil

pour surveiller sa petite sœur pendant la nuit. Pendant le jour elle n'est heureuse que sur les genoux de sa mère. Dès que celle-ci veut s'en séparer, elle crie et cherche à frapper sa petite sœur. M. Régis crut d'abord à une méningite ou à du méningisme. Le remède a été dans l'éloignement de la petite sœur confiée à une voisine.

Comme antécédents héréditaires, on trouvait l'alcoolisme chez le père, qui était également fort jaloux.

Une jeune fille soignée à 15 ans pour un tremblement hystérique que j'ai guéri par la suggestion, avait eu à 5 ans une crise de jalousie très prolongée et très grave. Mécontente de voir sa sœur aller aux bains de mer sans elle, elle refuse de manger pendant 4 mois et tombe dans un amaigrissement profond. Père alcoolique.

Pronostic. — Quel est l'avenir des enfants vésaniques? Sans doute la vésanie temporaire de la fièvre typhoïde, le délire aigu ou manie curable, ont un pronostic favorable. Ces manifestations guérissent assez vite avec un traitement approprié. Mais les rechutes sont à craindre, sous une forme ou sous une autre. Le pronostic éloigné est moins bon que le pronostic immédiat et nous devons craindre pour plus tard l'évolution vers une psychose chronique et incurable.

Dans l'appréciation de ce pronostic, on tiendra compte des antécédents héréditaires, des stigmates de dégénérescence dont l'enfant pourra être porteur: déviation faciale, asymétrie crânienne, strabisme, bégaiement et tics, dentition vicieuse, déformation du palais et des oreilles, anomalies génitales, etc.

S'il n'y a ni hérédité, ni stigmates, le pronostic est favorable; s'il y a une hérédité chargée, on craindra les rechutes et le passage à l'état chronique.

Diagnostic. — Le diagnostic de la folie chez l'enfant repose à la fois sur les symptômes délirants présentés par le malade et sur les circonstances qui les ont précédés ou accompagnés.

L'*idiotie* se distingue par le facies spécial des sujets, leur stupidité, leur inertie, l'ancienneté de leurs manifestations, etc.

Le *délire* des maladies aiguës, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la scarlatine, etc., coïncide avec une fièvre vive et des symptômes spéciaux qui permettent de rapporter, à l'hyperthermie ou à la toxi-infection aiguë les accidents psychiques présentés par les malades.

Quand ce délire survient à la fin de la maladie, pendant la convalescence, il peut représenter la vésanie temporaire dont nous avons parlé plus haut.

Le délire de l'*alcoolisme* s'accompagne de tremblement des extrémités et de la langue; il faut y penser toujours et pousser l'interrogatoire dans cette direction.

Le délire de la *méningite* et des lésions cérébrales se distinguera des délires vésaniques par la présence de la fièvre et des autres manifestations (raideurs, contractures, paralysies oculaires, etc.) qui accompagnent les méningites, encéphalites, etc.

Traitement. — Dans toutes les formes de vésanie infantile, il faut pré-

coniser l'isolement, interdire les visites, éloigner les proches, faire le calme le plus complet autour de l'enfant.

En présence du délire aigu, de la manie aiguë, on prescrira des bains tièdes prolongés (une à plusieurs heures) et quotidiens, avec affusions froides sur la tête. User fréquemment des purgatifs salins (2 fois par semaine). Faire dormir avec le chloral et le bromure de potassium de préférence à l'opium, à la jusquiame, à la belladone. Ne pas donner de digitale. Delasiauve conseillait aussi la quinine en lavements et la glace sur la tête.

On fera un large emploi de l'hydrothérapie dans toutes les formes de véspanie : douches, affusions froides, drap mouillé. On recommandera la vie au grand air, les exercices, la gymnastique, etc.

III. — NEURASTHÉNIE

La neurasthénie, ou épuisement nerveux, avec inaptitude au travail, découragement, tristesse, langueur de toutes les fonctions, se rencontre parfois chez l'enfant pendant la scolarité et au moment des examens ouvrant l'accès aux grandes écoles.

Étiologie. — L'hérédité domine l'histoire de la neurasthénie, comme des autres psychoses. Tous les enfants ou adolescents neurasthéniques que j'ai rencontrés étaient de souche neuro-arthritique. Le père, la mère, parfois les deux, étaient des nerveux, des migraineux, des goutteux, des obèses, des diabétiques, etc.

L'hérédité neuro-pathologique ou arthritique crée le terrain, la prédisposition. Quant aux causes occasionnelles et efficientes, il faut les chercher dans le régime alimentaire souvent trop azoté, dans l'abus de la viande, dans la mauvaise hygiène des collèges : aliments mal préparés, insuffisants, indigestes, repas consommés avec précipitation ; sédentarité trop grande, encombrement, privation d'air et de lumière, excès de chaleur dans les salles d'études ou de classes, etc.

A cela on peut ajouter, dans quelques cas, l'excès de travail intellectuel, le surmenage cérébral dont on a peut-être trop parlé, mais qui existe réellement. Aux approches de la puberté, au moment de la grande poussée de croissance des adolescents, on peut voir tout à coup les jeunes gens secouer leur paresse coutumière et faire un effort tardif pour rattraper les camarades qui ont été toujours studieux et réguliers dans leur travail. Alors le cerveau, trop tendu, peut se refuser à ce qu'on lui demande et la neurasthénie apparaît.

Quand on étudie les antécédents personnels de ces jeunes neurasthéniques, on voit que, bien avant l'apparition de cette psychose, ils avaient présenté d'autres troubles névropathiques (excitation cérébrale, tics, chorée, incontinence d'urine, etc.). Quelques-uns deviennent neurasthéniques par dépit, par jalousie, par contrariété d'amour-propre, en voyant des camarades du même âge ou moins âgés les dépasser et prendre une place qu'ils auraient pu occuper.

Symptômes. — La neurasthénie juvénile se manifeste très diversement

suivant les cas. En général, il y a des maux de tête, une *céphalalgie* plus ou moins tenace, continue, intermittente, revenant parfois sous forme d'accès très courts et très aigus. Cette céphalalgie préoccupe beaucoup l'entourage ; on craint une affection cérébrale, une méningite. Tantôt c'est une douleur frontale qui se révèle surtout quand l'enfant veut lire, écrire, s'appliquer à un travail quelconque. Tantôt c'est une crise soudaine qui arrête l'enfant au milieu de ses jeux, et qui se dissipe aussitôt pour revenir à l'improviste, après un intervalle de calme absolu ou relatif. Tantôt c'est une douleur en casque, une sensibilité obtuse qui coiffe toute la tête et empêche le travail. En même temps, il peut y avoir des vertiges, des obnubilations de la vue, des mouches volantes.

On a décrit, sous le nom de *céphalalgie de croissance*, la plupart de ces états migrainoïdes des neurasthéniques. Un des bons caractères de cette céphalalgie, c'est qu'elle se révèle ou s'exagère par le travail intellectuel. C'est un symptôme assez pénible et assez tenace pour obliger à interrompre les études. Après la céphalalgie, il faut citer l'*insomnie*. Les neurasthéniques dorment mal, ont le sommeil retardé, agité, interrompu par des réveilleries ou par des cauchemars. Plusieurs sont craintifs, timorés, phobiques ; on ne peut leur adresser la parole sans qu'ils soient affectés de tremblement, parfois de palpitations. J'en ai vu qui, au moment de mon examen, avaient des battements cardiaques tumultueux, précipités ; je comptais à ce moment 120, 150, 140 pulsations à la minute. Puis, à la fin de la consultation, je ne trouvais plus que 100, 90 ou 80.

La suggestion et le traitement psychique agissent merveilleusement bien dans ces palpitations nerveuses.

A côté de la *tachycardie* des neurasthéniques, je dois signaler la *polypnée* et les troubles respiratoires émotifs. J'ai vu deux fillettes de 10 et 12 ans présenter ainsi une dyspnée purement nerveuse (50 et 60 respirations par minute), avec cyanose des lèvres, sans que l'auscultation révélât la moindre lésion cardiaque ou pulmonaire. En quelques jours, par le repos au lit, par la suggestion surtout, j'ai pu aisément triompher de cette névrose respiratoire.

M. Dubois a pu également guérir, par la *psychothérapie pure*, plusieurs cas de *dyspnée nerveuse* chez les hystéro-neurasthéniques. Il en est de même de la toux et de l'aphonie nerveuses.

La plupart de ces neurasthéniques manifestent un profond découragement ; ils se sentent incapables de suivre leurs études et ils en sont très affectés. Ils sont sans force physique et sans énergie morale. Ils ne peuvent se livrer à aucune occupation suivie. La crise nerveuse qu'ils subissent les réduit à une incapacité presque absolue. Cependant aucun délire, aucun stigmate nerveux appréciable ; les enfants raisonnent bien, comprennent tout ce qu'on leur dit et suivent avec docilité et empressement les conseils qu'on leur donne. Mais ils manquent de confiance en eux-mêmes, ils ont l'esprit de doute et l'on ne peut rien obtenir avant d'avoir triomphé de leur asthénie nerveuse. Les fonctions *digestives* sont languissantes. Quelques neurasthéniques, il est vrai, ont conservé l'appétit et digèrent assez bien.

Mais beaucoup sont dyspeptiques, ont des digestions lentes et pénibles, des borborygmes, de la dilatation de l'estomac, de la constipation. Plusieurs ont des poussées d'acné à la face et sur le thorax. L'exploration de l'abdomen montre souvent du clapotage gastrique et un foie augmenté de volume. Les uns conservent de l'embonpoint; d'autres maigrissent et ont mauvaise mine. Quelques-uns se livrent à l'onanisme; on note parfois aussi des pertes séminales involontaires, du priapisme. Cet état peut se prolonger pendant des mois et des années avec des rémissions et des rechutes. Souvent il faut plusieurs années pour obtenir une guérison complète et définitive.

Pronostic. — Le pronostic est sérieux en ce sens que la neurasthénie interrompt les études et compromet souvent l'avenir des jeunes sujets. Dans les formes graves, il ne faut pas compter sur un travail sérieux pendant un an, deux ans, trois ans. Cela oblige parfois à renoncer à certaines professions auxquelles les enfants étaient destinés. Cependant la maladie guérit à la longue et la vie n'est pas exposée. Mais il faut des soins assidus et un traitement prolongé.

Enfin, les crises de neurasthénie marquent l'enfant d'une tare pour l'avenir. Guérie sous sa forme actuelle, la psychose pourra se réveiller plus tard sous une forme analogue ou dissemblable. La neurasthénie pourra récidiver à l'âge adulte ou faire place à une psychose plus grave.

Diagnostic. — On aura à distinguer la neurasthénie proprement dite de la *folie*, qui en diffère notablement. Quelque atteint que soit l'enfant, il a le raisonnement sain, il ne délire pas. Il n'est pas plus *hystérique* que vésanique; on ne trouve chez lui aucun stigmate, il n'a pas de crises hystériques. Les troubles de la *croissance* sont caractérisés par une faiblesse insolite, des douleurs musculaires ou osseuses, des céphalées, des palpitations qui rappellent assez bien la neurasthénie. On peut même admettre que la neurasthénie dérive parfois d'une croissance rapide et laborieuse. Ce qui caractérise cette dernière, c'est la poussée de croissance et les douleurs spontanées ou provoquées au niveau des épiphyses. On devra les rechercher. Enfin il faut se mettre en garde contre la *simulation*.

Traitement. — Quelque pénible que soit le sacrifice à imposer aux parents, il faut demander la suppression des études scolaires. L'enfant doit être mis au repos physique et cérébral. Le système nerveux est affaibli et épuisé, il faut lui épargner tout travail qui accroîtrait fatalement sa faiblesse. Il ne faut pas essayer au début de faire diversion par les exercices violents, par les voyages et les grands déplacements. Ce qui convient le mieux, c'est la vie au grand air, à la campagne, dans un isolement relatif, dans le calme le plus complet.

En même temps, on tonifie les nerfs par l'hydrothérapie : bains salés, affusions froides ou drap mouillé quotidien. Les frictions stimulantes avec le baume de Fioravanti ou le liniment de Rosen sont également à conseiller. Alimentation de convalescent : panades, œufs, laitages, purées de légumes, fruits cuits, viandes blanches.

Peu à peu, les forces revenant, on conseillera la marche, l'équitation, la bicyclette après la promenade en voiture. Pour compléter la cure, une

saison au bord de la mer ou à la montagne, ou à Bagnères de Bigorre.

Ne pas oublier la psychothérapie, dont le médecin devra toujours user largement à l'égard de ce genre de névrosés : leur déclarer que la maladie est curable, faire l'éducation de leur volonté, de leur raison, en montrant de la sympathie, de la bonté, du tact.

IV. — TICS

Le tic est une névrose *psycho-motrice* qui se manifeste par des mouvements convulsifs, *habituels et conscients*, d'un ou plusieurs muscles du corps. Ces contractions involontaires, reproduisant d'une façon intempestive quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire (G. Guinon), peuvent affecter la face, le cou, les épaules, les membres, etc.

Étiologie. — Les tics sont très fréquents chez les jeunes sujets, surtout après trois ans, dans la seconde enfance et l'adolescence; ils ont été étudiés récemment avec beaucoup de soin et traités avec succès par MM. Brissaud, H. Meige et E. Feindel¹. Ces auteurs ont insisté avec raison sur l'hérédité. Les tiqueurs engendrent des tiqueurs. Si le tic n'est pas transmis directement, la prédisposition neuro-pathologique l'est toujours, et cela suffit.

On remarque que les enfants ayant des tics sont de souche neuro-arthritique, que plusieurs ont eu déjà d'autres manifestations nerveuses (convulsions, excitation cérébrale, incontinence d'urine, pollakiurie nerveuse, etc.). Plus tard, le tic pourra faire place à l'hystérie, à une vésanie, etc. Il a donc des liens étroits avec les autres manifestations de la diathèse nerveuse, qu'il peut précéder, suivre ou remplacer.

La prédisposition héréditaire une fois admise, les causes occasionnelles qui peuvent intervenir sont assez nombreuses. Si le sexe n'a pas d'influence, il faut en reconnaître une à la puberté qui donne souvent le signal des tics ou de leur recrudescence. Les maladies infectieuses, le traumatisme, l'imitation, peuvent aussi jouer le rôle d'agents provocateurs.

M. Tissié (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 et 16 juillet 1899) a vu un enfant de 8 ans qui avait pris de sa mère un tic oculaire en l'exagérant. Un frère plus jeune imita les tics de la mère et du frère aîné. M. Tissié ayant guéri le jeune tiqueur, la mère et le frère guérirent par imitation.

Charcot appelait *échokinésie* cette tendance à imiter les gestes que d'autres appellent *mimicisme* ou plus simplement *névrose d'imitation*. Ce sont surtout les grimaces de la face qui sont ainsi reproduites par imitation.

Parmi les autres causes qui peuvent influencer sur la production des tics, il faut mentionner le *surmenage cérébral* (préparation des examens), les chagrins et *émotions morales* pénibles. D'autre part on voit souvent l'*oisiveté* aggraver les tics, alors que les occupations, la distraction, les atténuent.

Symptômes. — Les tics peuvent occuper les yeux, les lèvres, la tête, le cou, les membres, etc. On distingue des *contractions cloniques* plus ou

⁽¹⁾ H. MEIGE et E. FEINDEL. *Les tics et leur traitement*. 1 vol., Paris, 1902, Masson et C^e, éditeurs.

moins brusques avec périodes de repos plus ou moins longues et des *tics toniques*. A la face, les secousses sont plus brusques qu'ailleurs. Dans quelques cas, les mouvements sont assez lents. Dans le tic tonique, la contraction musculaire est permanente; c'est un tic d'attitude (*torticolis mental*, *trismus mental*, *clignement permanent des paupières*). Dans le tic tonique, il y a immobilisation exagérée d'un membre ou d'un segment de membre.

Les mouvements des tics se répètent à des intervalles très inégaux, parfois sous forme d'accès ou de paroxysmes. En général, plusieurs muscles entrent en jeu dans la production du tic. Le tic est ordinairement unilatéral. Cependant certains tics sont symétriques (clignotement des deux yeux, etc.). Les tics peuvent être *variables*, changer de place, persister quelques semaines, disparaître, revenir. Cette variabilité se voit surtout chez les enfants. Chez l'enfant, disent Meige et Feindel, les tics sont fugaces et variables comme est variable son état mental.

L'état des réflexes et des réactions électriques chez les tiqueurs n'offre rien de spécial. Les phénomènes vaso-moteurs sont très marqués chez ces petits malades qui sont tous des nerveux et des émotifs, rougissant sans cause notable, transpirant abondamment au moindre effort, etc. Peu ou pas de troubles sensitifs. Au point de vue des localisations, il faut distinguer les tics de la face qui sont les plus fréquents, tantôt unilatéraux, tantôt bilatéraux : tic du rire, tic de reniflement, occlusion des paupières, plissement du front, tiraillement de la bouche, torsion du nez, grimaces variées donnant l'expression de la souffrance, de l'effroi, de la surprise, etc.

Ensuite viennent les tics de l'oreille, les tics de l'audition, les tics des paupières et des globes oculaires (clignement, écarquillement, etc.), les tics des lèvres (moue, succion, pincement, rictus), du menton, de la langue (tic de léchage, de chiqueur, claquement, sifflement, etc.), des mâchoires, etc. Certains enfants mordent et dévorent incessamment leurs lèvres (*cheilophagie*). L'*onychophagie* peut aussi être considérée comme un tic de morsure. D'autres enfants arrachent et déglutissent leurs cheveux (*thricophagie*), mangent de la terre (*géophagie*). Le Dr Zuber a présenté à la Soc. de Péd. (juin 1904) un bel exemple de corps étrangers du tube digestif (*égagropiles*) causés par l'habitude vicieuse, le tic, consistant à arracher et à déglutir ses propres cheveux. L'enfant (une fillette de 5 ans) avait rendu par l'anus trois masses énormes de cheveux feutrés qui avaient dû faire dans l'estomac un séjour prolongé. A ajouter les tics du cou, de hochement, d'affirmation, de négation, de salutation. Les tics du tronc consistent dans des *mouvements rythmés de salutation*, de *balancement*. Les tics de l'épaule et du bras sont très fréquents. De même les tics des mains, les tics de grattage. Aux membres inférieurs, les tics sont moins fréquents.

Parfois on constate des tics des muscles internes (sputation, déglutition, éructation, vomissement, aérophagie, ronflement, toux, sanglot, hoquet). Les tics peuvent aussi affecter le langage (exclamation involontaire, gloussement, aboiement, et autres *tics phonatoires*). Le *bégaiement*, le *zézaïement*, le *bredouillement* peuvent être considérés comme des tics.

Enfin, chez les tiqueurs, on peut observer l'*écholalie* (Gilles de la Tourette), qui consiste dans la répétition comme un écho des sons entendus par l'enfant. A côté de l'écholalie se range la *coprolalie* ou manie blasphématoire très fréquente dans la *maladie des tics convulsifs* et qui consiste dans l'emploi de mots grossiers, malpropres, insultants.

Les tics évoluent d'une façon capricieuse et irrégulière. Leur début est insidieux, leur marche intermittente, puis peu à peu l'habitude vicieuse se confirme et s'enracine. J'ai suivi plusieurs enfants qui avaient des tics à marche irrégulière, persistant sans rémission notable pendant quelques semaines, s'apaisant ensuite pour reparaitre au bout de quelques mois sous la même forme ou sous une forme dissemblable, pour disparaître encore et ainsi de suite avec des alternatives imprévues parfois décourageantes. Une jeune fille de 7 à 8 ans, de souche neuro-arthritique, a commencé par le tic des paupières (clignement) avec des alternatives de mieux et de pire pendant plusieurs années. Puis elle a eu alors un tic de la marche fort disgracieux, qui préoccupa sa famille au point de consulter un chirurgien orthopédiste, etc. Finalement tout a disparu.

Le tic a de la tendance à se diffuser, à envahir les parties voisines et plus particulièrement, comme le remarque J. Noir, les muscles qui, par une action synergique, donnent une expression spéciale à la physionomie. La fatigue, les émotions, la crainte aggravent les tics. Le repos, la solitude, le silence, la distraction, les atténuent. Une maladie peut provoquer la recrudescence, mais bien plus souvent elle a une action sédative.

Gilles de la Tourette et G. Guinon ont insisté sur le tic avec *écholalie* et *coprolalie* (maladie de Gilles de la Tourette) qui a une évolution progressive, commençant vers 7 ou 8 ans par un tic simple, pour s'accompagner ensuite de cris inarticulés, puis enfin de mots, de phrases ordurières.

En opposition avec ce type clinique, on peut décrire la *chorée variable* de Brissaud qui se rapproche beaucoup plus des *tics* que de la *chorée*; ce sont des gesticulations qui tiennent à la fois des tics et de la chorée, mais qui se reproduisent sans ordre, sans constance, et coïncident avec les troubles psychiques de la dégénérescence. Parmi les complications des tics, on a cité l'*hypertrophie musculaire* dans la zone des mouvements cloniques ou toniques. Chez les *onychophages*, on a relevé la mutilation et la déformation en massue des extrémités digitales. De même, chez les *cheilophages*, on constate la production de lèvres énormes, sans parler des fissures et ulcérations de la muqueuse, des stomatites, etc.

Certains tics de morsure entraînent la *chute des dents*. Ailleurs ce sont des traumatismes, des durillons, des plaies des membres, des déformations du tronc.

Enfin les tics peuvent se compliquer d'*hystérie*, de *neurasthénie*, quoiqu'ils ne soient pas la manifestation directe de ces psychoses. Il n'y a pas plus de lien entre les tics et l'*épilepsie* quoique les enfants épileptiques puissent présenter des tics comme les enfants hystériques.

Chez les *idiots*, les tics sont fréquents. J. Noir a montré, chez les idiots

du service de Bourneville, des tics analogues à ceux des enfants normaux. Mais il a montré aussi des tics complexes qui appartiennent en propre à l'idiotie : tics rythmiques, balancement, rotation de la tête, krouomanie (action de se cogner), grands tics coordonnés (sauteurs, grimpeurs, tourneurs, valseurs).

Diagnostic. — Il faut distinguer les tics des phénomènes décrits sous le nom de *stéréotypies* et de *tics d'habitude* (Letulle). Ces phénomènes en effet existent chez les sujets normaux; c'est un geste habituel, un mouvement de prédilection qui se produisent régulièrement, toujours les mêmes, qui sont coordonnés, non convulsifs, et qui, malgré leurs analogies avec les tics, doivent en être distingués. On doit distinguer aussi les tics des *spasmes*, qui dépendent d'une lésion matérielle du système nerveux, qui sont brusques, non coordonnés, non modifiables par la volonté, l'attention, la distraction, etc. Le tic disparaît toujours pendant le sommeil, le spasme pas toujours. Quand les spasmes siègent à la face, le diagnostic différentiel est très difficile.

Dans le torticolis, il faut aussi distinguer le tic du spasme. Quand il y a des tares psychiques évidentes, quand l'examen direct ne révèle aucune lésion des os, des ligaments, des muscles, quand il n'y a pas de rhumatisme, on peut admettre un *torticolis mental*, un *torticolis-tic*. Le torticolis spasmodique est d'origine réflexe ou causé par une lésion irritative des centres ou des filaments nerveux.

Le 15 janvier 1902, je voyais une fillette de 7 ans (de la clientèle du Dr Tapie) qui était atteinte d'un de ces *torticolis-tics* dont il est question. Cette enfant, très nerveuse (mère neuro-arthritique, père asthmatique, frère neurasthénique), a toujours été délicate et en retard pour la marche, pour la parole, etc. Cependant elle est intelligente. A eu des hallucinations, des accidents pseudo-méningitiques, du faux croup, etc. Pas de rhumatisme. Constipation habituelle et opiniâtre. Il y a six semaines, sans douleurs ni autres troubles préalables, torticolis sterno-mastoïdien droit; la tête est tournée à gauche et en haut. Je parviens sans trop de peine à redresser la tête. Le torticolis disparaît d'ailleurs pendant le sommeil, il n'existe jamais le matin au réveil. Examen de tous les organes absolument négatif. Je considère le torticolis comme purement nerveux, sans lésion, et je prescris : drap mouillé tous les matins pendant une heure, bains de tilleul le soir, frictions cutanées. L'enfant guérit en quelques jours. Je la revois le 14 mars 1902, sans trace de son torticolis, avec sa dyspepsie et sa constipation habituelles.

La guérison rapide obtenue par l'hydrothérapie, et peut-être aussi par la suggestion, montre qu'il s'agissait bien là d'un *torticolis mental*, et non d'un *spasme véritable*.

Il n'est pas toujours facile de distinguer les tics de la *chorée de Sydenham*. Comme le fait remarquer Oddo, la chorée est constituée par des mouvements *amorphes*, le tic par des mouvements *figurés*. Dans la chorée, les mouvements se succèdent sans se répéter d'une façon identique; dans le tic, les mouvements sont toujours les mêmes, quoique l'enfant puisse pré-

senter plusieurs localisations. Enfin, les mouvements des tics échappent moins à la volonté que les mouvements choréiques. Les difficultés de diagnostic augmentent dans la *chorée variable* qui imite la chorée de Sydenham tout en s'en distinguant par l'irrégularité de son évolution et par l'influence frénatrice que la volonté exerce sur les mouvements.

La *chorée hystérique*, la *chorée électrique*, le *paramyoclonus multiplex*, la *maladie de Thomsen*, l'*athétose*, etc., ont aussi quelques analogies avec les tics. Mais la distinction est en général facile.

Pronostic. — Le pronostic d'un tic dépend de l'état mental du sujet; avec de la *volonté*, on arrive à triompher de tous les tics. Tout tic, bien traité, doit être amélioré et même guéri. Cela est vrai surtout chez les enfants qui n'ont pas eu le temps de transformer leurs tics en habitudes irrémédiables. Mais les récurrences sont à craindre et un tic peut être remplacé par un autre. J'ai vu des cas où la guérison d'un tic qui paraissait grave et invétéré a été surprenante par sa rapidité et sa facilité.

Sans revenir sur le *torticolis mental* dont j'ai rapporté plus haut l'observation, je citerai le cas d'une fille de 15 ans et demi, entrée à l'hôpital des Enfants-Malades, dans mon service (18 nov. 1902) avec un tic très prononcé de la tête et du membre supérieur droit. En 1900, à la suite d'une frayeur, cette enfant a été prise de faiblesse et d'impotence des membres inférieurs; mouvements convulsifs 3 ou 4 jours après. Ces crises se reproduisirent souvent pendant un an. En 1902, elles étaient transformées en tics. Ces tics se présentaient sous la forme de mouvements saccadés de la tête, avec propagation fréquente au membre supérieur droit. Après quelques séances d'immobilisation d'une durée de plus en plus longue, le tic disparaît complètement. L'enfant reste à l'hôpital 3 semaines. La guérison s'est maintenue.

Traitement. — MM. Brissaud, Meige, Feindel, ont eu le grand mérite d'insister sur la curabilité des tics et de vulgariser une méthode très efficace, qui n'emprunte rien à la droguerie. Les calmants de toute sorte employés autrefois sont d'une efficacité médiocre. On ne les conseillera pas.

Mais on insistera sur le régime alimentaire (sobriété, pas d'alcool), sur le repos physique et cérébral au grand air, sur l'hydrothérapie (douches tièdes, drap mouillé), sur le massage. L'électricité n'a pas donné de bons résultats, sauf dans les cas où elle a agi par suggestion. Quelques auteurs, dans les tics hystériques, ont employé la suggestion hypnotique. Le traitement chirurgical n'est pas à conseiller (résection, élongation des nerfs, etc.).

Les plus beaux succès appartiennent à la méthode de rééducation des mouvements par la gymnastique. Dès 1893, Brissaud avait tenté de traiter les tics par l'*immobilité commandée*. Il combine deux procédés : l'*immobilisation des mouvements* et les *mouvements d'immobilisation*. Les exercices sont de deux sortes : les uns apprennent à conserver l'immobilité, les autres tendent à régulariser tous les gestes, et à remplacer le mouvement incorrect du tic par un mouvement régulier et normal (discipline psychomotrice). On exerce le tiqueur à conserver l'*immobilité absolue*, photo-

graphique, des membres et du visage pendant un temps de plus en plus long : quelques secondes, une minute, plusieurs minutes, etc. On fait exécuter au tiqueur des mouvements lents, réguliers, corrects et au commandement en s'adressant aux muscles de la région du tic. Séances courtes au début (2 à 5 minutes), en alternant l'immobilité et les exercices, de façon à ne pas dépasser une séance totale d'une demi-heure. Au bout d'une semaine, chacun des exercices peut être prolongé 10 minutes et la séance atteindra une heure, sans jamais aller jusqu'à la fatigue. Le malade répétera les exercices chez lui, devant un miroir, 3 ou 4 fois par jour.

Cette méthode a donné de très beaux succès au D^r S. Dubois (de Saujon).

La méthode de Pitres est un peu différente; elle est exposée par le D^r Cruchet dans sa thèse (Bordeaux, 1902). C'est une sorte de gymnastique respiratoire. Le tiqueur est placé droit, la tête fixe, le dos contre un mur, les talons joints, les bras appliqués contre les cuisses. Pendant 2 à 3 minutes, il récite à haute voix une fable en faisant, tous les 2 ou 3 vers, une inspiration lente et profonde. Pendant 2 à 3 minutes ensuite, inspirations et expirations longues et profondes, avec élévation lente des bras dans l'inspiration, abaissement lent dans l'expiration. On répète les exercices toutes les 3 heures, puis on espace les séances en augmentant leur durée (12 à 15 minutes).

Il faut prescrire de fréquents repos dans la journée et conseiller aux enfants de se coucher de bonne heure et de se lever tard. Quand le tic est grave, il faut exiger l'isolement, car l'entourage a une influence néfaste. Enfin, il faut user de la *psychothérapie*, inspirer confiance au malade, lui montrer par où pèche sa volonté, soutenir ses efforts, etc. Dans ce but, le médecin doit être un éducateur qui sait user de fermeté, de patience, de bonté et d'intelligence.

XVIII

HYSTÉRIE

PAR LE D^r R.-SAINT-PHILIPPE

Médecin de l'Hôpital des Enfants, agrégé libre de la Faculté de Bordeaux.

Une question préjudicielle se pose : l'hystérie existe-t-elle chez l'enfant? Affecte-t-elle une forme spéciale? En d'autres termes y a-t-il une hystérie infantile?

L'hystérie existe chez les enfants, il n'est plus permis d'en douter, tant les documents abondent, et elle offre une manière d'être et une allure qui ne suffisent pas évidemment à en faire une espèce à part, mais qui lui constituent une personnalité très nette et très réelle, digne d'une description didactique. J'oserai même avancer que l'étude attentive de l'hystérie chez l'enfant, poursuivie avec plus de soin et d'intérêt qu'elle ne l'a été jusqu'ici, particulièrement par les médecins qui s'occupent de pédiatrie, est de nature à éclairer l'histoire générale de l'hystérie en même temps qu'elle pourrait aider à la solution de la question maintenant controversée de l'étiologie. J'espère pouvoir le démontrer chemin faisant. Mais il me paraît nécessaire, au préalable, de placer sur ce terrain de science récemment exploré quelques jalons, quelques points de repère qui permettent à l'esprit du lecteur de se retrouver finalement. Dans un chapitre de pathologie où tout est à créer, pour ainsi dire, où tout au moins est à coordonner de ce qui a été semé de droite et de gauche, une méthode rigoureuse s'impose. Sans elle pas de clarté possible, pas de fil conducteur, partant pas d'intelligence du sujet.

Définition. Division. Délimitation. — L'hystérie ne peut pas être définie et ne le sera jamais, a dit Lasègue, et tout le monde le répète après lui. Constatons que, dans l'état actuel de nos connaissances, cette définition ne peut pas être donnée; mais n'engageons pas l'avenir qui nous apparaît si plein de promesses, après les riches conquêtes qu'en moins de vingt ans l'on vient de faire. Pour Charcot¹, pour ses élèves, pour toute l'École de la Salpêtrière, l'hystérie est la maladie *psychique par excellence*, une maladie *psychique absolue*, que des causes matérielles sont impuissantes à former, qui découle de la seule hérédité. Et mon savant ami le professeur Pitres² commente et complète cette pensée du maître en disant : « On *naît* hystérique, on ne le *devient* pas. L'hérédité crée la diathèse, les causes occasionnelles ne font que provoquer les accidents. » L'hystérie est une et indivisible, proclame encore Charcot. Et M. Pitres, et Gilles de la Tourette³ ajoutent que les divisions qu'on a voulu établir dans l'étude de

(¹) *Leçons du mardi*, année 1888. *Leçon du 21 février*, p. 205 et 208.

(²) PITRES. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 1891, t. I, p. 57.

(³) GILLES DE LA TOURETTE. *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, t. I, p. 46.