

en haut, donnent à la physionomie un air grimaçant quelquefois effrayant à voir; puis à chaque secousse convulsive, l'air, passant dans l'espèce d'entonnoir que forment les coins de l'orifice buccal entr'ouvert, produit un bruit de succion accompagné d'un écoulement de salive écumeuse, parfois ensanglantée. C'est qu'ici comme dans l'attaque d'épilepsie, la langue, poussée en dehors, peut être mordue et déchirée par les dents. Les muscles du tronc étant également affectés pendant la période tonique, les muscles inspirateurs sont immobiles, et le larynx lui-même, spasmodiquement contracté, n'offre plus un libre accès au passage de l'air. La convulsion des muscles de l'abdomen chasse au dehors les urines et les matières fécales, qui s'échappent involontairement. Les mouvements convulsifs cloniques, d'abord rapides et petits, deviennent plus lents et plus étendus; enfin une profonde expiration, suivie d'une détente complète, indique la fin de l'accès. L'enfant tombe alors dans la somnolence et la stupeur.

Messieurs, ces divers phénomènes s'accomplissent en beaucoup moins de temps que je n'en ai mis à les décrire, et l'accès, toujours trop long pour la mère épouvantée, dure une ou deux minutes.

Lorsqu'il est complètement terminé, et que, la stupeur ayant à son tour disparu, tout est rentré dans l'ordre, il est impossible de saisir la moindre trace du passé, si ce n'est que l'enfant garde de la lassitude, qui se traduit par des pandiculations, par des bâillements, par de la tendance au sommeil.

L'attaque peut se composer d'un seul accès, mais il est rare qu'il en soit ainsi. Ordinairement, après un intervalle de repos plus ou moins prolongé, un nouvel accès se produit avec une forme analogue à celle du précédent, dure le même temps, pour se terminer comme lui par le carus et aboutir en retour à l'état normal.

Survenant, ainsi que le premier, sans cause appréciable, mais survenant aussi sous l'influence d'une émotion, d'une contrariété, d'une douleur, d'un mouvement, il peut se répéter d'heure en heure, de demi-heure en demi-heure, et même à des intervalles encore plus rapprochés.

L'attaque d'éclampsie, ainsi composée de plusieurs accès, peut durer une demi-journée, un, deux ou trois jours; mais il est loin d'être sans exemple qu'elle se soit prolongée bien au delà, l'enfant restant aux prises avec des convulsions qui, revenant à des distances plus ou moins courtes dans le courant des vingt-quatre heures, se reproduisent pendant cinq, six, sept, quinze jours, comme M. Duclos en rapporte des exemples<sup>1</sup>, et même pendant dix-huit jours, ainsi que nous l'avons vu à l'hôpital Necker, chez un enfant de cinq mois.

Dans le cours d'une coqueluche, cet enfant eut chaque jour un ou deux

1. Duclos, *loc. cit.*, p. 23.

accès formés d'une série d'attaques subintrantes, c'est-à-dire se succédant de telle sorte que le paroxysme précédent n'était pas encore terminé lorsque le suivant commençait; le grand accès durait ainsi sans la moindre interruption pendant deux, trois et même quatre heures<sup>1</sup>.

Ceci, messieurs, vous donne déjà la confirmation de ce que je vous disais tout à l'heure de la variété de formes des convulsions de l'enfance.

Ordinairement *intermittentes*, séparées par des intervalles de repos pendant lesquels tout semble rentré dans l'ordre, d'autres fois vous les voyez, comme dans le cas de cet enfant, se succéder sans interruption. L'accès, qui a duré une ou deux minutes, est à peine fini qu'il est suivi d'un autre, auquel succèdent un troisième, un dixième, un vingtième : de sorte que le petit malade ne cesse de s'agiter dans les contorsions de la convulsion que pour tomber dans une stupeur plus effrayante encore, et beaucoup de médecins peu attentifs considèrent cet état comme une convulsion continue.

Il suffit d'un peu de soins pour reconnaître une succession de paroxysmes dont la violence n'est pas ordinairement aussi grande que celle des convulsions intermittentes. C'est là quelque chose de tout à fait semblable à ce que dans l'épilepsie nous avons appelé l'*état de mal*, état de mal qui se rencontre beaucoup moins fréquemment, je vous l'ai dit, dans cette dernière maladie que dans l'éclampsie.

Cette convulsion, en apparence continue, est susceptible d'avoir une durée considérable; elle peut se prolonger jusque pendant huit à dix heures, puis, après un intervalle de repos plus ou moins long, reprendre sa forme continue, et se reproduire un, deux et même quinze à dix-sept jours de suite.

Cette forme de l'éclampsie ne diffère donc de celle dans laquelle les accès sont franchement intermittents que par la manière dont les accidents se succèdent.

Il existe pourtant une *forme continue*, qui se rencontre assez souvent après un accès épileptiforme violent. Au moment où l'on s'attend à voir cesser les secousses, celles-ci se répètent de seconde en seconde, ou bien à des intervalles un peu plus éloignés, et cette scène dure un quart d'heure, une heure ou même des journées entières.

Dans ce cas, nous avons vraiment affaire à la même attaque. Ce n'est pas que de temps en temps la convulsion ne semble se modérer pour reprendre avec une intensité nouvelle; mais enfin il n'y a jamais ni une cessation complète, ni cette stupeur profonde, avec résolution générale, qui suit un paroxysme ordinaire.

Cependant, dans cette forme d'éclampsie continue, il existe une chose capitale sur laquelle je veux tout de suite appeler votre attention. Tandis

1. Duclos, *ibid.*

que dans les deux premières formes il y avait perte de connaissance, dans celle-ci, au contraire, l'enfant, tout en s'agitant dans les convulsions, semble n'avoir pas perdu tout à fait la conscience de lui-même, et ne reste pas complètement étranger à ce qui se passe autour de lui. Il crie pour exprimer un besoin ou pour se plaindre d'une douleur; il retire quelquefois avec assez de vivacité la main que l'on pince, le pied que l'on chatouille, et pourtant la convulsion persiste dans le membre même où la volonté n'a pas cessé d'exercer son empire.

A vrai dire, cette convulsion qui frappe toutes les parties du corps n'est pas si *universelle* qu'elle semble l'être, puisqu'elle laisse des muscles obéir à l'intelligence qui commande; elle est donc *partielle*, rigoureusement parlant.

Nous allons voir maintenant la convulsion se localiser davantage.

Les *convulsions partielles* présentent les différences les plus tranchées, et la diversité infinie de leur expression est en rapport direct avec le siège qu'elles occupent.

Il arrive quelquefois qu'après une grande attaque épileptiforme, la *moitié du corps* reste pendant plusieurs heures agitée de mouvements spasmodiques cloniques, qui se répètent à des intervalles d'une à plusieurs secondes. Cependant l'intelligence de l'enfant est entière; les mouvements de l'autre moitié du corps ont une facilité, une harmonie, qui contrastent singulièrement avec l'agitation du côté affecté.

Je me souviens d'avoir vu un jeune garçon de onze mois qui était sous l'empire de la diathèse tuberculeuse. A la suite d'un accès violent d'éclampsie, il revint à lui; mais durant plusieurs heures, il avait le côté droit du visage et le bras droit agités de mouvements convulsifs violents. Il reconnaissait sa mère et sa nourrice, buvait, quoique avec assez de difficulté, dirigeait un regard attentif et intelligent sur les objets qui l'entouraient, retournait vivement la tête pour regarder les personnes qui entraient dans l'appartement, et quelquefois même, importuné par les secousses du bras droit, y portait la main gauche, et s'efforçait de lutter contre la violence des mouvements convulsifs.

Dans d'autres cas, la *convulsion des membres*, au lieu d'affecter comme ici la totalité des muscles d'un côté du corps à un égal degré, affectera à des degrés différents tel ou tel muscle, et souvent des muscles qui ne sont pas animés par la même paire nerveuse. Un seul muscle du bras, le biceps par exemple, sera pris, tandis que les autres resteront dans une parfaite immobilité, dans un état de relâchement complet; les mouvements convulsifs ne se produiront que dans un ou plusieurs doigts. Quelquefois, quoique cela soit beaucoup plus exceptionnel, c'est dans les membres inférieurs que ces phénomènes s'observent.

Ils sont fréquemment précédés et accompagnés de troubles généraux qui caractérisent la grande attaque d'éclampsie : cri, perte subite de con-

naissance, pâleur du visage; souvent aussi l'accès se termine également par la période de stupeur et de carus. Ces phénomènes ne sont jamais plus manifestes que dans les cas où les accidents convulsifs se limitent au tronc, lesquels, sans être rares, sont cependant beaucoup moins communs que ceux où la convulsion reste bornée aux membres.

Les *convulsions partielles du tronc* revêtent d'ailleurs deux formes bien distinctes. Tantôt incomplet, l'acte convulsif consiste dans une contraction exclusivement tonique des muscles de la gouttière vertébrale, et représente un véritable accès tétanique. Le corps se roidit; la tête, renversée en arrière, reste dans une immobilité absolue; puis, sans qu'il y ait eu aucun mouvement de flexion, la contraction cesse, et tout rentre dans son état habituel. Tantôt cette période tonique est si passagère, qu'elle semble ne pas exister, et l'on n'observe que des contractions cloniques en vertu desquelles la tête exécute des mouvements, soit de rotation, soit de flexion en avant et en arrière, la convulsion paraissant exclusivement bornée aux muscles du cou. Je vous ferai ici la même remarque que je vous ai faite précédemment sur la nécessité de ne pas confondre avec ces accidents convulsifs certains mouvements ayant avec ceux-ci une certaine ressemblance, et que vous verrez se produire chez un grand nombre d'enfants sous l'influence d'une maladie fébrile. Ces mouvements, par lesquels se traduit l'excitation du petit malade, bien qu'ils dépendent d'une surexcitation du système nerveux, n'ont en réalité rien de convulsif.

De toutes les convulsions partielles, les plus fréquentes sont assurément *celles du visage*. Tantôt elles occupent tous les muscles de la face d'un seul côté; les paupières, les globes oculaires, les ailes du nez, les joues, sont agités de mouvements convulsifs; la bouche est grimaçante, la mâchoire inférieure, portée en bas, se tord à gauche, à droite; les dents sont serrées les unes contre les autres, ou il y a une sorte de mouvement continuel. Tantôt la convulsion, encore plus limitée, occupe seulement, soit l'orbiculaire des paupières, et consiste dans un clignotement involontaire précipité qui dure plus ou moins longtemps; soit quelques faisceaux musculaires des joues et des lèvres dont la commissure est alors entraînée violemment en haut et en dehors; soit les muscles qui se rendent aux ailes du nez, lesquelles se dilatent et se serrent alternativement.

Les muscles de la *langue* sont quelquefois affectés, et alors l'articulation des mots devenant impossible, il se produit une espèce de bégayement d'ordinaire passager, mais qui persiste quelquefois.

Les *convulsions des muscles de l'œil* sont les plus communes de toutes les convulsions partielles de la face, et je ne crains pas d'ajouter que ce sont peut-être aussi celles qui passent le plus souvent inaperçues. Si généralement elles annoncent le début des attaques d'éclampsie, quelquefois aussi elles sont la seule manifestation de cette maladie. En quelques cas,

elles sont exclusivement toniques; le globe oculaire reste renversé en haut sous la paupière supérieure, ou bien il y a un *strabisme* double et convergent; exceptionnellement il est divergent. D'autres fois, un seul œil est affecté, l'autre restant dans une parfaite immobilité; le strabisme est alors presque toujours convergent. Il peut arriver aussi qu'il y ait strabisme convergent d'un côté et divergent de l'autre. Ordinairement les convulsions des muscles de l'œil sont complètes, c'est-à-dire qu'à la contraction permanente succédant la période de mouvements cloniques, les globes oculaires sont agités d'une oscillation continuelle, se renversant sous la paupière supérieure, puis sous l'inférieure, se portant en dedans bien plus ordinairement qu'en dehors.

Il est une particularité dont vous devez être prévenus. Vous serez probablement plus d'une fois appelés auprès d'enfants que l'on vous dira atteints de convulsions, parce que chez eux on aura pris pour un acte convulsif le renversement du globe oculaire qui, dans l'état de sommeil, est un phénomène essentiellement physiologique. Ce renversement est quelquefois porté à ce point, qu'en entr'ouvrant les paupières, il est absolument impossible d'apercevoir l'iris, et surtout la pupille. Celle-ci est d'ailleurs parfaitement contractée, tandis que dans la convulsion elle est au contraire plus ou moins dilatée. Ce phénomène physiologique en impose fréquemment, alors surtout que les enfants ont eu récemment de véritables attaques d'éclampsie.

Messieurs, dans ces différentes formes que je viens de passer en revue, l'éclampsie est facile à reconnaître, quelque élémentaire, quelque partielle qu'elle puisse être. Ces formes sont bien distinctes, bien spéciales, et les médecins restent d'accord, sinon sur le fond de la maladie, du moins sur la dénomination à imposer au phénomène. Il s'agira toujours d'une *convulsion*.

Mais dans les formes que nous allons maintenant étudier, les opinions ont été et sont encore très-divergentes : je veux parler des *convulsions internes*, auxquelles quelques auteurs ont réservé, lorsqu'elles sont légères, le nom de *spasmes*, et qui, suivant les muscles qu'elles vont frapper, produisent des accidents qui sont diversement et quelquefois singulièrement interprétés.

On entend vulgairement par convulsions internes, des convulsions partielles qui occupent plus particulièrement le pharynx, le larynx et tout l'appareil musculaire de la respiration. Cette dénomination de convulsion interne n'a pas sans doute un sens bien précis et bien net; mais enfin, telle qu'elle est, elle est suffisante, du moment qu'on s'est entendu sur le sens qu'il convient de lui donner.

La forme la plus ordinaire de la convulsion interne est caractérisée par ce renversement avec mobilité du globe de l'œil dont je viens de vous entretenir; par la perte presque complète de connaissance, ou tout au

moins par une stupeur assez profonde; par la difficulté extrême ou l'impossibilité de la déglutition; par une respiration inégale, tantôt à peine perceptible, tantôt large, profonde et soufflante, ce qui indique que le diaphragme et les muscles respirateurs de l'abdomen et de la poitrine sont plus spécialement pris; quelquefois, pendant une, deux ou plusieurs minutes, on entend un bruissement laryngé singulier qui indique un obstacle à l'entrée et à la sortie de l'air; nous allons revenir tout à l'heure sur ce fait.

Ces convulsions internes peuvent se manifester concurremment avec les convulsions générales ou partielles qui occupent les membres et le visage, — je vous ai déjà dit que les convulsions des globes oculaires les accompagnaient habituellement; — elles peuvent exister seules.

Dans l'un et l'autre cas, elles peuvent encore être complètes, c'est-à-dire toniques et cloniques; ou incomplètes, se bornant par conséquent à la période de contraction tonique. Si dans le premier cas on examine le malade mis à nu, on voit la *convulsion du diaphragme* et des muscles respirateurs se traduire par des mouvements peu étendus, mais très-répétés, très-précipités, de la base de la poitrine; dans le second cas, la base de la poitrine, violemment resserrée, reste dans une immobilité absolue.

La convulsion clonique, en raison même de son retour fréquent et du peu d'étendue des mouvements qui la constituent, amène nécessairement une perturbation profonde dans l'acte de la respiration, qui s'embarrasse, et conséquemment dans l'hématose. De plus, les secousses convulsives expliquent les petites quintes de toux particulières qui accompagnent souvent les convulsions internes.

La convulsion tonique enrayer brusquement et suspend complètement les fonctions de l'appareil respiratoire. Dès lors vous comprendrez facilement qu'elle ne peut durer longtemps sans interruption, sous peine d'entraîner la mort. Aussi, tandis que les convulsions des membres et de la face se prolongent sans inconvénients pendant une minute et demie, deux minutes, la convulsion tonique du diaphragme et des muscles inspireurs doit essentiellement être passagère et ne saurait persister au delà d'une minute sans danger immédiat.

La convulsion interne consiste donc principalement dans la convulsion du diaphragme et des muscles respirateurs de l'abdomen et de la poitrine; mais il arrive aussi que les muscles propres du larynx sont convulsés en même temps que ceux-ci, et de cette *convulsion laryngée* résultent encore des désordres du côté de la respiration, susceptibles, dans quelques cas, d'inspirer des alarmes sérieuses.

On amenait un jour, dans mon service de l'hôpital Necker, un jeune enfant rachitique et sujet d'ailleurs à des convulsions épileptiformes qui, depuis quelques mois, se renouvelaient plusieurs fois par jour à l'occasion

du moindre accès de colère. Il avait en outre, de temps en temps, des accidents dont sa mère ne nous rendait pas bien compte, et qui, suivant elle, avaient encore plus de gravité que les grandes convulsions. Nous fûmes témoin de plusieurs de ces attaques.

L'enfant tout à coup se renversait en arrière, le cou tendu, la bouche entr'ouverte, les yeux fixes, les bras et les jambes agités de saccades convulsives légères. Cependant des mouvements rapides d'inspiration faisaient dans la poitrine un vide que l'aplatissement des côtes comblait immédiatement; l'air ne semblait pas pénétrer dans le larynx, ou bien s'il en pénétrait quelque peu, c'était avec un sifflement aigu, assez semblable à celui que l'on entend quelquefois pendant les plus violents paroxysmes d'orthopnée croupale. Tant que durait l'accès, le visage, le cou, la poitrine, la membrane muqueuse de la bouche, prenaient une teinte de plus en plus livide, jusqu'au moment où, le spasme cessant, une ou plusieurs inspirations profondes terminaient cette scène terrible. Alors survenait un accablement profond, identique avec celui qui succède à une attaque d'éclampsie.

Ce sont ces convulsions frappant d'une manière plus expresse sur l'appareil respirateur, et notamment sur le larynx, qui constituent l'affection décrite par Kopp sous le nom d'*asthme thymique*, le *laryngismus stridulus* de Hood et de Ley, dont M. Hérard a fait le sujet d'une bonne monographie<sup>1</sup>.

Permettez-moi, messieurs, de m'arrêter un instant sur cette question qui a soulevé de nombreuses discussions. Vous n'ignorez pas en effet que l'affection dont nous parlons a été considérée comme occasionnée par un développement anomal du thymus; mais il est péremptoirement établi qu'elle en est parfaitement indépendante. Tout d'abord est-il nécessaire de dire que le thymus, ainsi que les capsules surrénales, organes de transition, organes destinés à l'atrophie après l'éclosion de l'œuf humain, sont moins que tous les autres organes du corps dans les conditions de l'hypertrophie? Pour ma part, je suis resté pendant plus de vingt ans chargé d'un service important de très-jeunes enfants, et je n'ai pas vu *une seule fois* un gonflement du thymus capable de produire le plus léger accident. Comment imaginer d'ailleurs que le thymus puisse acquérir un volume tel, qu'il oblitère en grande partie la trachée, sans qu'une dyspnée habituelle ait averti la famille et le médecin? Et s'il n'y a jamais eu de dyspnée, comment comprendre que le gonflement d'un organe si peu vasculaire puisse en quelques instants devenir cause de la mort, ou tout au moins d'accidents horriblement graves? Si maintenant on suppose que la glande, en s'hypertrophiant ou en s'altérant, a pu embrasser le nerf récurrent laryngé, comme cela s'est vu à la suite de

1. Hérard, *Du spasme de la glotte*, thèse de Paris, 1847.

l'engorgement tuberculeux des ganglions lymphatiques du cou et de la racine des bronches, comment croire qu'il n'en sera résulté aucune modification dans la voix, dans la respiration, et que la maladie va se révéler par une attaque subite d'orthopnée?

L'anatomie pathologique a suffisamment éclairé aujourd'hui ce point litigieux, en nous faisant voir que si le thymus était quelquefois développé d'une façon anormale, cette hypertrophie pouvait exister chez des enfants qui durant la vie n'avaient présenté aucun des symptômes de ce prétendu asthme thymique, tandis que chez d'autres qui avaient été enlevés par des convulsions internes analogues à celles que l'on décrit sous le nom d'asthme thymique, la glande n'offrait aucune altération.

L'étude des symptômes devait du reste amener à ce résultat, qu'il ne s'agissait véritablement ici que d'accidents convulsifs; car, en suivant la dégradation des formes de l'éclampsie, on reconnaît aisément la convulsion frappant l'appareil respirateur, le diaphragme, et plus spécialement le larynx.

Qui ne voit qu'il suffit d'un défaut d'harmonie entre les mouvements spasmodiques du diaphragme et ceux des muscles qui meuvent les cartilages aryténoïdes pour produire tous ces sifflements laryngés, toute cette orthopnée? Dans l'acte régulier de l'inspiration, la partie supérieure du larynx s'entr'ouvre, en même temps que le diaphragme, en s'abaissant, fait le vide dans la poitrine; que si cet abaissement du diaphragme s'opère trop rapidement, et si en même temps il y a spasmes dans le larynx, comme cela a lieu dans la coqueluche, l'inspiration est rendue presque impossible et est accompagnée d'un sifflement très-violent.

Mais dans le cas qui nous occupe, il n'est pas besoin d'invoquer un défaut d'harmonie entre les mouvements du diaphragme et ceux des muscles du larynx; il suffit de supposer que la volonté ou l'instinct ne préside plus pour un moment aux mouvements des cartilages aryténoïdes; les muscles qui meuvent les cartilages, n'obéissant plus à aucune impulsion nerveuse, se trouvent pour un moment dans la condition de ceux des animaux auxquels on a coupé le nerf récurrent laryngé.

Ce qui se passe profondément dans le larynx peut quelquefois se passer sous les yeux de l'observateur. Pour juger de la réalité de la théorie que je m'étais faite du prétendu *asthme thymique*, il m'est arrivé de rester longtemps auprès d'un enfant atteint de convulsions du diaphragme sans participation du larynx, et d'amener à volonté les accidents de l'*asthme thymique*, en fermant pour un instant la bouche et le nez de l'enfant.

Mais si l'on fermait la bouche, et si l'on pinçait un peu les narines de

manière à les obturer pendant une seconde seulement et à les laisser ensuite à demi fermées, au moment où une grande convulsion du diaphragme entraînait l'air plus rapidement à travers les fosses nasales, on voyait les ailes du nez, obéissant à la pression de l'air, s'appliquer sur la cloison, intercepter le passage, et une suffocation immédiate en était la conséquence. Cela tenait à ce que, pendant la convulsion, les ailes du nez ne s'entr'ouvraient pas au moment de l'inspiration forcée, comme cela a lieu dans l'état physiologique et même dans l'état pathologique.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler la distinction à établir entre l'*asthme thymique* et l'*asthme aigu* de Millar : celui-ci est la laryngite striduleuse, dans laquelle le spasme du larynx qui la caractérise se lie à une inflammation des organes respiratoires.

L'*asthme thymique* peut être précédé ou accompagné des autres accidents de l'éclampsie ; mais il peut en être aussi la seule manifestation. Il peut survenir tout à coup, au milieu de la plus belle santé en apparence, sans cause appréciable ; plus souvent il survient à l'occasion d'une émotion morale, d'une peur, d'un accès de colère. J'ai été consulté pour un petit garçon qui, depuis le début jusqu'à la fin de la première dentition, resta sujet à ce genre d'accidents. D'une nature très-excitable, l'enfant avait des attaques sous l'influence de la plus petite contrariété ; quoiqu'il ait gardé sa susceptibilité nerveuse, il n'éprouve plus aujourd'hui rien de semblable.

Je vous rappellerai ce que je vous ai déjà signalé dans nos conférences sur l'épilepsie, à savoir, que ces accidents spasmodiques laryngés, comme l'éclampsie d'ailleurs, sont, en certaines circonstances, l'expression du mal comitial qui, à mesure que l'individu avancera en âge, se traduira par des troubles plus nettement caractérisés, et que c'est là, par conséquent, une raison d'être extrêmement réservée sur le pronostic de l'asthme thymique ; ce qui doit vous engager à plus de réserve encore, c'est la crainte de voir les malades emportés dans un accès, lorsque celui-ci se prolonge outre mesure, bien qu'en général ces accidents, quand ils ont une très-courte durée, n'aient en eux-mêmes aucune gravité.

Messieurs, c'est en effet quelque chose de bien remarquable que l'éclampsie des enfants ne laisse ordinairement après elle aucune trace de son passage, alors même que ses attaques ont été fréquentes, violentes, et qu'elles se sont répétées pendant cinq, huit, dix jours et même davantage. La petite fille dont je vous ai parlé précédemment guérit complètement, et sa santé ne sembla avoir souffert en aucune façon des convulsions qui s'étaient répétées pendant dix-huit jours.

Il arrive cependant que ces convulsions entraînent en quelques circonstances des *accidents consécutifs*, les uns très-passagers, les autres plus persistants et irrémédiables.

Ainsi, les muscles qui ont été le plus spécialement et le plus violemment affectés restent quelquefois, après l'attaque d'éclampsie, le siège d'assez vives douleurs qui reconnaissent pour cause, soit des déchirures de fibres, soit des épanchements de sang, lorsqu'elles ne sont pas tout simplement l'effet de la lassitude qui suit les efforts musculaires exagérés.

Dans d'autres cas, aux accès éclamptiques succèdent des difformités plus ou moins incurables. Vous n'ignorez pas que parmi les théories émises pour expliquer certaines distorsions du cou chez les enfants nouveau-nés, certaines *déformations congénitales des membres*, les *pièdes bots* en particulier, il en est une qui admet l'influence des convulsions éprouvées par le fœtus enfermé dans le sein maternel.

Ces infirmités peuvent se produire après la naissance, et vous savez que l'éclampsie est signalée comme une des causes les plus fréquentes du *strabisme* et du *bégayement*.

Ces infirmités acquises sont le plus ordinairement liées aux convulsions symptomatiques d'une lésion appréciable des centres nerveux, et qu'elles dépendent alors moins des accidents éclamptiques que de la cause matérielle persistante qui a provoqué ceux-ci.

L'éclampsie est quelquefois encore accompagnée ou suivie de *paralysies*. Tantôt ce sont les parties affectées de convulsions qui, après l'attaque, restent dans un état d'affaiblissement notable, qui peut être porté jusqu'à la perte absolue du mouvement ; tantôt la paralysie se produit dans les membres du côté opposé ; enfin le membre supérieur peut être convulsé, tandis que le membre inférieur du côté correspondant est paralysé. Ordinairement passagères comme les convulsions qu'elles accompagnent, ces paralysies persistent parfois après l'attaque d'une façon plus ou moins permanente ; elles peuvent aussi être partielles, et n'affecter, de même que les convulsions, qu'un ou plusieurs muscles.

Cela s'observe surtout à la face, et ces accidents, qui se produisent, soit du côté où les convulsions se sont produites elles-mêmes, soit du côté opposé, paraissent être l'origine d'un certain nombre de *paralysies faciales* dont on cherche en vain ailleurs le point de départ.

Ces accidents paralytiques donnent pour leur part la raison de quelques-unes des difformités dont nous parlons. Ces difformités sont dues en effet à la contracture permanente d'un ou de plusieurs muscles ; or, si cette contracture peut être consécutive aux convulsions, il est parfaitement connu aussi qu'elle affecte après un temps plus ou moins long les muscles qui ont été longtemps frappés de paralysie.

Enfin, nous voyons bien souvent l'*idiotie* succéder aux convulsions de la première enfance, et il est rare que, dans ce cas, il n'y ait pas un côté du corps plus faible que l'autre, le côté paralysé prenant moins de déve-