

La malade qui est assise devant vous est âgée de vingt deux ans. Elle s'est rendue il y a quelques jours à notre consultation accompagnée de son enfant et de sa sœur; la présence de cette dernière, vous le verrez, nous a été fort utile pour préciser certains points très importants du diagnostic. Elle venait, disait-elle, réclamer nos soins pour une chorée, ce que rendait plausible, au moins en apparence, l'agitation des muscles de la face et de la moitié gauche du corps que vous pouvez constater encore aujourd'hui.

Voici d'ailleurs ce qu'elle racontait. Assez chétive pendant son enfance - sa constitution est restée peu robuste -, elle fut pour la première fois, vers l'âge de huit ans, prise de mouvements involontaires dans les muscles de la face, mouvements qui se généralisèrent bientôt aux membres supérieurs la gênant pour porter les aliments à la bouche. Ses parents la conduisirent alors à l'hôpital Trousseau où l'on porta le diagnostic de chorée; de ce fait elle fut soumise à la médication arsenicale. Au bout d'environ deux mois, l'incoordination musculaire, qui ne s'était jamais accompagnée de fièvre et n'avait pas nécessité le séjour au lit, se calma et l'enfant put retourner à l'école. Deux ans plus tard, nouvelle crise qui dura un peu moins longtemps; un an après, troisième crise. Cette fois, l'antipyrine était en faveur et servit de base à la thérapeutique. Mais la malade n'était pas débarrassée de son affection; de nouvelles périodes d'agitation survinrent et, suivant ses dires, elle en serait, en comptant les phénomènes actuels, à sa cinquième ou sixième crise. Tous les médecins qu'elle a consultés depuis quatorze ans, ils sont nombreux tant à l'hôpital qu'à la ville, et non des moindres, ont été unanimes pour porter le diagnostic de chorée et l'ont traitée en particulier par l'arsenic et l'antipyrine.

Telle est grosso modo l'histoire clinique que la patiente nous a elle-même exposée en appuyant ses dires de mouvements involontaires des muscles de la face, des membres supérieurs et inférieurs du côté gauche en particulier.

Eh bien, je vous avoue sincèrement que, toute révérence gardée vis-à-vis les cliniciens qui avaient porté le diagnostic de chorée et dont elle me montrait les ordonnances, ma première impression fut que ce diagnostic si formel, si unanime avait besoin d'être révisé; et voici pourquoi.

Dans l'exposé sommaire fait par la malade de son affection il n'avait pas été question de crises nerveuses; de plus, l'inspection nous montrait que les secousses musculaires n'étaient en aucune façon rythmées. Il y avait donc lieu presque de prime abord d'éliminer la chorée rythmée ou, si vous aimez mieux, la chorée hystérique.

Or, chez une malade de vingt-deux ans qui dit chorée, dit chorée hystérique - nous nous expliquerons bientôt plus longuement, la chorée vraie ou chorée de Sydenham ne dépassant dans ses manifestations la puberté, c'est au plus tard l'âge de quatorze à quinze ans. Ou bien il s'agit de chorée chronique; mais ne débute que d'une façon exceptionnelle avant quinze à seize ans, époque à laquelle

malade avait déjà ou plusieurs crises, dont la première à huit ans.

Telles furent les réflexions qui me vinrent à l'esprit et m'engagèrent à poser quelques questions pour l'éclaircissement desquelles l'aide de la soeur aînée me fut d'un grand secours.

La première fut la suivante : « vous me dites, avoir eu cinq ou six crises de vôtre mal, chacune d'elles ayant duré, de quelques semaines à plusieurs mois; étiez-vous complètement guérie dans leur intervalle? » La malade me répondait affirmativement lorsque sa soeur l'obligea à convenir que, depuis l'âge de huit ans, même dans les périodes de très bonne santé, elle avait toujours conservé quelques secousses ou mouvements involontaires, en particulier dans les muscles de la face sous forme de grimaces, de clignements d'yeux; dans les épaules qu'elle soulevait alternativement l'une l'autre : le fait était nettement établi. Toutefois, la malade qui tenait probablement à avoir été tout à fait guérie, s'empressait d'ajouter qu'elle n'avait attaché aucune importance à ces secousses qui ne la gênaient ni pour boire ni pour manger, ainsi que cela était arrivé trop souvent au cours de ses nombreuses crises.

Ce fait, très net que les secousses musculaires involontaires n'avaient en réalité jamais complètement disparu depuis l'âge de huit ans était pour moi: d'un intérêt capital. Il m'engagea, à diriger interrogatoire examen vers un but que vous allez voir se préciser.

Pendant le court espace de temps qu'avait duré notre entretien, j'avais entendu le sujet émettre à deux ou trois reprises un bruit laryngé expiratoire en coïncidence avec des mouvements involontaires plus accentués alors des muscles de la face et du membre supérieur gauche. « Est-ce que quelquefois, lui dis-je, ce petit bruit que vous faites avec la bouche ne prend pas la forme d'une syllabe, d'un mot, et ce mot lui-même ne revêt-il pas à certains moments un caractère particulier ? » La malade restant muette, sa sœur intervint à nouveau. « Certainement, monsieur répondit-elle, ma cadette m'excusera, mais il faut bien que je le dise: aux moments dont vous parlez, à l'occasion ou en coïncidence avec une secousse plus accentuée elle ne se contente pas toujours de faire hum ! ou de dire oh! ou ah! elle prononce de véritables mots. En particulier, lorsque son petit garçon qui est très nerveux l'agace, ses secousses s'exagèrent et elle l'appelle cochon, salaud », mêlant fréquemment le mot de Cambonne à ses interjections. Cela n'arrive pas constamment, reprit-elle; ma sœur ne veut pas en convenir, mais je lui ferai remarquer que son mari et moi lui avons fait à plusieurs reprises des observations à propos des mots orduriers, qu'elle a une tendance fâcheuse à trop souvent prononcer alors même qu'elle se trouve en société. »

J'étais désormais fixé : le diagnostic de chorée unanimement porté devait céder la place à celui de maladie des tics convulsifs avec coprolalie, affection dont je voudrais vous entretenir aujourd'hui.

Avant de vous en faire l'exposé, je désire, toutefois, insister encore sur quelques particularités de l'histoire clinique de cette malade qui ne sont pas sans importance. Elle est nettement issue d'une souche névropathique. En effet, si les renseignements fournis sur ses parents qu'elle a, d'ailleurs, peu connus, ne sont pas très circonstanciés, il n'en reste pas moins que de ses deux soeurs l'une est très nerveuse et très impressionnable, probablement neurasthénique, et que l'autre a été sujette à des crises hystériques. Elle-même présente au suprême degré les caractères du tempérament nerveux : elle a des angoisses, des manies sans nombre, elle ne peut se coucher sans s'assurer à plusieurs reprises que personne n'est caché sous son lit, elle a des craintes irraisonnées,

des peurs sans causes, tous phénomènes qui la classent nettement dans la catégorie des déséquilibrés ou, si vous aimez mieux, des dégénérés pour employer une expression moderne, à mon avis trop compréhensive. J'insiste, en outre, sur ce fait qu'elle peut par un effort de volonté faire cesser d'elle-même ses prétendus mouvements choréïques, quitte à ce que ceux-ci reparassent quelques instants après avec une plus grande intensité.

Vous le voyez, ce n'était pas sans peine que j'étais arrivé à formuler un diagnostic que je vais m'efforcer de justifier encore : la présence de la sœur avait eu raison en particulier de réticences qui, très probablement, avaient contribué à induire en erreur les médecins qui au cours de ces dernières années avaient porté le diagnostic de chorée.

Je dis au cours de ces dernières années, car il n'y a pas très longtemps encore, que la maladie des tics convulsifs dont souffre, à mon avis, cette femme, a pris dans la nosographie médicale la place qu'elle mérite d'y occuper.

Il me sera permis de vous rappeler que c'est en 1885 qu'à l'instigation de mon maître Charcot, je décris pour la première fois, une « affection caractérisée par de l'incoordination motrice avec écholalie et coprolalie », qui, bientôt prit rang dans la science sous la dénomination plus concise de maladie des tics convulsifs.

J'établissais dans mon travail que le groupe des chorées, tel qu'il existait alors, était beaucoup trop compréhensif; qu'il fallait en distraire une affection jusque-là méconnue, qui, à l'instar de la chorée de Sydenham avec laquelle on la confondait toujours, débute dans le jeune âge et évolue comme elle, au moins en apparence, sous forme d'accès, de crises de mouvements incoordonnés de plus ou moins longue durée. A l'inverse, toutefois, de ce qui existe dans la chorée, les malades peuvent sous l'influence de la volonté modérer et faire disparaître momentanément leurs secousses musculaires. De plus, dans l'intervalle des crises, il persiste toujours pour un observateur attentif des mouvements involontaires; et, une fois installée, l'affection ne rétrocede plus, elle suit le sujet dans toute son existence, ce qui rend le pronostic singulièrement différent de celui de la chorée vraie. En outre, les mouvements peuvent s'accompagner et s'accompagnent souvent d'écholalie c'est-à-dire de la répétition instantanée par le sujet, d'un mot, d'une phrase prononcés devant lui à voix haute, et de ce singulier phénomène de la coprolalie - terme nouveau que je créai alors - dont vous connaissez maintenant la signification.

Un an plus tard, M. Georges Guinon complétait cette symptomatologie en notant que les « tiqueurs » présentaient presque toujours un état de déséquilibre mental caractérisé par des phobies sans nombre, de l'arithmomane, de l'agoraphobie, tous stigmates de ce que l'on appelle aujourd'hui la dégénérescence mentale. C'est à cette époque que M. Charcot exposait dans ses Leçons du mardi la symptomatologie de la nouvelle affection et consacrait définitivement l'existence de l'entité clinique qu'est la maladie des tics convulsifs.

Jusqu'en 1885, son histoire avait été des plus brèves : une observation typique d'Itard, reprise par Roth, par Sandras, par Briquet, qui l'avaient placée tantôt dans la chorée, tantôt dans l'hystérie; un passage très écourté de Trousseau sur les chorées laryngées ou diaphragmatiques où cet auteur fait allusion à la coprolalie en disant que « l'individu profère à haute voix des mots qu'il voudrait bien retenir », tels étaient les seuls éléments que fournissaient les recherches bibliographiques. Depuis, les travaux se sont multipliés, et si vous désirez lire un bon exposé de la

question, je vous engage à consulter la thèse que M. Catrou, mon élève, consacra en 1890 à la maladie des tics convulsifs, se basant sur 26 observations inédites que je lui avais communiquées.

Voyons donc maintenant en quoi consiste cette maladie, ce syndrome parfaitement autonome car il est constitué d'éléments se groupant toujours sous la même forme, affectant une évolution identique dans tous les cas, ce qui n'exclut pas cependant les variétés cliniques, et offrant malgré cela, j'y insiste à dessein, une physionomie qui invite très souvent, pour le plus grand dommage du pronostic, à le confondre avec la chorée de Sydenham.

Vers l'âge de sept ou huit ans, assez souvent un peu plus tôt, quelquefois plus tard, un enfant, garçon ou fille, car les deux sexes paraissent également atteints, dont l'hérédité nerveuse est presque toujours chargée, présente des secousses musculaires involontaires, des tics, qui ne tardent pas à attirer l'attention de ses parents, sans toutefois que ceux-ci dans la plupart des cas songent alors sérieusement à s'en alarmer. Les secousses sont, en effet, presque toujours limitées, au moins au début: elles occupent de préférence les muscles de la face qui devient le siège de clignements d'yeux, de torsion de la bouche, de mouvements des lèvres brusques et rapides. Il s'y joint parfois, dès cette époque, des bruits laryngés expiratoires qui dans la suite pourront revêtir un caractère particulier.

Les secousses musculaires peuvent, pendant assez longtemps, rester localisées aux muscles de la face, mais sous l'influence de causes toujours difficiles à préciser, de même d'ailleurs que celles qui ont présidé à l'éclosion des premiers tics, les mouvements se généralisent, notamment aux muscles des épaules et des membres supérieurs.

L'enfant hausse alternativement l'une et l'autre épaule, porte le tronc à droite ou à gauche tout d'une pièce, agite ses bras et ses mains et, à un degré plus avancé, se courbe en avant ou en arrière, saute sur place, frappant du pied, fléchissant alternativement l'un et l'autre genou.

Dans le mémoire où je décrivais, pour la première fois, la nouvelle affection, j'avais qualifié d'incoordination motrice l'ensemble des mouvements musculaires involontaires qu'on observe chez ces malades. M. Georges Guinon s'attachait, au contraire, quelque temps après à démontrer que ces mouvements étaient systématisés, que les sujets réalisaient, à la vérité involontairement, un mouvement coordonné, tel que celui de hausser les épaules, de se gratter le visage, de se frotter une partie du corps, de porter la main dans une direction sensiblement toujours la même. Cela avait une certaine importance en ce qui regardait la chorée de Sydenham dont le diagnostic différentiel domine toute la question, les mouvements involontaires étant ici très réellement incoordonnés. Dans la maladie des tics convulsifs, cette coordination, cette systématisation, est réelle dans un certain nombre de cas, mais sa constance est loin d'être absolue. Il vous suffira d'observer notre malade pour noter que les secousses musculaires qui l'agitent n'ont rien de bien précis, de figuré : elles sont brusques, soudaines, essentiellement variables dans leur forme, leur expression et leur intensité, si dans l'espèce leur siège reste assez bien limité à la face et aux membres supérieur et inférieur du côté gauche. Retenez ce caractère de brusquerie, de soudaineté; ces mouvements pour ainsi dire anguleux sont bien différents des mouvements plus mous, plus lents, plus « arrondis », comme l'a écrit Sydenham lui-même à propos de l'affection qui à juste titre porte son nom.

Les secousses, les tics pour employer une expression désormais consacrée, débutent le

plus souvent, je vous l'ai dit, par les muscles de la face; ils peuvent s'étendre, se généraliser à toutes les régions du corps et produire alors l'ensemble du grand tic convulsif ; de ce fait il existe des petits et des grands tiqueurs.

Limités, peu fréquents dans les cas bénins et au début de l'affection se reproduisant à intervalles plus ou moins éloignés, cessant pendant le sommeil, les tics ne manquent jamais de s'exagérer pendant la veille sous l'influence des émotions morales. Les malades, toujours fort impressionnables, ressentent très vivement les émotions causées par le plaisir ou la douleur, les excitations venues du dehors; on voit dans ces conditions les mouvements spasmodiques augmenter d'intensité; en même temps que leur fréquence, leur amplitude s'exagèrent, ils peuvent se généraliser.

C'est alors qu'au calme relatif entrecoupé seulement par les petites secousses de la face ou des membres que je vous ai décrites, peuvent succéder de véritables crises d'agitation musculaire, des paroxysmes pendant lesquels les sujets, sous l'influence des secousses qui les tourmentent, ont peine à s'alimenter, à vaquer à leurs occupations habituelles.

Ces crises sont de durée variable; il en est toutefois qui persistent pendant des semaines et des mois, entrecoupées de légères accalmies. Elles ont une période d'augment, d'état et de déclin qui en font de véritables paroxysmes. Mais j'insiste encore sur ce fait, pour en montrer toute l'importance, qu'au plus fort de la crise, à moins que celle-ci ne soit exceptionnellement intense, les malades peuvent sur un ordre donné, sous l'influence de la volonté, mettre un frein à leur agitation, cesser brusquement leurs mouvements, ce qui n'appartient qu'à la maladie des tics convulsifs, comparativement au moins avec ce qui existe dans la chorée de Sydenham. A la vérité, cette cessation ne dure qu'un instant, n'est que momentanée, les mouvements reprennent de plus belle après la contention d'esprit que les sujets se sont imposée, mais elle est réelle et sa constatation est, je le répète, très importante au point de vue du diagnostic. Il va sans dire que les perturbations habituelles de l'état mental s'exagèrent pendant ces périodes de crises; c'est un point sur lequel j'aurai bientôt l'occasion de revenir,

Lorsque la crise vient à son déclin, les mouvements diminuent de fréquence, d'amplitude, d'intensité, ils se localisent davantage. Mais, caractère également de la plus haute importance et dont je vous ai déjà parlé, alors que le calme semble être complètement revenu, il persiste toujours des mouvements, des secousses, en particulier dans les muscles de la face, qui indiquent que l'affection ne fait en réalité que sommeiller. J'observe certains de ces malades depuis plusieurs années, j'ai assisté chez nombre d'entre eux à des paroxysmes d'intensité variable; dans l'intervalle de ceux-ci j'ai toujours pu observer des secousses, des tics limités qui permettaient constamment au diagnostic de ne pas s'égarer.

Je vous ai dit que les muscles du larynx participaient parfois, eux aussi, au fonctionnement anormal des muscles de la face, du tronc et des membres; il s'ensuit que nombre de tiqueurs émettent, en coïncidence le plus souvent avec une secousse du tronc ou des membres, un bruit rapide, expiratoire : hein, ouh, ah, inarticulé. Les choses peuvent en rester là mais parfois, surtout lorsque le sujet avance en âge, généralement quelques mois ou quelques années après le début des secousses musculaires de la face ou des membres, ce bruit inarticulé peut se formuler, revêtir une allure spéciale et devenir, de ce fait, en quelque sorte pathognomonique.

Ici nous entrons dans le domaine purement psychique de la maladie des tics convulsifs.

je vous ai déjà dit que M. Georges Guinon avait voulu attribuer aux secousses musculaires une coordination en rapport avec un mouvement voulu, systématisé, ce qui évidemment donnait une certaine signification psychique à l'expression symptomatique du mouvement. J'ai ajouté que, pour ma part, cette opinion me paraissait trop compréhensive, car avec la meilleure volonté du monde il est souvent impossible d'attribuer aucune signification à la véritable incoordination musculaire très variable d'aspect qui existe chez nombre de tiqueurs. Il n'en est plus de même du phénomène sur lequel je vais maintenant attirer votre attention.

Un jour, sous l'influence de causes impossibles à apprécier dans la plupart des cas, on entend le tiqueur émettre à haute voix d'une façon toujours brève, un mot, une courte phrase qui dans l'espèce ont un caractère véritablement spécial, car ils comportent une signification ordurière : « cochon, salaud, merde » sont les interjections qui s'échappent de la bouche de notre malade; et cela pour une cause futile, fréquemment insaisissable. Ces mots, ces phrases sont émis à haute voix, sans aucune retenue, avec une inconscience qui témoigne bien qu'il existe chez ces sujets une perturbation psychique qu'il importe d'analyser.

Pourquoi, me demandez-vous, cette significition ordurière du mot articulé? Les tiqueurs se recruterait-ils donc dans les milieux où la liberté extrême du langage est chose courante? Pas le moins du monde. J'ai relaté dans mon mémoire l'observation, communiquée par M. le professeur Pitres (de Bordeaux), d'une jeune fille de douze ans appartenant à une excellente famille du Midi. Cette jeune fille s'évertuait à prononcer le mot de Cambronne. La famille désolée avait placé à côté d'elle une institutrice qui à chaque exclamation ordurière s'écriait : « Ah! mon Dieu, maman! », espérant ainsi substituer une phrase honnête à l'interjection coprolalique de son élève; elle en fut pour ses peines. Il faut que le mot soit ordurier, sans quoi il n'a pas de valeur pour le tiqueur: il poussera bien des oh! des ah! inarticulés, mais s'il formule un mot, la signification en sera presque toujours grossière.

A ce sujet j'ai reçu les confidences d'une jeune dame de Rouen fort distinguée dont le fils, âgé de dix ans, était tiqueur et coprolalique. En me le présentant, la mère très chagrine crut devoir m'affirmer que ce n'était pas dans le milieu familial que mon jeune client avait pris l'habitude des expressions dont il se servait couramment, de la façon convulsive, spasmodique que vous savez. « En sortant avec lui dans la rue, me dit-elle, pour aller à la promenade, j'ai remarqué à plusieurs reprises qu'il prêtait volontiers l'oreille aux propos plus ou moins distingués qu'échangent entre eux les cochers, les débardeurs qui sont nombreux dans notre ville. En rentrant il me demandait si tels ou tels mots qu'il avait entendu prononcer et dont il ne comprenait pas bien la signification pouvaient se répéter, et il ne manquait jamais d'enrichir son répertoire de ceux dont je lui signalais la grossièreté. Ce fut à ce point que je crus devoir user d'un subterfuge en lui donnant, à mon grand regret, comme parfaitement licites des expressions que je ne saurais répéter devant vous. Dans ces conditions, il se tenait coi, mais, malgré cela, il ne tarda pas malheureusement à posséder un vocabulaire qui m'oblige lorsque je sors maintenant avec lui à fuir les endroits fréquentés, de peur d'attirer l'attention des passants. »

C'est donc avec une véritable, inconscience morale que sont émises les interjections coprolaliques : il existe au moment de leur émission une impulsion psychique qui pousse irrésistiblement le sujet à proférer des mots orduriers, sans retenue, sans le moindre respect humain. Vers l'année 1885 un négociant, dont l'observation me fut alors communiquée, était bien connu de tout Bordeaux pour une ou deux courtes phrases extrêmement grossières qu'il proférait dans la rue à

tout propos, en les accompagnant de secousses convulsives de la tête et des membres. On le connaissait, on tolérait ses propos.

La coprolalie ne va pas, toutefois, sans quelques inconvénients. Un petit garçon du Havre avait été placé par sa mère sous la surveillance d'un infirmier dans un hôtel proche de la Salpêtrière d'où il venait de temps en temps à la consultation. En se rendant à l'hôpital, il flanait quelque peu et s'arrêtait pour voir jouer d'autres enfants. Absorbé par la contemplation de leurs jeux auxquels il eût bien désiré prendre part, il ne pouvait se retenir de pousser des « cochon , et des merde » que ceux-ci prenaient pour eux et payaient en horions. Un clerc d'huissier de la même ville, grand tiqueur et coprolalique, était chargé par son patron de porter des contraintes à domicile. Arrivé à la porte du client, il sonnait et s'empressait de remettre son papier. Par un effort considérable de volonté, il parvenait à maîtriser ses tics et ses exclamations ordurières. La porte refermée, il s'en donnait à cœur joie, il arriva à plusieurs reprises qu'on l'entendit s'agiter et émailler ses mouvements de mots orduriers qui lui valurent de la part de ses clients, trop enclins dans la circonstance à chercher un motif de querelle, des corrections l'ayant amené à chercher une profession où sa coprolalie trouvât moins dangereusement à s'exercer.

A côté de la coprolalie, se place un autre stigmatisme psychique qu'on observe également, mais avec une fréquence moindre chez les tiqueurs: j'ai nommé, l'écholalie. Le phénomène pour qu'il se produise doit être le plus souvent sollicité: une mère appelle sa fille atteinte de la maladie des tics convulsifs : « Marie, Marie » Aussitôt celle-ci de répéter 2 ou 3 fois, Sinon plus le nom de Marie, en exagérant ses tics sous forme de sauts sur place, de secousses, de mouvements de la tête. Le phénomène pour parfois naître spontanément, en apparence, du moins, car le mot proféré, variable dans sa signification, semble bien être l'extériorisation, l'écho d'une idée liée subitement dans le cerveau du sujet.

Echolalie et coprolalie sont, n'est-ce pas, sans qu'il soit utile d'insister, de véritables stigmates psychiques. Ils dénoncent chez le tiqueur l'existence d'un état de déséquilibre mental. Ces malades, je vous l'ai dit, qui appartiennent tous à des familles fortement tarées au point de vue psychique, ont, en effet, un état mental très chargé. Ils sont sujets à des phobies sans nombre, à des angoisses, à des idées mélancoliques passagères; ils font partie du groupe des déséquilibrés ou, pour me servir de l'expression actuellement en faveur, des dégénérés.

Je n'aime pas beaucoup cette expression qui a le défaut, à mon avis, d'être trop compréhensive dans son essence même : je sais bien qu'on a créé un groupe de dégénérés supérieurs, en opposition avec ceux qui occupent le bas de l'échelle de la dégénérescence mentale. C'est dans les dégénérés supérieurs qu'il faudrait alors classer nos malades, car s'ils émaillent parfois leurs discours d'expressions ordurières, s'ils sont sujets à des phobies, à des manies fort ennuyeuses, je crois pouvoir dire, pour en avoir observé et suivi un grand nombre, que la plupart d'entre eux n'en sont, pas moins d'une intelligence souvent au-dessus de la moyenne. J'en ai vu occuper des situations sociales fort enviables - officier supérieur, négociant, homme de loi, remplissant à la satisfaction générale les fonctions qui leur étaient dévolues. Ceci dit ait point de vue, du pronostic, des conséquences sociales que peut entraîner avec elle la maladie des tics convulsifs.

J'ajouterai que ces stigmates mentaux n'apparaissent pour ainsi dire que tardivement : la maladie des tics a un début presque toujours précoce; les tics se montrent dans l'enfance, de six à dix ans; la coprolalie, l'une des premières manifestations mentales, ne se développe guère qu'après la

puberté, à l'âge adulte, alors que les fonctions intellectuelles acquièrent leur plein épanouissement.

L'ensemble symptomatique qui constitue la maladie des tics convulsifs n'est pas toujours complet. Tout peut se borner aux tics eux-mêmes limités ou généralisés évoluant sous une forme chronique susceptible de s'entrecouper de paroxysmes. Même dans ces cas, lorsque le sujet a atteint l'âge adulte, il est rare qu'il n'existe pas un certain degré de déséquilibre mental sous la dépendance duquel se trouvent en particulier l'écholalie et surtout la coprolalie qui complètent alors le syndrome morbide. L'apparition souvent successive de ces divers éléments constitutifs est importante à connaître au point de vue du diagnostic, nous allons le voir, présente souvent des difficultés lorsqu'il manque au tableau certains traits morbides. Que celui-ci soit ou non complet, le pronostic n'en reste pas moins toujours le même. Une fois installés, les tics ne disparaissent plus, ils se modifient, changent d'allure, évoluent sous forme de paroxysmes dont la durée et l'intensité sont variables, mais dans l'intervalle de ceux-ci, il persiste toujours - j'insiste encore une fois sur ce fait capital - des tics plus ou moins atténués qui permettront à l'observateur exercé de reconnaître la maladie. La guérison complète n'est donc pas à espérer : on peut par un traitement approprié calmer ces paroxysmes, réduire l'intensité et la fréquence des tics, faire que le sujet en souffre au minimum et les supporte sans trop d'inconvénients, mais il ne saurait être question d'annihiler complètement cet état morbide devenu, pour ainsi dire, fonction de l'individu, puisqu'il est né de son état mental constitutionnel.

Si je me suis autant attaché à la symptomatologie et à l'évolution de la maladie des tics convulsifs, c'est que cela m'a paru indispensable dans l'intérêt du diagnostic qui souvent mérite d'être précisé. Il vous semblera peut-être que ces précautions soient inutiles, étant donnée la physionomie très nette de l'affection. Détrompez-vous : bien que quinze ans déjà nous séparent du jour où j'ai isolé ce syndrome morbide, la réalité n'est pas moins que l'affection est encore trop souvent méconnue, ce qui entraîne des conséquences utiles à éviter, vous allez le voir, au point de vue pratique, toute question doctrinale étant laissée de côté.

Je vous rappelle encore, et cela a une grande importance dans l'espèce, que les mouvements convulsifs, les tics sont toujours les premiers en date; que, débutant dans l'enfance entre six et huit ans, ils peuvent rester parfois longtemps isolé coprolalie et les divers stigmates mentaux ne faisant, dans la plupart des cas, qu'une apparition plus tardive. C'est incontestablement, pendant cette période que l'affection a le plus de chances d'être confondue avec d'autres manifestations morbides d'essence et d'évolution différentes et, parmi ces états, il en est un au premier chef qui prête à confusion; vous devinez que je veux parler de la chorée Sydenham. Je vois souvent, tant à l'hôpital qu'à la ville, de jeunes enfants atteints de la maladie des tics; il est bien rare que chez eux le diagnostic de chorée n'ait pas été porté par un ou plusieurs médecins; la malade que je vous ai présentée est un exemple démonstratif de ce que j'avance.

Et voyez quels inconvénients vont résulter de cette erreur : le médecin qui, chez un enfant atteint de tics convulsifs, a porté le diagnostic de chorée, sollicité de donner son opinion sur la durée probable de l'affection en cours d'évolution, n'hésitera pas à affirmer que tout aura disparu au bout de six semaines à trois mois au maximum. Or, incontestablement, les tics peuvent évoluer sous forme paroxystique et le paroxysme ne pas dépasser ce terme, mais la crise peut aussi se prolonger six mois et davantage, ce qui, est plus qu'exceptionnel dans la chorée. En outre, alors que dans cette hypothèse de la chorée, la guérison devrait à cette date être complète, définitive - sauf récurrences à prévoir qui toutefois ne dépassent jamais l'âge de quatorze à quinze ans, la période active

terminée, il restera en permanence, s'il s'agit de la maladie des tics, un ensemble atténué mais réel de mouvements convulsifs associés ou non à des stigmates mentaux. La famille demandera un nouveau conseil et la première opinion exprimée devra être reformée. Vous aviez promis la guérison et, au lieu de celle-ci, la maladie se développe : l'écholalie et la coprolalie apparaissent. Or, il est une chose qui ne se pardonne pas en pratique, c'est l'erreur de pronostic, conséquence d'un diagnostic erroné ou insuffisamment établi.

Au point de vue thérapeutique l'erreur de diagnostic peut être très préjudiciable. Vous savez qu'aujourd'hui l'usage s'est établi de traiter la chorée de Sydenham par de hautes doses d'arsenic qui, prescrites par des médecins trop convaincus, ne vont pas sans altérer parfois profondément la santé du petit malade. Cette thérapeutique me paraît, ceci dit en passant, tout à fait répréhensible; l'arsenic est un bon adjuvant du traitement, mais même à doses massives il n'a jamais réussi à juguler, à rompre l'évolution d'une attaque de chorée de Sydenham. Ce médicament est en tout cas inutile dans la maladie des tics, à moins d'être donné comme simple fortifiant; si l'on en fait la base du traitement, il empêche l'application d'une thérapeutique de toute autre nature et dont je vous exposerai bientôt la mise en oeuvre.

Chorée de Sydenham et maladie des tics convulsifs diffèrent, cependant, singulièrement l'une de l'autre et il faut beaucoup de bonne volonté pour les confondre. Dans les périodes interparoxystiques les tics ne ressemblent en aucune façon à la chorée, ils ne sauraient que rappeler de très loin l'agitation musculaire qui caractérise une attaque de chorée d'intensité moyenne, même aux moments des paroxysmes leur allure est toute spéciale. Les mouvements des tiqueurs sont brefs, saccadés, convulsifs, parfois systématiques; dans la chorée ils ont de l'amplitude, sont plus arrondis, ont des contours, comme disait Sydenham, qui en quelques lignes a si bien caractérisé cette affection; l'incoordination est la règle. Enfin, ce qu'a encore très exactement noté le grand clinicien anglais, la volonté est impuissante à arrêter les mouvements choréiques; l'attention du sujet dirigée dans ce sens les exagère plutôt, alors que le tiqueur est capable par un effort psychique de suspendre momentanément ses mouvements convulsifs. Je passe sous silence la coexistence de l'écholalie et de la coprolalie qui lèveraient tous les doutes s'il pouvait en subsister; je me borne en ce moment à la seule comparaison entre le mouvement choréique et la secousse du tic convulsif.

Accessoirement, l'interrogatoire minutieux du sujet et surtout des parents apprendra que chez le tiqueur, longtemps avant l'apparition du paroxysme, il existait des secousses musculaires isolées, ce qui ne saurait être dans la chorée de Sydenham où la crise acquiert l'intensité qu'elle doit avoir, quinze jours au plus tard après le début des premiers phénomènes musculaires. S'il s'agissait d'une récurrence de paroxysme, qui peut exister aussi bien dans la maladie des tics que dans la chorée, on arriverait vite à cette notion que la période intermédiaire a été marquée par la continuité, la persistance des secousses convulsives sous une forme atténuée.

Peut-être penserez-vous qu'on pourrait trouver encore un élément de diagnostic différentiel dans ce fait que la chorée de Sydenham s'accompagnerait assez souvent de manifestations dites rhumatiernales sous forme d'arthropathies passagères. Je ne vous conseille pas de vous engager dans cette voie : vous vous ménageriez bien des désillusions. J'exprime, personnellement cette opinion à l'encontre, il est vrai, peut-être de la plupart des auteurs qui, depuis Germain Sée (1850), ont étudié la chorée - que celle-ci n'a rien à, voir avec le rhumatisme. Bien que je les ai toujours cherchées, je n'ai pas rencontré une seule fois, ces manifestations arthropathiques dans les nombreux cas de chorée de Sydenham que des études spécialement dirigées de ce côté m'ont

permis d'observer.

Il existe dans la chorée de Sydenham, comme dans la maladie des tics, des paroxysmes aigus au cours desquels l'agitation musculaire révèle une extrême intensité, et pourrait prêter à confusion. Les choréiques sont alors forcés de prendre le lit; la fièvre peut s'allumer, et l'enfant épuisé par cette agitation désordonnée succombe parfois sous l'influence de la plus légère complication viscérale, peut-être même du seul fait de l'agitation musculaire elle-même. Il est rare que dans ces cas, outre la caractéristique propre des mouvements, différents dans les deux maladies, on ne voie pas se montrer ces phénomènes paralytiques au moins partiels qui ont donné leur nom à la chorée molle, à la chorée paralytique ou limp chorea des auteurs anglais. Rien de semblable n'existe dans la maladie des tics convulsifs dont les paroxysmes les plus outrés comportent toujours un pronostic favorable. On voit de quel intérêt est le diagnostic dans ces cas particuliers.

En résumé, je crois qu'avec un peu d'observation préalable et d'attention, il est impossible de confondre la maladie des tics convulsifs avec la chorée de Sydenham, erreur pourtant si fréquemment commise: la façon dont débuté et se comporte l'accès est différente dans les deux cas, l'agitation musculaire offre des caractères différentiels considérables que vous serez, je l'espère, désormais en mesure de reconnaître.

Je n'ai eu jusqu'à présent en vue que le diagnostic à établir entre la chorée et la maladie des tics convulsifs chez les enfants. « Après la puberté plus de chorée », a dit Sydenham qu'on ne saurait trop citer; à ce moment, d'ailleurs, le plus souvent les stigmates mentaux propres aux tics se sont développés et ne sauraient permettre une erreur d'interprétation.

Le diagnostic que nous avons maintenant à établir visera donc surtout les jeunes gens ou jeunes filles et les adultes, exempts de chorée de Sydenham, ce qui n'empêche pas qu'à cet âge il y a encore place pour des erreurs. La première qui pourrait être commise a trait à la chorée chronique. La maladie de Huntington débute rarement avant douze ou quatorze ans, souvent beaucoup plus tard; à cette époque, les tics, s'ils doivent exister, ont presque toujours fait déjà leur apparition. La recherche des antécédents permet de constater la caractère familial de cette variété de chorée. A la vérité - mais à un âge généralement avancé - la chorée chronique s'accompagne, elle aussi, d'un état mental, qu'il serait trop long d'analyser ici; toutefois, cet état ne comprend ni l'écholalie, ni surtout la coprolalie si fréquentes dans la maladie des tics. Du reste, l'agitation musculaire très sensiblement analogue à celle de la chorée de Sydenham est bien différente des secousses de la maladie des tics et je crois inutile de revenir sur des caractères que vous connaissez déjà. J'ajoute que la chorée chronique est aussi rare que les tics sont fréquents, ce qui a son importance en pratique.

Il est encore une autre variété de mouvements choréiques qui pourraient en imposer au point de vue du diagnostic, je veux parler de ceux qui dépendent de la chorée hystérique. Celle-ci est exceptionnelle à l'âge où d'ordinaire apparaissent les tics convulsifs : elle ne frappe guère les sujets, à peu près exclusivement du sexe féminin, qu'après la puberté. De plus, les mouvements revêtent presque toujours un caractère spécial, ils sont rythmés: c'est la chorée malléatoire, saltatoire que vous avez tous appris à connaître. Il est rare, en outre, que chez ces malades les manifestations de l'hystérie se bornent aux mouvements choréiques : la plupart du temps il existe des stigmates permanents qui vous seront d'un grand secours, et souvent encore les paroxysmes choréiques se terminent par de véritables crises convulsives qui auraient vite fait de trancher la question, si celle-ci se maintenait litigieuse.

Il est toutefois certains cas d'une appréciation assez difficile : d'abord la chorée hystérique peut être arythmique; M. Dettlin.g a relaté plusieurs faits probants de cet ordre dans sa thèse inaugurale. C'est la chorée de Sydenham dans toute son expression mise en train par la grande simulatrice qu'est l'hystérie. L'âge du sujet, la constatation des stigmates vous seront d'un précieux secours; d'ailleurs, c'est bien plutôt avec la chorée de Sydenham qu'avec la maladie des tics elle-même que le diagnostic devrait s'établir et vous savez que, passé quinze ou seize ans, il n'existe plus de chorée vraie.

Il peut encore se faire que l'hystérie elle-même soit productrice de tics qui ressemblent à s'y méprendre à ceux que je vous ai décrits; le début à un âge avancé, l'existence d'autres manifestations, hystériques, l'évolution même de ces tics servant à apprécier leur nature. Enfin, M. G. Guinon a publié quelques cas de manifestations hystériques chez des tiqueurs avérés : c'est une association morbide il laquelle vous devriez aussi songer; presque, toujours les tics auront été les premiers en date dans l'évolution des symptômes.

Vous le voyez, vous vous trouverez parfois en présence de certains cas d'une interprétation malaisée; vous vous tirerez de ces mauvais pas par la connaissance approfondie que vous aurez acquise antérieurement de la maladie des tics convulsifs. Cependant, je le répète, ces cas sont, rares et, en réalité, c'est presque toujours la chorée de Sydenham qui justifiera vos hésitations; Or, je pense vous avoir fourni des éléments très suffisants de diagnostic différentiel, pour que ces hésitations ne soient pas de trop longue durée.

Je crois donc, désormais, le terrain presque complètement déblayé, car les affections dont il me reste à vous lui parler et qui pourraient être confondues avec la maladie des tics convulsifs débutent dans l'âge adulte, à un moment où les tics ont depuis longtemps déjà fait leur apparition et possèdent bien des chances de s'accompagner d'un cortège symptomatique - écholalie, coprolalie, état mental - qui laissera peu de place au doute s'il en pouvait exister.

Je passe sous silence la chorée des femmes enceintes, chorea gravidarum qui soit dit en passant, n'a, à mon avis, rien à faire avec la chorée de Sydenham et appartient toujours à l'hystérie; je ne fais que mentionner la chorée électrique ou maladie de Dubini, maladie probablement infectieuse qui, d'après cet auteur lui-même, n'a aucune analogie avec la chorée; la chorée de Bergeron, la chorée fibrillaire de Morvan, le paramyoclonus multiplex de Friedreich, autant d'affections qui n'ont pas de place définie dans le cadre nosologique. Ces myoclonies, comme on les a appelées si vaguement pour masquer l'insuffisance de leur identité, appartiennent soit aux tics convulsifs soit à l'hystérie. J'estime dans tous les cas qu'en bonne pratique, vous n'aurez que peu à vous en préoccuper.

J'arrive, en dernier lieu, à une affection que M. Brissaud a décrite, on 1897, sous le nom de chorée variable des dégénérés et dont son élève M. Patry a fait l'objet de sa thèse. A mon avis, je le dis immédiatement, cette affection ne saurait être différenciée de la maladie des tics convulsifs et j'emprunte les éléments de mon argumentation au dernier travail que M. Brissaud a publié à son sujet au mois de février 1899 (Chorée variable Presse Médicale 15 février 1899; p73). Il y est question d'une jeune fille de seize ans et, en ce qui concerne la description des mouvements, voici comment s'exprime M. Brissaud : La malade avait été admise à l'hôpital pour une chorée et, en effet, la première fois qu'on l'examina les symptômes de la chorée franche vulgaire étaient si

caractéristiques que le diagnostic s'imposait sans réserves. Mais dès la lendemain la nature de cette chorée s'était déjà modifiée : c'étaient des mouvements brusques de projection des bras en avant, de haussements d'épaules, de véritables secousses électriques soudaines et violentes n'ayant en somme aucune analogie avec les mouvements « ronds » et relativement souples de la chorée de Sydenham ». Sous l'influence de la volonté, la malade pouvait faire cesser d'elle-même au moins momentanément les mouvements. L'état mental était celui d'une dégénérée; enfin, il existait de la coprologie. Mouvements saccadés à caractère variable, possibilité de la cessation des mouvements sous l'influence de la volonté, état mental, ce sont bien les caractères que j'ai assignés, dès ma première publication, à la maladie des tics convulsifs et je ne vois pas par quels points la chorée variable des dégénérés saurait en être différenciée. Le caractère de variabilité symptomatique que M. Brissaud attribue à l'affection qu'il décrit existe au plus haut degré dans la maladie des tics, et la confusion que l'on fait si souvent avec la chorée de Sydenham montre, ainsi que nous l'avons déjà dit, que l'opinion qui veut que les tics soient toujours systématisés et que, pour notre part, nous nous sommes toujours refusé à admettre, est au moins exagérée.

Ce que je vous ai dit, chemin faisant, de l'évolution de la maladie des tics convulsifs, vous a déjà fait pressentir le pronostic qu'elle comporte. Il est des petits et des grands tics; les uns passent presque inaperçus et ne mettent aucune entrave aux fonctions physiques et aux relations sociales. Les autres, agissant sous forme de véritables paroxysmes, ne vont point sans de grands inconvénients et obligent parfois les sujets qui, en sont atteints à garder la chambre pendant les crises et à interrompre leurs occupations. Les facteurs de gravité se tirant de la richesse ou de la pauvreté du complexe symptomatique ainsi formé, de la fréquence des crises et de la possibilité de leur répétition même après de longs intervalles d'accalmie. Mais un lien commun réunit toutes ces manifestations, c'est leur perpétuité pour ainsi dire. Une fois tiqueur, toujours tiqueur; dans l'intervalle des grands paroxysmes quand ils existent, on note toujours chez les sujets des secousses musculaires, des tics en un mot, plus ou moins esquissés, plus ou moins saillants, mais qui ne font jamais défaut, lorsqu'on examine soigneusement les sujets et qu'on les suit avec attention pendant longtemps une fois installés, je le répète, les tics sont pour ainsi dire fonction de l'individu et, comme ils ont pour substratum psychique un état mental qui ne va pas sans entraîner certains désagréments, il s'en suit que, tout bien considéré, la maladie des tics comporte un pronostic relativement sévère; il faudra donc s'efforcer d'en atténuer les manifestations, tout au moins lorsqu'elles affecteront une allure paroxystique.

C'est dans ce sens que devra tendre le traitement. Chez ces malades, les fatigues de toutes sortes, principalement d'ordre moral, devront être soigneusement évitées : le séjour au calme de la campagne, l'isolement même seront les meilleurs adjuvants d'une cure qui pourra viser à modifier radicalement l'état morbide ainsi né, mais ne sera véritablement efficace que dans l'atténuation des manifestations symptomatiques surtout dans leur forme paroxystique.