

2057. *Traitement.* — A. Sauf les cas, très rares, où la chorée est le symptôme direct d'une lésion, phlegmasique ou autre, des centres nerveux (antiphlogistiques, iodure de potassium, etc.), et les faits non moins exceptionnels où elle est sympathiquement produite par l'état morbide de quelque viscère, par exemple de l'intestin (anthelminthiques, etc.), le traitement ne peut en aucune façon s'attaquer à la cause productrice des accidens, et l'on se trouve réduit à combattre la seule névrose.

B. Dans ce but les médications les plus diverses ont été mises en usage, et faute d'une critique assez sévère, on a cru reconnaître une efficacité presque égale à chacune d'elles, parce que, encore une fois, la terminaison naturelle de la maladie est la guérison ou la cessation temporaire des accidens au bout d'un temps assez court. Nous ne ferons pas l'énumération de tous les moyens employés contre la chorée; il nous suffira de noter brièvement les principales indications et les agens qui paraissent le plus convenables pour y satisfaire.

a. Existe-t-il une agitation très violente et telle qu'en se prolongeant elle puisse faire craindre l'épuisement des forces, il faut tout mettre en œuvre pour arriver à calmer promptement de ce désordre. Or, nous savons que presque toujours pendant le sommeil les mouvemens choréiques se modèrent ou se suspendent momentanément; le médecin cherchera donc à provoquer ce sommeil artificiellement, soit à l'aide de préparations opiacées portées rapidement à des doses élevées, soit par des inhalations d'éther, de chloroforme ou d'autres agens anesthésiques. Ce sont là des moyens purement palliatifs sans doute, mais l'indication de les mettre en usage peut être des plus pressantes, et l'on ne saurait en négliger l'emploi dans certains cas sans s'exposer aux conséquences les plus regrettables.

b. Lorsque la chorée offre une intensité moyenne ou faible, ou que sa première violence a été réprimée par des moyens appropriés, on aura recours à divers agens médicamenteux pour combattre l'irritation motrice des centres nerveux. L'opium, l'asa fœtida, le castoréum, le camphre, la valériane, l'oxyde de zinc, etc., ont été successivement vantés; malheureusement il n'est aucun antispasmodique dont l'efficacité contre la chorée soit bien prouvée. L'arsenic, employée par Romberg, et dont le docteur Aran a plus récemment préconisé l'usage, paraît avoir donné de meilleurs résultats. Les effets hyposthénisants ou peut-être simplement perturbateurs du tartre stibié à haute dose (médication introduite en France par Laennec, expérimentée avec grand succès par Gillette et plusieurs autres) ont donné des guérisons singulièrement rapides dans certains cas, et surtout dans la chorée récente, accompagnée d'agitation considérable.

Comme médication influençant directement les centres nerveux (dans un tout autre sens, il est vrai), nous devons mentionner encore le traitement par la strychnine à dose suffisante pour produire des roideurs

*musculaires*, traitement que M. le professeur Trousseau met journellement en usage, et dont M. le docteur Moynier a très bien analysé les résultats. Il est à craindre que l'avantage d'abrèger de quelques jours la durée moyenne de la chorée ne compense pas suffisamment dans la pratique les dangers qu'un médicament aussi difficile à surveiller pourrait avoir entre des mains peu expérimentées.

Nous ne ferons qu'indiquer, parce qu'ils sont peu usités aujourd'hui, les moyens à l'aide desquels on se propose d'agir indirectement sur les centres nerveux, en déterminant dans leur voisinage ou loin d'eux quelque irritation thérapeutique : les vésicatoires placés à la nuque ou sur le trajet de la colonne vertébrale, les linimens, les pommades, l'application de l'électricité dans les mêmes régions; et encore les révulsifs intestinaux (dont l'emploi donne cependant quelquefois des résultats dignes d'attention). Les bains sulfureux sont utiles surtout comme l'un des élémens de la médication générale, stimulante et reconstitutive, dont il nous reste à parler.

c. Un certain degré de chloro-anémie se rencontre, avons-nous dit, chez presque tous les sujets atteints de chorée; aussi l'indication est-elle formelle d'insister sur une bonne hygiène, une alimentation réparatrice, les préparations de quinquina et de fer, sur l'usage de l'hydrothérapie, des bains sulfureux, des bains de mer, de l'iode et de ses préparations (ces derniers surtout chez les enfans scrofuleux).

La gymnastique, seule ou associée aux autres méthodes de traitement, mais principalement unie à la médication tonique, est certainement un des meilleurs moyens qu'on puisse opposer à la chorée. Outre son action générale, elle paraît en exercer une toute particulière sur le système musculaire dont elle corrige les habitudes vicieuses, régularise les contractions désordonnées en les soumettant à une sorte de discipline, dont elle augmente enfin la puissance réelle en y activant la nutrition. (Voy. le travail intéressant de M. Blache sur les résultats obtenus par M. Lainé, le zélé professeur de gymnastique de l'hôpital des Enfants.)

N'oublions pas de signaler en terminant l'électricité comme un autre modificateur spécial du système musculaire, qui a été également employé avec succès chez quelques choréiques.

## ARTICLE LIV.

## DE L'ÉCLAMPSIE.

2058. *Définition.* — On dit qu'il y a *éclampsie* (synonymes : *convulsions générales*, *épilepsie aiguë*) quand il survient un ou plusieurs accès de convulsions étendues à un grand nombre de muscles et accompagnées de perte plus ou moins complète de connaissance. Cet ensemble de phénomènes peut présenter une très grande similitude ou même une identité complète chez les malades affectés de lésions diverses

du système nerveux (éclampsie *symptomatique*) et chez d'autres qui n'en présentent aucune appréciable (éclampsie *sympathique* ou *essentielle*).

Renonçant à décrire toutes les variétés de convulsions générales, car on peut les observer dans les circonstances pathologiques les plus différentes, nous nous bornerons à décrire les deux variétés principales, celles dont la connaissance importe le plus au point de vue pratique, savoir : L'éclampsie des enfans et celle des femmes en couches.

## ÉCLAMPSIE DES ENFANS.

2059. *Bibliographie.* — PHIL. JAC. SCHOENFELD. *Tractat von dem Kinderwehe, Frais und Hinfallen.* Ingolstadt, 1675, in-4.  
 JOHNSTON. *Dissert. inaug. de motibus convulsivis et epilepticis infantum.* Leid., 1693, in-4.  
 TH. A. RAW. *Diss. inaug. sistens pathemata infantum ex difficili dentitione.* Bâle, 1719, in-4.  
 VANDERMONDE. *Dissert. An infantum a dentitione convulsionibus vel soporibus repetitus catharticatorum usus?* Paris, 1741, in-4.  
 TIEDEMAN. *Dissert. de motibus convulsivis infantum.* Groningue, 1746.  
 MÜLLER. *Dissert. inaug. convulsionum et epilepsie infantum ex leviori dolore prodeuntium rationes medicæ.* Halæ, 1757.  
 LEPREUX. *An convulsionibus recens-natorum vomitoria* (thèse de Paris, 1765, in-4).  
 ACKERMANN. *Dissert. inaug. de epilepsie motuumque convulsivorum infantum causis præcipuis.* Gryphiæ, 1765.  
 TH. LARBRÉ. *An convulsionibus recens-natorum vomitoria?* Reims, 1770, in-4.  
 STRACK. *Abhandlung von dem Freisam der Kinder und den spezifischen Mitteln dagegen.* Francfort-sur-Mein, 1779, in-8.  
 G. BROCKMANN. *Diss. inaug. de convulsionibus infantum.* Groning., 1781, in-4.  
 FR. ZEIT. *Dissert. inaug. de infantum convulsionibus.* Vienne, 1781, in-8.  
 J.-B.-T. BAUMES. *Traité des convulsions de l'enfance, de leurs causes et de leur traitement.* Paris, 1789, in-8; 2<sup>e</sup> édit., Paris, an XIII, in-8.  
 C. L. HENNEBERG. *Dissert. inaug. sistens historiam morbi convulsivi infantilis ejusdemque sanandi methodum.* Erford, 1791, in-4.  
 DUFRESNOY. *Des caractères, du traitement et de la cure des dartrès, des convulsions, etc.* Paris, an VII, in-8.  
 J. L. HAIDENREICH. *Von der Nahrung ganz kleiner Kinder und einigen Arten von Convulsionen, nebst einigen Mitteln dieselben zu verhüten und zu heilen.* Vienne, 1799, in-8.

- JOS. SCHNEIDER. *Versuch einer Abhandlung über den Kinbackenkrampf neugeborner Kinder, nach eigenen Erfahrungen am Krankenbette; nebst einem Anhang über die Convulsionen der Kinder.* Herborn, 1805, in-8.  
 GUTBERLET. *Dissert. inaug. de convulsionibus infantum.* Würzburg, 1808.  
 D. F. JUDCY. *Diss. sur les convulsions dans l'enfance* (thèse de Paris, 1809, in-4).  
 C. PESCHIER. *Dess. sur les maladies des enfans* (thèse de Paris, 1809, in-4. — *Des convulsions et de l'éclampsie*, p. 36 et 39).  
 JOH. EV. TELSER. *Diss. inaug. de convulsionibus infantum.* Erlangen, 1811.  
 A.-P.-L. AUVITY. *Recherches sur les causes des convulsions auxquelles les enfans sont exposés, etc.* (thèse de Paris, 1815, in-4).  
 TONNELÉ. *Considér. sur les convulsions qui se manifestent dans la première enfance* (thèse de Paris, 1815, in-4).  
 A. J. THIBEAUD. *Observ. et réflex. sur l'hydrocéphale aiguë et les convulsions dans l'enfance* (thèse de Paris, 1820, in-4).  
 A. F. BOURIENNE. *Idées générales sur les convulsions de l'enfance et sur leur traitement* (thèse de Paris, 1821, in-4).  
 CL. DUGÈS. *Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfans nouveau-nés* (thèse de Paris, 1841, in-4. — *Convulsions et asphyxie apoplectique*, p. 43 et suiv.).  
 GEO.-P.-FR. DE MARNE. *Dissert. inaug. de eclampsia infantum.* Göttingue, 1822, in-8.  
 BRACHET. *Mémoire sur les causes des convulsions chez les enfans.* Paris, 1824, in-8.  
 C.-J.-T. CHALUET. *Essais sur les convulsions les plus fréquentes des enfans en état de fièvre, observées à la Guadeloupe.* Paris, 1824, in-4.  
 J. NORTH. *Pract. observations on the convulsions of children.* London, 1826, in-8.  
 J. PARRISH. *On infantile convulsions arising from spasm of the intestines* (*North-Americ. med. and phys. Journal*, janv. 1827).  
 A. J. ZECHEL. *Diss. de convulsionibus infantum, adnexis quibusdam de trismo neo-natorum.* Prague, 1829, in-8.  
 PAPAVOINE. *Obs. de convulsions chez les enfans, apparaissant comme phénomène unique dans des maladies diverses* (*Journal des progrès des sc. et instit. méd.*, 1830, t. III, p. 217).  
 CHAUFFARD. *Convulsions et insuccès des saignées, etc.* (*Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX, p. 326).  
 C. M. BILLARD. *Traité des maladies des enfans nouveau-nés et à la mamelle* (2<sup>e</sup> édit., Paris, 1833, in-8, p. 629).

- T. CONSTANT. *Eclampsies observées à l'hôpital des Enfants* (Gaz. méd. de Paris, 1833, 2<sup>e</sup> série, t. I, p. 768).
- DUGÈS. *De l'éclampsie des enfans du premier âge comparée à l'apoplexie et au tétanos* (Mém. de l'Acad. de méd. de Paris, 1833, t. III, p. 301 et suiv.).
- GRAVES. *Des convulsions chez les enfans* (extr. dans la *Lancette française*, 1833, t. VII, p. 381).
- J. ASHBURNER. *On dentition and some coincident disorders*. Londres, 1834, in-18.
- J.-L. BRACHET. *Traité pratique des convulsions dans l'enfance*. 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1835, in-8.
- GUERSENT et BLACHE. Article *Eclampsie*, du *Dict. de méd.*, 2<sup>e</sup> édit., Paris, 1835, in-8, t. XI, p. 147.
- S. BLEEKRODE. *Versameling van verhandeligen over de leer van de Ziekten der kinderen*. Grœning., 1837, in-8.
- BARRIER. *Traité des maladies de l'enfance* (affection convulsive). Paris, 1842, in-8, t. II, p. 372.
- TENAIN. *Convulsions idiopathiques chez les enfans* (thèse de Paris, 1842, in-4).
- DUGLOS. *Etudes cliniques pour servir à l'histoire des convulsions de l'enfance* (thèse de Paris, 1847, in-4).
- LE PETIT. *De l'éclampsie ou des convulsions de l'enfance* (thèses de Paris, 1847, in-4).
- A. OPPELT. *Dissertatio inaug. de eclampsia infantum*. Berlin, 1847, in-4.
- VANNIER (du Havre). *Traitement d'urgence des maladies des enfans*, etc. (croup, convulsions). Paris, 1847, in-8.
- DALMERS. *Des convulsions essentielles et sympathiques chez les jeunes enfans* (thèses de Paris, 1850, in-4).
- OZANAM. *Recherches cliniques sur l'éclampsie des enfans* (Arch. gén. de méd., 4<sup>e</sup> série, 1850, t. XIII, p. 257; t. XXIII, p. 5 et 163).
- CORLIEU. *Des convulsions chez les enfans* (thèses de Paris, 1851, in-4).
- BRULARD. *De l'éclampsie ou des accidens convulsifs chez les enfans* (thèses de Paris, 1851, in-4).
- HOUETTE. *Des convulsions chez les enfans* (thèses de Paris, 1852, in-4).
- RILLIET et BARTHEZ. *Traité clinique et pratique des maladies des enfans*. Paris, 1853, 2<sup>e</sup> édit., in-8, t. II, p. 453.
- ESTEVENET. *Des convulsions chez les enfans* (thèses de Paris, 1855, in-4). — MOUTON. *Des convulsions de l'enfance* (thèses de Paris, 1856, in-4). — ECHARTE. *De l'éclampsie chez les enfans* (thèses de Paris, 1856, in-4).
- CHAMBRON. *De l'éclampsie ou des convulsions dans l'enfance* (thèses de Paris, 1856, in-4).

- J.-B. MEUNIER. *Des convulsions chez les enfans* (thèses de Paris, 1857, in-4).
- REYNOLDS. *The pathology of Convulsions with especial reference to those of children* (*Liverpool med.-chir. Review*, 1858, january).
- BOUCHUT. *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfans à la mamelle et de la seconde enfance*. Paris, 1862, 4<sup>e</sup> édit., in-8, p. 137.
- GRAVES. *Leçons de clinique médicale* (convulsions des enfans). Traduction du docteur Jaccoud. Paris, 1862, t. I, p. 733.
2060. *Symptômes*. — Nous ne saurions mieux faire que de reproduire la description suivante, tirée de l'ouvrage si consciencieux de MM. Rilliet et Barthez :
- A. *Symptômes de l'éclampsie en général*. — « Lorsqu'un enfant est pris de convulsions, le regard devient fixe; l'œil exprime la terreur, puis rapidement le globe oculaire est agité de mouvemens saccadés qui le dirigent en haut sous les paupières supérieures, beaucoup plus rarement en bas; il redevient ensuite momentanément fixe pour être bientôt entraîné par des mouvemens désordonnés tantôt à droite, tantôt à gauche; le strabisme est alors des plus prononcés. Les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées, et lorsque l'iris est entièrement voilé par les paupières supérieures, on n'aperçoit plus que le blanc de l'œil, et le facies revêt un aspect caractéristique et effrayant. En même temps les muscles du visage entrent en contraction, la face est grimaçante, les commissures tirées en dehors par des mouvemens saccadés, produisent à chaque secousse un bruit particulier, résultat du passage de l'air dans l'espèce d'entonnoir que forme le coin de la bouche; souvent des mucosités mousseuses ou légèrement sanguinolentes couvrent les lèvres d'une écume blanche ou rosée. La lèvre supérieure tirillée en haut donne quelquefois à la bouche l'aspect de celle de certains rongeurs; la mâchoire est agitée du même mouvement; d'autres fois il y a du trismus, interrompu de temps à autre par des grincemens de dents. La tête est d'habitude fortement portée en arrière; plus rarement elle se meut latéralement ou en rotation. Les doigts sont fléchis vers la paume de la main avec roideur; les avant-bras, ramenés sur les bras sont incessamment agités par des mouvemens saccadés de demi-flexion ou de demi-extension; d'autres fois l'articulation du poignet passe d'un instant à l'autre de la pronation à la supination; on voit aussi les membres supérieurs tortillés en divers sens d'une manière bizarre et inattendue. On observe les mêmes symptômes aux extrémités inférieures, mais ils sont généralement moins prononcés. Les muscles du tronc participent rarement aux contractions cloniques, mais d'ordinaire le torse est roide. Lorsque les mouvemens d'un des côtés du corps prédominent en intensité sur ceux du côté opposé, l'enfant est porté vers le bord de son lit, de façon que

l'on est ordinairement obligé de l'y retenir pour éviter une chute.

» La contraction spasmodique du diaphragme et des muscles du larynx produit quelquefois un bruit tout spécial lorsque l'air s'engouffre dans la poitrine à chaque inspiration. Si les convulsions sont très violentes, les urines et les matières fécales sont rendues involontairement, mais ce symptôme est peu fréquent. La déglutition est bien rarement impossible, nous l'avons vue se faire chez des enfans atteints d'une crise d'une violence extrême. L'intelligence est presque toujours abolie et la sensibilité nulle; les autres sens sont souvent encore impressionnables: ainsi nous avons vu des enfans témoigner du déplaisir quand on leur faisait sentir de l'ammoniaque ou d'autres odeurs un peu fortes.

» Lorsque la convulsion est intense, et qu'elle se prolonge, la face est violette, vultueuse, couverte de sueur, la chaleur de la tête brûlante, tandis que les extrémités sont froides, la peau moite, le pouls très accéléré et très petit, difficile à compter, souvent effacé par des contractions musculaires et les soubresauts de tendons; la respiration est très accélérée, bruyante, stertoreuse seulement dans les cas d'une haute gravité.

» M. Duclos admet que dans toute convulsion, la période de tonicité précède la période de clonicité. D'après M. Ozanam, l'éclampsie est caractérisée par des convulsions cloniques, composées de mouvemens étendus, tandis que la contracture est peu marquée et ne survient qu'à la fin de l'attaque. Il indique même ce caractère comme très important pour distinguer cette maladie de l'épilepsie, qui débute par la contracture et finit par la convulsion.

» Ces distinctions ont peu d'importance; il est bien évident qu'au début de l'attaque, le système musculaire étant dans le relâchement, le premier acte convulsif est la contraction du muscle. Et il y a, suivant nous, peu d'utilité à décider si cette contraction débute par les extenseurs ou par les fléchisseurs; si elle est fulgurante (qu'on nous passe l'expression), et bientôt suivie de relâchement (*forme clonique*), ou bien si elle persiste plus longtemps (*forme tonique*).

» Tel est le tableau d'une violente attaque de convulsions; mais il arrive souvent que dans un accès d'éclampsie, les mouvemens d'un des côtés du corps sont beaucoup plus prononcés que ceux de l'autre. Lorsque la convulsion est partielle, les mouvemens sont alors bornés, soit à une moitié du corps, soit à un seul membre, soit à une partie d'un membre, soit même à un seul muscle; souvent, nous avons vu les globes oculaires seuls agités de mouvemens convulsifs; d'autres fois, c'étaient les doigts seulement; d'autres fois, les extrémités supérieures. De toutes les convulsions partielles, les plus fréquentes sont celles dans lesquelles on voit les mouvemens convulsifs agiter en même temps un ou plusieurs des muscles de la face et les extrémités supérieures; nous n'avons pas vu les extrémités inférieures entrer en convulsion, indépendamment d'autres points du corps. Les phénomènes secondaires, tels que l'accélération du

pouls et la respiration, la congestion violacée de la face, l'écume à la bouche, n'existent pas dans les cas où les convulsions sont partielles, peu intenses, tout au moins ils sont beaucoup moins tranchés. L'intelligence et la sensibilité peuvent être en partie conservées.

» Parmi les convulsions partielles, M. Duclos signale celle des muscles de la langue, qu'il regarde comme l'origine de certains bégayemens, et celle du diaphragme, à laquelle il donne le nom de *convulsion interne*. Cette convulsion, qui accompagne les accès d'éclampsie se présente sous deux formes: 1° tonique, et alors en découvrant la base de la poitrine on la voit immobile; 2° clonique, où cette région est agitée de mouvemens peu étendus, mais très répétés. C'est à une convulsion de la glotte et du diaphragme que M. Duclos rapporte la maladie décrite sous le nom d'*asthme thymique*...; la convulsion tonique du diaphragme ne peut pas durer plus d'une minute ou d'une demi-minute sans que la mort survienne.

» On a signalé, comme effet des convulsions, des douleurs aiguës résultant du tiraillement des filets nerveux, des ecchymoses, la rupture des tendons, les fractures, les luxations, la courbure des os. Ces phénomènes doivent être fort rares, car sur un nombre considérable de convulsions symptomatiques ou sympathiques, nous n'en avons pas recueilli un seul exemple.

» Un accident moins rare est l'asphyxie. Lorsque la convulsion se prolonge, l'air ne pénètre que difficilement dans les poumons à cause de la contraction spasmodique du larynx ou de l'irrégularité des mouvemens inspiratoires; une écume abondante inonde les dernières ramifications bronchiques, engorge les cellules pulmonaires, et si elle n'est pas rejetée à l'extérieur, l'obstacle apporté à l'accomplissement de l'hématose se trahit par la teinte violacée et la turgescence de la face, l'accélération de la respiration, la petitesse du pouls et le froid des extrémités dont la peau prend une teinte cyanosée.

B. — « Tout ce que nous venons de dire jusqu'ici est applicable aux convulsions envisagées d'une manière générale, abstraction faite de leurs causes. Nous devons maintenant étudier leur marche en séparant nettement les convulsions *primitives* ou *sympathiques* de celles qui sont *symptomatiques*. Ce sera le meilleur moyen d'établir le diagnostic différentiel de ces deux variétés.

Comme un pareil diagnostic ne peut se fonder sur les phénomènes propres de l'attaque convulsive, ceux-ci étant toujours semblables à eux-mêmes dans toutes les variétés d'éclampsie, il en résulte que pour découvrir quelques particularités différentielles, on a dû surtout s'attacher d'une part à l'étude des *prodromes*, d'autre part à celle des *symptômes consécutifs*. Examinons donc à ce point de vue les convulsions indépendantes de toute lésion organique des centres nerveux, et celles qui se lient à l'existence de quelque lésion de ce genre.

α. *Convulsions primitives et sympathiques.* — Ces convulsions sont-elles précédées de prodromes qui puissent faire prévoir leur apparition ? Les auteurs ont longtemps décrit un état particulier de l'économie qui précéderait l'éclampsie ; malheureusement ils n'ont pas suffisamment établi la distinction entre les convulsions essentielles, sympathiques et symptomatiques. MM. Barthez et Rilliet contestent la fréquence de ces prodromes qu'ils disent cependant avoir observés quelquefois. Ils les divisent en prodromes éloignés et immédiats.

Au nombre des premiers, il faut signaler : l'insomnie, qui se montre quelquefois plusieurs nuits avant la première attaque ; l'assoupissement dans la journée : défiez-vous des enfants qui s'endorment sans motif au milieu de leur repas ; l'irascibilité : lorsqu'un enfant devient méchant et intraitable de doux et aimable qu'il était auparavant, si aucun état pathologique actuel ne peut rendre compte de ces changements de caractère, craignez une attaque d'éclampsie.

« Parmi les prodromes prochains, le redoublement d'irascibilité, une excitation excessive, une anxiété perpétuelle que l'état de la santé antérieure ne motive pas suffisamment, un assoupissement plus ou moins profond, le facies qui exprime l'égarément, la contraction ou les oscillations de la pupille, la flexion des doigts, méritent une sérieuse considération. M. Ozanam a noté la fréquence du pouls comme un symptôme précurseur important ; pour nous, disent MM. Barthez et Rillet, il n'a aucune valeur, car l'accélération du pouls se rencontre dans toutes les maladies fébriles de l'enfance, et en particulier dans la fièvre éphémère, pyrexie si commune et si rarement accompagnée d'éclampsie. Si l'accélération du pouls n'a pas d'importance diagnostique, nous n'en dirons pas autant de ses caractères. Il nous est arrivé plusieurs fois d'annoncer une crise convulsive ou le retour d'une seconde attaque, lorsque le pouls était vibrant, c'est-à-dire lorsque les pulsations étaient nettement séparées, détachées, et frappaient le doigt d'un coup sec, comme une corde tendue que l'on aurait fait entrer en vibration.

« Quant aux phénomènes qui succèdent à l'attaque éclamptique, ils présentent de grandes différences. Il est rare que la convulsion se termine brusquement ; d'autres fois, il existe un peu d'assoupissement, un peu de dilatation de la pupille et de fixité dans le regard, plus rarement de la faiblesse dans un des côtés du corps, une véritable paralysie ou de la contracture. Ces symptômes ne sont pas toujours de courte durée, et il est fort important de les reconnaître à temps. M. Ozanam signale le coma comme un symptôme fréquent à la suite de l'éclampsie ; il insiste sur le caractère de la respiration qui est rare, profonde, suspicieuse, et s'accompagne presque constamment d'une expiration prolongée, plaintive. M. Brachet s'est demandé si les convulsions se terminaient par des crises spéciales. D'après des faits tirés de sa propre pratique ou empruntés à différents auteurs, il croit que, dans certains cas rares, la terminai-

son de la convulsion peut s'accompagner d'épistaxis, de diarrhée, d'excrétions muqueuses par diverses voies, de vomissements, etc.

« La durée d'une attaque d'éclampsie est extrêmement variable ; il est impossible de rien dire de général à cet égard. Ainsi nous l'avons vue se prolonger de cinq minutes à douze heures. Les auteurs affirment que certaines attaques peuvent persister pendant plusieurs jours. Quand les convulsions durent aussi longtemps et qu'elles sont générales, elles offrent toujours des rémissions. Nous les avons vues être à la fois plus longues et plus complètes lorsqu'elles avaient lieu à une époque voisine du début, tandis qu'à mesure que la vie approchait de sa terminaison, elles devenaient plus courtes et la reprise était plus violente. »

M. Duclos attache une grande importance à la distinction des convulsions en intermittentes et continues. Les premières se répètent à des époques régulières ou irrégulières, et dans leurs intervalles tout symptôme convulsif a entièrement disparu. L'éclampsie continue se compose d'une série d'accès subintrants qui peut durer un temps plus ou moins long, sans qu'on observe un seul moment pendant lequel toute contraction musculaire, clonique ou tonique, ait disparu. « Cette distinction, disent MM. Rilliet et Barthez, ne nous paraît pas avoir l'importance pratique que lui donne M. Duclos, puisqu'il convient lui-même qu'au début d'une convulsion il est impossible de savoir si elle sera continue ou intermittente, ou, en d'autres termes, de longue ou de courte durée. Le praticien est donc obligé d'attendre la fin de l'accès pour se prononcer ; c'est alors la mort qui prononce, car les grandes attaques éclamptiques sont souvent mortelles. En outre il est des convulsions intermittentes dans lesquelles on observe ce que M. Duclos appelle des accès subintrants, ou ce que nous nommons plus simplement des rémissions ou des exacerbations, fait qui diminue encore la valeur de cette classification.

« Les convulsions peuvent-elles se répéter à plusieurs reprises ? et lorsque cela arrive, ne méritent-elles pas un autre nom, celui d'épilepsie ? C'est là une question dont il est impossible dans l'état actuel de la science de donner la solution. »

« Dans les cas d'éclampsie sympathique, presque toujours il n'y a qu'une seule attaque, ou deux séparées par un court intervalle (trois quarts d'heure à douze heures, ou même un jour ou deux).

« Quelques auteurs sont portés à croire que, dans les cas où une attaque convulsive succède à une cause occasionnelle bien déterminée, comme elle dépend immédiatement de cette cause, elle doit disparaître avec elle, d'après le principe : *Sublata causa tollitur effectus*. Mais l'existence d'une cause occasionnelle évidente n'implique pas la non-récidive de la convulsion, car il est clair que cette cause, pour déterminer la crise, a pu agir chez un individu prédisposé, et rien ne prouve que l'attaque ne se reproduira pas ultérieurement.