

Congestion. — Hémorrhagie méningée. — Ramollissement du cerveau.— Un vieillard est frappé d'apoplexie; il a perdu la connaissance et le mouvement; il n'a pas d'hémiplégie faciale; on le pique et il remue tous les membres; il revient peu à peu à lui, et il n'a pas de paralysie du bras ou de la jambe, mais une gêne générale dans les mouvements: on a affaire à une congestion, à un ramollissement du cerveau ou à une hémorrhagie méningée. Si c'est un ramollissement, l'affection a été précédée de troubles du côté de la motilité et de la sensibilité, et de la diminution de l'intelligence; après l'attaque, les accidents vont en augmentant; si c'est une congestion, les accidents disparaissent en très-peu de temps; enfin, si l'on a affaire à une hémorrhagie méningée, il n'y a pas eu d'accidents antérieurs, les troubles durent pendant un bon nombre de jours sans décroître sensiblement, et ils s'accompagnent de contracture et de convulsions épileptiformes.

Le fait de l'absence de paralysie dans les hémorrhagies méningées a été signalé depuis longtemps par MM. Serres, Boudet, Legendre, et par nous, dans la première édition de ce livre (1854). M. Binet l'a constaté de nouveau (1), tout en paraissant croire qu'il n'était pas généralement connu. Il est vrai de dire que beaucoup d'auteurs confondent la résolution avec la paralysie.

Nous voudrions pouvoir donner ici, avec détails, l'analyse d'un très-remarquable mémoire de R. Prus (2), sur les caractères distinctifs de l'hémorrhagie méningée de la cavité de l'arachnoïde et de celle des espaces sous-arachnoïdiens; l'espace ne nous permet pas de le faire. Qu'il nous suffise de dire que, selon ce médecin, dans l'hémorrhagie intrarachnoïdienne, les accidents, à partir du moment de l'attaque, restent ce qu'ils sont, sans changer de nature et sans prendre d'extension; tandis que, dans l'hémorrhagie de la pie-mère et des espaces sous-arachnoïdiens, les phénomènes vont journellement en augmentant; il se produit des accidents du côté du bulbe et même de la moelle, par suite du mélange du sang avec le fluide céphalo-rachidien et de l'abord de ce fluide mixte dans la cavité du rachis. Ces accidents nouveaux: faiblesse plus grande des bras ou des

1) Binet, *Recueil des travaux de la Soc. méd. d'observat.*, t. I, 1857.

(2) Prus, *Mémoires de l'Acad. de Méd.*, t. XI, p. 18.

jambes, troubles de la respiration, convulsions, fièvre même, surviennent vers le quatrième jour et vont en augmentant, tandis que rien de semblable n'a lieu dans l'hémorrhagie arachnoïdienne.

Nous avons déjà parlé de l'hémorrhagie méningée des jeunes enfants, qui, commençant par des convulsions, est suivie de phénomènes de compression et de résolution, et qui se termine par une notable ampliation de la tête.

Les remarques nombreuses contenues dans cet article et les précédents nous dispensent d'entrer dans plus de détails sur la valeur de la résolution pour le diagnostic des affections cérébrales.

IX. — DES CONVULSIONS.

Définition. On désigne sous ce nom des contractions involontaires des muscles de la vie de relation: selon toutes probabilités, les muscles de la vie organique participent aux convulsions, par un état de contraction qui n'est pas exigé pour l'exécution de leurs fonctions; mais les phénomènes de cette nature sont encore trop peu connus pour que nous puissions en tenir compte ici.

Quelques auteurs ont cru devoir ajouter, pour la définition exacte des convulsions, quelques caractères particuliers. Il y en a qui séparent le spasme de la convulsion; le spasme serait pour les uns la convulsion tonique (Willis, Cullen), et, pour les autres, la contraction irrégulière des muscles de la vie organique (Bouchut, *Path. gén.*). D'autres donnent le nom de convulsion à la contraction anormale des muscles volontaires (Savary, Georget, Brachet). D'autres auteurs font intervenir dans leur définition la rapidité d'invasion des convulsions et leur indépendance, en général, de toute lésion organique des centres nerveux (*Compendium*). Nous ne saurions adopter aucune de ces manières de voir, et surtout la dernière. Que des mouvements involontaires des muscles surviennent lentement, et qu'ils soient dépendants d'une lésion des centres nerveux, ils n'en constituent pas moins des convulsions évidentes: on les appellera, si l'on veut, convulsions symptomatiques, mais elles ne perdent pas pour cela leur droit à la dénomination en question; autrement comment les nommer? D'ailleurs, au point de vue du diagnostic, il faut bien donner le même

nom à des phénomènes d'apparence semblable, quoiqu'ils surviennent, les uns dans des maladies avec lésions appréciables des centres nerveux, les autres sans lésions, puisque, pendant la vie, on n'est pas averti, au premier abord, de la présence ou de l'absence d'une lésion, et que c'est justement le point qu'il s'agit de déterminer.

Caractères. Les convulsions, véritable délire des muscles, selon une heureuse expression de M. Bouillaud, se présentent sous différentes formes. Quelquefois elles sont générales ou fort étendues (totalité du corps, moitié latérale, moitié inférieure); d'autres fois elles sont partielles et n'occupent qu'un petit nombre de muscles (œil, face), ou même qu'un seul. On les a distinguées, bien inutilement, en internes et externes; car si les convulsions du diaphragme, des muscles de l'œil, sont des convulsions internes, si celles des muscles des bras sont externes, nous ne voyons pas la portée de cette distinction. Une différence bien plus essentielle, parce qu'elle peut devenir caractéristique de quelques affections, se tire de la nature même des mouvements convulsifs; les uns sont toniques, les autres cloniques. L'épilepsie et l'hystérie sont les modèles des deux espèces: dans la première affection, les convulsions sont essentiellement toniques et consistent en une contraction permanente des muscles, de sorte que les articulations sont immobiles et le corps sans mouvement apparent: dans l'hystérie, au contraire, les convulsions sont cloniques, c'est-à-dire qu'elles consistent dans de grands mouvements de toutes les parties du corps, dans un état alternatif de relâchement et de contraction des muscles, qui déterminent la flexion et l'extension de toutes les articulations, du tronc lui-même, etc. Les convulsions sont passagères ou permanentes, distinction encore assez importante: l'épilepsie et l'hystérie en présentent de la première espèce; la chorée, la contracture des extrémités, en offrent de la seconde. Les convulsions sont ou ne sont pas accompagnées de perte de connaissance, de troubles de la puissance des muscles, de la sensibilité; elles s'accompagnent quelquefois de fièvre, de divers accidents cérébraux, etc., caractères importants à prendre en considération pour le diagnostic.

Les causes des convulsions, ou plutôt le mode d'action de ces causes, n'ont commencé à être connues que depuis

quelques années. Jusqu'alors on considérait ces accidents comme dépendants du cerveau et on les attribuait généralement à un état d'irritation ou d'éréthisme des centres nerveux; cependant Andral combattait cette opinion en faisant remarquer qu'il y a des convulsions chez des individus épuisés par une longue maladie, par des pertes de sang, et qu'on en produit aussi en diminuant la pression que le cerveau éprouve dans la boîte du crâne. Tout le monde connaît le fait si remarquable observé par Aug. Bérrard. Il s'agit d'une malade qui subit une opération de trépanation pour l'extirpation d'un fungus de la dure-mère; seize couronnes de trépan furent appliquées successivement, et l'on enleva une large portion de la voûte du crâne; au moment de l'ablation de la tumeur, la malade tomba privée de connaissance et fut agitée de convulsions; l'opérateur pensa que cet état pouvait provenir de la diminution brusque de la compression que subit habituellement le cerveau, dans la boîte osseuse où il est contenu; il rétablit la pression en comprimant largement et avec la paume de la main le cerveau mis à nu; l'intelligence revint et les convulsions cessèrent.

[Pendant longtemps on avait pensé que ces convulsions d'origine cérébrale indiquaient toujours une excitation directe ou indirecte de l'isthme de l'encéphale ou des corps opto-striés, seules parties de l'encéphale dont l'excitation semblât amener des phénomènes moteurs. La découverte récente des centres psychomoteurs dans les circonvolutions fronto-pariétales, dont nous avons déjà parlé à l'article *Paralysie*, tend à infirmer cette manière de voir, et un certain nombre de faits semblent déjà démontrer que diverses formes de convulsions et surtout de convulsions partielles peuvent être imputées à l'excitation ou à l'irritation des territoires moteurs de l'écorce du cerveau: ainsi, par exemple. L. Landouzy a récemment cherché à établir (1) que les convulsions et les contractures, comme aussi les paralysies partielles qu'on observe dans la méningite tuberculeuse, devaient être attribuées à des lésions d'encéphalo-méningite localisées dans les parties motrices des circonvolutions. Peut-être certains

(1) L. Landouzy, *Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites pariétales*. Thèse inaug., 1876.

phénomènes décrits sous les noms d'*épilepsie partielle* se rattachent-ils aussi à des lésions limitées de ces mêmes régions. Quoi qu'il en soit cependant du rôle qu'il convient de réserver aux centres psycho-moteurs dans la production des convulsions, nul doute qu'une part importante ne doive aussi être réservée aux régions excito-motrices de la base de l'encéphale et aussi à la moelle dans la genèse de ces accidents.

Les connaissances récemment acquises sur la physiologie de la moelle ont, en effet, contribué à déposséder l'encéphale de l'influence exclusive qu'on lui avait à tort attribuée. Depuis qu'on sait que la moelle est, non plus seulement un organe de transmission, mais en même temps un centre d'innervation; depuis qu'il est démontré que la substance grise de l'axe spinal est douée d'un *pouvoir excito-moteur* en vertu duquel des excitations parties d'un point quelconque de la périphérie peuvent être directement réfléchies par la moelle et donner lieu à un mouvement auquel le cerveau est complètement étranger (mouvement réflexe); depuis, disons-nous, qu'on est en possession de ces données, on est conduit à considérer un certain nombre de convulsions, peut-être même la plupart d'entre elles, comme liées à une excitation anormale de la substance grise de l'axe spinal, et on peut dire que certainement un grand nombre de convulsions sont dues à une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle. Les expériences sur les animaux ont montré que plusieurs conditions, analogues à celles que réalisent les maladies, amenaient cet effet; ainsi on peut augmenter le pouvoir excito-moteur de l'axe rachidien: 1° en l'isolant de l'encéphale; 2° en modifiant les qualités du sang qui s'y distribue ou en l'empêchant d'y affluer en quantité suffisante; 3° en le soumettant à l'influence de certains poisons; 4° en irritant directement son tissu par une lésion traumatique, par le contact de certaines substances ou par le galvanisme; 5° en provoquant par une irritation prolongée des nerfs centrifuges ou centripètes une modification de nature probablement irritative dans la constitution de la substance grise. Ces données expérimentales, dues à divers physiologistes et en particulier à M. Brown-Sequard (1), permettent

(1) Consulter sur ce sujet : Hallopeau, *Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière*. Thèse inaug. Paris, 1871.

d'interpréter un grand nombre de faits pathologiques: elles montrent, en effet, comment certaines maladies de l'encéphale ou de la moelle, certaines altérations du sang ou des empoisonnements pourront favoriser le développement des convulsions en exaltant la réaction de la moelle sous l'influence des excitants; elles montrent mieux encore comment des excitations éloignées des centres nerveux pourront donner lieu, par le mécanisme des actions réflexes, à des convulsions qu'on appelait autrefois sympathiques et que les connaissances actuelles permettent de nommer convulsions réflexes. Nous n'insisterons pas davantage sur cette question qu'on trouvera développée dans les ouvrages récents de pathologie et de physiologie.]]

Les convulsions peuvent être confondues avec l'ataxie, l'agitation nerveuse ou fébrile; elles peuvent être simulées.

Beaucoup de malades et de personnes qui soignent les malades sont portés à prendre pour des convulsions l'état d'agitation qu'éprouvent, pendant la nuit, les individus nerveux, impressionnables, les femmes hystériques; on confond aussi avec les convulsions le malaise fébrile. On devra, pour distinguer ces cas, se faire faire une description très-exacte et détaillée des accidents qu'on n'a pas vus, et l'on arrivera presque toujours à les distinguer des convulsions véritables; d'ailleurs, les affections convulsives ont une marche et des retours particuliers, qu'on n'observera pas si les malades ou les assistants se sont trompés sur la nature des accidents qu'ils décrivent.

La jactitation, les mouvements irréguliers de l'ataxie, le délire, ne sauraient être longtemps confondus avec les convulsions. Il n'y a pas de contraction brusque involontaire des muscles, et cet état se prolonge d'ailleurs toujours au delà de la limite habituelle des affections convulsives véritables.

Un point de diagnostic quelquefois difficile consiste dans la distinction des convulsions simulées. Les hommes simulent surtout l'épilepsie, les femmes l'hystérie. On se rappellera que la plupart des affections convulsives présentent des attaques bien caractérisées, qui ont une succession connue de phénomènes, une durée, des reprises particulières; qu'il y a en outre des symptômes distincts des con-

ulsions dans différents organes de l'économie, et que les imposteurs, même les plus intelligents, ignorent ces circonstances; par conséquent, il sera toujours facile de les faire tomber dans le piège, comme l'ont fait bien des médecins. Nous n'indiquerons pas ici ces caractères, qui seront plus loin d'objet de détails très-circonsciés. Nous renvoyons d'ailleurs aux traités de médecine légale, pour l'indication des principales maladies convulsives qui ont été simulées.

*Maladies dans lesquelles les convulsions se produisent. —
Valeur diagnostique.*

Dans la très-grande majorité des cas, la cause des convulsions ne réside ni dans les muscles convulsés, ni dans les nerfs qui s'y distribuent; cependant nous ne voudrions pas être trop affirmatif à cet égard. Le plus souvent les convulsions sont le symptôme d'une névrose, d'une maladie de la moelle, d'une affection cérébrale, de la lésion d'un organe éloigné des centres nerveux, d'une intoxication, d'une altération du sang, ou d'un épuisement de l'économie; c'est aussi un phénomène ultime d'un grand nombre d'affections aiguës et chroniques. Enfin il y a, chez les enfants, des convulsions indépendantes de toutes ces causes, et qu'on peut nommer essentielles; nous les étudierons à part.

Convulsions dépendantes d'une affection des muscles ou des nerfs. — Nous avons dit que nous ne sommes pas parfaitement certain qu'il y ait des convulsions dont la cause soit absolument locale. Cependant on peut considérer comme telles certaines espèces de *tics* non douloureux de la face, les *crampes* du choléra, quelques espèces de *hoquets*, et diverses affections plus ou moins analogues.

Ces convulsions sont toujours bornées à un petit nombre de muscles, ou même à un seul; elles résultent d'une habitude vicieuse, d'un trouble des fonctions voisines, d'une faiblesse des muscles ou d'une névralgie.

Tout le monde connaît les mouvements convulsifs des paupières, et particulièrement de la paupière supérieure, qui surviennent sans cause connue, et dont il est impos-

sible de rechercher le point de départ ailleurs que dans les muscles palpébraux; quelquefois elles semblent dépendre d'un léger trouble dans la vision. Quelques personnes ont des convulsions de presque tous les muscles d'une moitié du visage. Cet accident dépend d'habitudes vicieuses ou d'anciennes névralgies; nous ne pensons pas qu'on en ait jamais trouvé la cause dans une affection cérébrale. Le hoquet, ou convulsion du diaphragme, dépend fréquemment d'un trouble dans la digestion, d'une péritonite, d'un étranglement interne.

Dans le choléra, il survient presque constamment des crampes ou convulsions toniques et douloureuses des muscles des mollets, des bras, de la paroi abdominale; nous en avons vu, mais bien plus rarement, aux lombes, à la base de la poitrine. Rien n'est plus facile, par les symptômes concomitants, que de rapporter ces convulsions à leur véritable cause. Il en existe aussi dans la convalescence de la maladie, et qui cèdent facilement aux applications d'armatures métalliques.

Notons encore les convulsions *fibrillaires* partielles que l'on observe dans les *fièvres graves*.

[[**Convulsions dans les affections de la moelle.** — Les accidents convulsifs qu'on observe dans un certain nombre de maladies de la moelle se présentent pour la plupart avec des caractères très-particuliers qui n'ont été bien étudiés que depuis quelques années; on en doit surtout la connaissance aux travaux de MM. Brown-Sequard, Charcot, Vulpian; ils ont été très-bien exposés dans la thèse de M. Hallopeau que nous avons citée plus haut.

On observe particulièrement ces convulsions dans les maladies de la moelle qui ont pour effet d'interrompre la continuité de l'axe rachidien, comme pourrait le faire une section transversale. Nous savons déjà que, dans ces conditions, il y a une exagération des mouvements réflexes dans les parties situées au-dessous de la lésion; or, de ces mouvements réflexes exagérés à des convulsions véritables, il n'y a en quelque sorte qu'un pas. On trouve donc ces accidents convulsifs dans les *myélites partielles* telles que la sclérose en plaques, la sclérose postérieure (ataxie locomotrice), surtout dans celles qui se limitent à un segment de l'organe, mais l'intéressent dans sa totalité et intercep-

tent toute communication entre la partie de la moelle située au-dessous et l'encéphale, dans les cas de *compression de la moelle* par une tumeur, par une maladie ou un déplacement du rachis, etc. (Charcot). Les convulsions sont, dans ces cas, limitées aux parties inférieures du corps, c'est-à-dire à celles qui sont situées au-dessous de la lésion et qui sont déjà atteintes de paraplégie et de troubles divers de la sensibilité.

Ces convulsions ne surviennent peut-être jamais spontanément ; on réussit souvent à les provoquer par diverses excitations, telles que le pincement de la peau, le chatouillement de la plante des pieds, l'action de fléchir brusquement le pied tandis qu'on invite le malade à tâcher de l'étendre ; quelquefois c'est à l'occasion d'un effort de mouvement qu'elles apparaissent ; enfin des influences si légères suffisent parfois à les faire naître, qu'elles peuvent assez souvent sembler spontanées.

Les convulsions dépendantes des maladies de la moelle se présentent sous plusieurs formes que nous devons indiquer brièvement : une des plus curieuses et des plus complètes est celle à laquelle M. Brown-Sequard a donné le nom d'*épilepsie spinale*, et qu'il a décrite d'après l'observation chez les animaux ; mais les phénomènes qui la constituent se montrent chez l'homme avec les mêmes caractères dans les diverses myélites chroniques. Lorsque, chez les malades atteints de sclérose en plaques par exemple, on pratique une des excitations que nous avons mentionnées plus haut, on voit les deux membres inférieurs se raidir tétaniquement, puis être atteints de convulsions cloniques violentes, désordonnées ; la violence des premières convulsions est parfois excessive, leur durée est ordinairement de quelques minutes, mais elle peut se prolonger davantage ou se répéter par plusieurs accès successifs.

Dans une autre forme, que Bamberger a décrite sous le nom de *crampes saltatoires*, il survient, au moment où le malade veut marcher, des contractions convulsives dans les muscles des membres inférieurs, contractions qui déterminent une série de sauts désordonnés.

Nous mentionnerons encore les secousses convulsives qu'on observe particulièrement chez les ataxiques et qui surviennent souvent à la suite des douleurs fulgurantes ; il

n'est pas rare que ces secousses soient suivies d'une trémulation des membres qui persiste pendant quelques instants.

Nous n'avons, dans ce qui précède, parlé que des accidents convulsifs qu'on observe dans les maladies de la moelle proprement dites, c'est-à-dire dans celles où l'on observe des lésions plus ou moins étendues. Mais nous ne pouvons nous empêcher de rappeler ici que, suivant la pathogénie que nous en avons donnée au commencement de cet article, la plupart des convulsions doivent être considérées comme liées directement ou indirectement à un état morbide de la moelle, et que cet organe est le plus souvent l'intermédiaire obligé entre la cause déterminante de la convulsion et ce phénomène lui-même ; en d'autres termes, que les convulsions étant ordinairement des phénomènes réflexes, la moelle intervient dans leur production. Ces réflexions sont applicables aux convulsions dans les névroses, les altérations du sang, etc., que nous étudierons plus loin.]]

Convulsions dans les affections cérébrales. — Un grand nombre d'affections cérébrales donnent lieu à des convulsions étendues ou partielles, et qu'il est ordinairement facile de rattacher à leur véritable cause.

[Sans nier absolument qu'on puisse observer des convulsions dans la *congestion cérébrale*, nous ferons remarquer qu'il faut généralement se tenir sur la réserve sur la nature de la maladie, lorsque cet accident se manifeste. Trousseau a en effet démontré par des exemples nombreux qu'on a souvent affaire en pareil cas à de véritables attaques d'épilepsie (1).

Les convulsions qu'on observe si habituellement chez les jeunes sujets dans les périodes initiales des maladies aiguës ont été rapportées d'une manière trop absolue à la congestion cérébrale. L'extrême impressionnabilité du système nerveux joue un grand rôle en pareilles circonstances. Dans l'hypothèse de la congestion on pourrait être conduit, au début des fièvres éruptives, par exemple, à des émissions sanguines intempestives, et qui ne pourraient

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 5^e édit. Paris, 1877, t. II.

qu'exercer une influence fâcheuse sur la marche ultérieure de la maladie.]

Il n'en est pas de même des convulsions qu'on observe dans la *méningite*; elles se remarquent souvent dans la première période ou période d'excitation cérébrale, dans laquelle les lésions anatomiques se bornent à une stase sanguine dans les méninges et les vaisseaux cérébraux; dans la deuxième période, ou période de compression, les convulsions cessent pour faire place à la résolution et au coma. Les convulsions de la *méningite* consistent principalement en strabisme, trismus, mâchonnement, contraction des extrémités; il est rare de voir les malades affectés de secousses convulsives générales et de grands mouvements involontaires. La période convulsive est longue dans les cas de *méningite* sub-aiguë ou de *méningite* tuberculeuse: elle est généralement de courte durée dans la *méningite* aiguë franche, la production de l'épanchement ou de la suppuration étant plus rapide dans ce dernier cas que dans le premier. Dans la période de coma, on voit quelquefois des secousses passagères qui agitent le corps ou les muscles, mais à intervalles plus rares que dans la période d'excitation. On ne tirera donc pas de la diminution des convulsions un heureux pronostic, si l'on ne voit pas en même temps tous les autres symptômes s'amender.

On observe aussi des convulsions dans la *méningite* *cérébro-spinale*; elles occupent les muscles des gouttières vertébrales et produisent le renversement de la tête en arrière, ou opisthotonos. Cette contraction tétanique est permanente, mais avec des rémissions; elle s'exaspère soit spontanément, soit par les mouvements communiqués. On observe aussi du trismus, des crampes, de la roideur dans les membres; quelquefois des secousses épileptiques de la face. Par intervalles, les quatre membres sont absolument libres et capables d'exécuter leurs fonctions ordinaires. Nous avons vu un malade, déjà gravement affecté de *méningite* *cérébro-spinale*, venir à pied à l'hôpital. Nous rappellerons que l'exaltation de la sensibilité de la peau, la fièvre, l'état épidémique, etc., sont les principaux éléments du diagnostic.

Nous avons déjà cité si souvent les convulsions comme un des phénomènes de début de l'*hémorrhagie méningée*, chez

les jeunes enfants, que nous n'y reviendrons pas avec détail en ce moment.

Les convulsions sont rares dans l'*hémorrhagie méningée* des vieillards et des adultes.

Cependant nous avons vu, mon frère et moi, chez un jeune homme apporté, sans connaissance, à l'hôpital Saint-Louis, des convulsions générales très-énergiques et qui durèrent toute une nuit. Le malade mourut au bout de douze heures; il était affecté d'une fracture du pariétal gauche; l'artère méningée moyenne était déchirée, et une masse de sang coagulé, du volume d'une pomme, était accumulée entre les os du crâne et la dure-mère; le cerveau était fortement déprimé.

Les *hémorrhagies* dans les centres nerveux ne s'en accompagnent presque jamais non plus. La paralysie hémiplegique est le caractère essentiel de ces affections. En conséquence, si dans le cours d'une apoplexie sanguine, on voit apparaître des convulsions, on doit supposer qu'il est survenu une complication, comme une congestion aiguë, une encéphalite autour du foyer apoplectique, une *méningite*, ou toute autre lésion dans laquelle les convulsions peuvent se manifester.

L'*encéphalite* ne cause pas moins de troubles du mouvement et du sentiment que de troubles de l'intelligence. La paralysie et les convulsions se remarquent en première ligne. Celles-ci sont rarement générales, elles se manifestent le plus ordinairement dans un membre, un pied, une jambe, à la figure; elles sont passagères, mais elles reviennent avec une grande facilité et s'accompagnent de tous les autres troubles du sentiment et du mouvement que nous avons déjà signalés.

Ces convulsions sont quelquefois bornées au côté du corps opposé à la lésion, mais cela n'est pas constant; le plus ordinairement elles ont lieu des deux côtés, quoique la lésion soit bornée à un seul hémisphère. Il n'est pas rare non plus de voir, dans le simple ramollissement, une paralysie d'un côté du corps et des mouvements convulsifs de l'autre.

Nous avons vu, chez une jeune femme, survenir, à la suite d'une couche, des convulsions générales cloniques, qui se répétaient plusieurs fois dans la journée, et au milieu desquelles la malade ne tarda pas à succomber. Il existait

taît un ramollissement aigu inflammatoire de toute la partie centrale du cervelet.

Chez les individus affectés d'un *épanchement séreux* extra ou intra-cérébral, d'un *œdème du cerveau*, on voit quelquefois survenir, au milieu de la somnolence et de la résolution, des convulsions passagères, mais faibles et peu étendues. On en a observé aussi dans les *atrophies* du cerveau.

Mais c'est surtout dans le cas de *tumeurs* des centres nerveux que les convulsions ont été notées. Nous avons déjà, à plusieurs reprises, signalé les principaux phénomènes de ces tumeurs; aussi nous nous bornons à rappeler que les malades ont une douleur de tête permanente, fixe, quelques accidents de paralysie localisés, des troubles variés de la sensibilité, une altération de quelques facultés intellectuelles, et, par intervalles, des accès convulsifs épileptiformes. Nous renvoyons d'ailleurs, pour plus de détails, à l'article *Paralysie*.

[[Dans quelques circonstances, assez rares d'ailleurs, les lésions cérébrales (hémorragie, ramollissement, tumeurs, atrophie cérébrale) donnent lieu à une forme particulière de convulsions, ressemblant à celles de la chorée et occupant une moitié latérale du corps. Ces convulsions, que l'on a récemment étudiées avec beaucoup de soin, ont reçu le nom d'*hémichorée symptomatique*: elles sont caractérisées par des mouvements se montrant dans les membres d'un côté du corps qui, le plus ordinairement, est déjà depuis quelque temps le siège d'une hémiplégie; ces mouvements sont analogues à ceux de la chorée ordinaire, en ce sens qu'ils sont, comme ceux-ci, involontaires, qu'ils s'exagèrent pendant les mouvements intentionnels et qu'ils sont continus, excepté pendant le sommeil. Quelquefois, l'hémichorée peut précéder l'hémiplégie, ou bien se montrer comme symptôme précoce, immédiatement après une attaque apoplectique, mais cela est rare; le plus souvent on la voit apparaître lorsque l'hémiplégie du mouvement commence à guérir, quand progressivement le bras et la jambe, restés jusque-là à peu près inertes et toujours un peu contracturés, redeviennent souples et capables de déplacements assez étendus, au bout de six mois, par exemple. Très-souvent elle coexiste avec une hémianesthésie du même côté du corps.

L'hémichorée est non-seulement intéressante à connaître en tant que symptôme possible de diverses lésions cérébrales; elle est surtout importante en ce qu'elle permet de déterminer le siège de ces lésions, au niveau du pied de la couronne rayonnante de Reil, dans la capsule interne, en avant et en dehors du faisceau dont la lésion donne lieu à l'hémianesthésie. Le rapprochement des deux faisceaux dont la lésion produit, d'une part l'hémianesthésie, d'autre part l'hémichorée, explique comment ces deux phénomènes coexistent si fréquemment. Nous renverrons le lecteur désireux de faire une étude plus complète de ce symptôme, à la thèse très-intéressante du Dr Raymond (1), dans laquelle la question est envisagée sous toutes ses faces. Quant aux applications qu'on a voulu faire de la connaissance de l'hémichorée à la pathogénie de la chorée vulgaire, elles paraissent encore discutables et sont en tous cas en dehors de notre objet.]]

Convulsions dans les névroses. — Nous donnerons à ce paragraphe plus de développement qu'au précédent, parce que les convulsions des névroses ont des caractères plus tranchés que celles des affections matérielles des centres nerveux, et que, en conséquence, le diagnostic de ces dernières affections se fait surtout par élimination, et quand on a reconnu que les convulsions que l'on a observées ne peuvent se rapporter à aucune névrose connue. Nous ne voulons pas dire que ce soit là la seule manière de procéder au diagnostic, mais c'est une méthode très-utile et très-habituellement suivie.

Les principales névroses convulsives sont : la chorée, l'épilepsie, l'hystérie, la catalepsie, le tétanos.

Nous étudierons, dans un autre chapitre, l'ergotisme convulsif, la rage et plusieurs autres maladies avec spasmes musculaires.

Chorée. Il y a deux espèces de chorée : la chorée ordinaire ou commune, et la chorée grave. La chorée ordinaire se manifeste chez des enfants des deux sexes, depuis l'âge de six ans jusqu'à celui de quinze ans environ; il est rare de la voir à d'autres époques de la vie; les filles y sont plus sujettes que les garçons, dans une assez forte propor-

(1) Raymond, Thèse inaug. Paris, 1876.

tion. La frayeur, l'imitation, la masturbation, le rhumatisme (G. Sée), en sont les causes les plus fréquentes.

La chorée débute lentement ou brusquement. Dans le premier cas, un des membres, ordinairement un de ceux du côté gauche, s'affaiblit; si c'est la jambe, elle fléchit dans la marche; si c'est le bras, les mouvements en sont gauches, embarrassés; enfin la convulsion s'établit définitivement et présente les caractères suivants. Dans la très-grande majorité des cas, une moitié du corps seule est affectée (hémichorée), et presque toujours c'est le côté gauche; quelquefois la chorée est générale, mais les convulsions sont constamment plus marquées dans une moitié latérale du corps que dans l'autre. Les convulsions sont cloniques. La figure, qui n'est pas toujours prise il est vrai, exécute des grimaces et des contorsions variées et involontaires; un bras présente une espèce de sautillerment continuel: quand le malade veut s'en servir, le bras ne se dirige pas directement vers l'objet à saisir, mais il exécute des mouvements bizarres, tortueux, angulaires; il n'arrive à son but que par une ligne brisée, l'objet saisi est quelquefois mal tenu et tombe; si c'est un verre plein, le liquide est répandu; quelquefois le malade ne peut parvenir à boire. La jambe exécute aussi des mouvements variés; elle est jetée de côté, en fauchant, ou bien le pied traîne, le bord interne est relevé et le malade marche sur le bord externe, ou tombe en se donnant une entorse; quand les convulsions sont fortes, les malades ne peuvent marcher seuls.

Les convulsions ne sont pas permanentes; elles cessent par le repos et pendant le sommeil; elles augmentent par la marche, l'exercice, et surtout quand les malades savent qu'on les examine avec attention.

Le côté du corps où existent les convulsions est généralement plus faible et moins sensible que l'autre.

La chorée dure longtemps, sans phénomènes fébriles, sans troubles cérébraux marqués; on a remarqué la diminution de l'intelligence et l'inaptitude au travail.

Cet ensemble de symptômes ne permet pas de confondre la chorée avec d'autres maladies convulsives.

La chorée grave présente quelquefois d'autres phénomènes. Il y a alors des mouvements permanents des deux côtés du corps, impossibilité de se tenir debout; les mains, les pieds, sont dans une agitation continuelle que rien ne

peut arrêter; les mouvements se répètent si souvent, que les malades finissent par user les draps, les matelas de leur lit, par user leur propre tégument, et se produire des excoriations, des déchirures plus ou moins profondes du derme. Au milieu de ces accidents, il y a de l'anxiété, des douleurs vagues, une demi-aberration de l'intelligence; souvent ces cas se terminent par la mort des malades, sans que rien ait réussi à arrêter ces terribles convulsions. Le chloroforme parvient quelquefois à les apaiser, mais elles reparaisent presque toujours quand le coma cesse, ou il faut prolonger très-longtemps l'emploi de l'agent anesthésique. Quelquefois l'intelligence est conservée et l'on remarque alors que la volonté peut avoir beaucoup d'empire sur les attaques; les malades, surtout les femmes, parviennent à les diminuer ou à les arrêter tout à fait, mais les accès suivants sont, presque toujours, plus graves et plus prolongés. L'intimidation les suspend aussi quelquefois.

Les attaques de chorée, soit de la première, soit de la deuxième espèce, sont toujours de longue durée, c'est-à-dire qu'elles persistent pendant des semaines et des mois, se reproduisant journellement, tandis qu'on n'observe jamais cette continuité dans les autres névroses. La chorée grave affecte plus ou moins l'économie, la chorée ordinaire est compatible avec un état satisfaisant de santé, sauf la diminution de l'intelligence.

Hystérie. L'hystérie se présente avec un grand nombre d'apparences différentes; de sorte qu'on pourrait, en ne considérant que le symptôme prédominant, établir dans cette affection des formes convulsive, comateuse, paralytique, douloureuse, etc., mais cette division serait arbitraire, et il faudrait d'ailleurs admettre autant de formes qu'il peut y avoir de symptômes principaux. Au fond, l'hystérie est une, mais, dans les cas particuliers, elle revêt les apparences les plus variées. Une de celles qui ont le plus rappé les observateurs est la forme convulsive; l'attaque convulsive a même fixé si exclusivement l'attention, qu'on a fini par faire du mot *hystérie* le synonyme de convulsions ou attaques de nerfs; à une certaine époque cette confusion était possible, mais elle serait impardonnable de nos jours. Une femme peut être profondément hystérique sans avoir de convulsions; de sorte que, si l'on attendait le développement de celles-ci pour établir

le diagnostic, on pourrait pendant longtemps méconnaître la nature de l'affection à laquelle on a affaire. La forme convulsive est plus fréquente que les formes comateuse, paralytique, etc., mais elle est plus rare que la forme que nous appellerons *commune*, et dans laquelle on observe seulement des troubles de la sensibilité, des spasmes, des syncopes, des douleurs, etc., etc. Toutefois, quand on rencontre des convulsions avec les caractères que nous allons rappeler, on peut être certain qu'on a affaire à une hystérie véritable. Ces remarques préliminaires avaient pour but d'établir que, s'il est facile de poser le diagnostic de l'hystérie dans le cas où il y a des convulsions, il ne faut pas renoncer, pour cela, à reconnaître cette maladie quand les convulsions manquent.

Les premières attaques hystériques sont presque toujours provoquées par une influence morale, une contrariété, un chagrin, une frayeur; mais les suivantes viennent souvent sans motifs connus.

L'attaque hystérique est souvent annoncée par des prodromes plus ou moins éloignés, et qui sont très-variés; c'est quelquefois une céphalalgie, un accès de rire, de pleurs, de sanglots, un étouffement considérable, une sensation désagréable, pénible, quelquefois une douleur, soit dans un membre, soit dans un point du corps, un malaise viscéral, comme une colique; puis l'attaque éclate. La malade tombe sans connaissance, soit en criant, soit sans proférer aucune plainte. Le tronc se redresse et se roidit, les bras se tendent, une agitation générale s'empare du corps, les membres sont portés rapidement et alternativement dans tous les sens. Les mouvements du tronc se font quelquefois par bonds qui jetteraient les malades hors de leur lit si on ne les y retenait; si l'on cherche à arrêter les mouvements, les malades opposent une grande résistance, et il est très-difficile de les maîtriser. La plupart du temps elles poussent des cris plaintifs comme si elles souffraient, et la physionomie porte, en effet, l'empreinte de la douleur. La respiration n'est généralement pas arrêtée pendant l'attaque hystérique; la figure rougit, mais ne devient pas violette, elle est rarement convulsée: il survient, de temps à autre, une détente après laquelle les mouvements irréguliers et désordonnés recommencent; enfin l'accès se calme peu à peu, et les malades reprennent graduellement leur intelli-

gence; quelques respirations profondes, des larmes abondantes, une émission considérable d'urine claire et incolore comme de l'eau, une éructation considérable de gaz inodore, terminent la scène; la figure reste rouge, brûlante, la tête lourde, douloureuse, mais l'intelligence est complète. Les malades sont épuisées, elles s'endorment volontiers, car elles éprouvent une courbature qui dure un ou deux jours.

Comme on le voit, l'attaque de convulsion hystérique est caractérisée par des mouvements cloniques; la respiration n'est pas suspendue; il y a des *reprises* dans les convulsions, et l'intelligence revient après l'accès. Ces caractères la différencient de l'épilepsie vraie.

Il y a de si nombreuses variétés dans l'attaque d'hystérie, qu'il est impossible de les décrire toutes: quelquefois la perte de connaissance n'est pas complète, et pendant toute l'attaque les malades se plaignent et parlent plus ou moins distinctement; elles disent éprouver un étouffement extrême, sentir un poids, une tension, un corps étranger dans l'abdomen, à l'épigastre, dans la gorge; les mains se portent convulsivement sur ces points comme pour saisir et arracher la cause de la douleur; d'autres fois c'est la tête qui paraît être le point de départ du mal. Quelquefois les convulsions sont bornées aux globes oculaires, et le reste du corps est dans le relâchement de la syncope; dans d'autres cas, ce sont les bras seuls qui sont agités. Quelques femmes ont seulement des mouvements du tronc, du bassin et des jambes, qui ont fait donner à cette espèce d'attaque le nom de spasme cynique, pour des raisons que l'on comprendra facilement.

La durée de ces attaques est très-variable: quelques-unes ne durent qu'une demi-minute, d'autres trois, quatre, cinq, dix minutes; on en voit qui se prolongent bien au delà de ce temps, mais par *reprises* successives. Enfin quelques malades ont, dans la même journée, un grand nombre d'attaques, séparées par des intervalles de repos et par le retour de l'intelligence.

Après les attaques, on voit quelquefois des malades tomber dans un coma (1) qui dure plus ou moins long-

(1) Voy. *Nouv. Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, art. *Hystérie*, par Bernutz.