

temps que les autres symptômes susindiqués. Des états analogues ont été observés dans l'empoisonnement par l'ergot (*ergotisme*) et dans certaines névroses professionnelles, par ex: « *la crampe des cordonniers* » ; mais on les différencie aisément. Les états tonico-convulsifs particuliers qui se déclarent chez les tout petits enfants, ne doivent pas, à notre avis, être assimilés à la tétanie ; ces états ont été décrits plus haut (p. 111) sous le nom d'*arthrogryposis*. Ils sont caractérisés par une contracture tonique persistante (spécialement dans le domaine des deux nerfs cubitiaux) qui ne se montre pas sous forme d'accès séparés. De plus l'augmentation de l'excitabilité mécanique des nerfs fait complètement défaut.

**Traitement.** Outre les prescriptions diététiques générales, c'est l'*électrothérapie* qu'il faut tout d'abord avoir en vue. Elle consiste, tantôt à employer des courants stables ascendants le long des nerfs atteints, tantôt à faire parcourir la moelle épinière par le courant galvanique, et enfin à appliquer l'anode sur les différents troncs nerveux (la cathode étant au sternum). Par ce dernier procédé, on obtient parfois, au milieu de l'attaque, une suspension immédiate des crampes. Les *nerfins donnés à l'intérieur* (bromure de potassium, arsenic, belladone, etc.) procurent rarement un succès marquant. BERGER est parvenu à quelques bons résultats par les injections sous-cutanées de curare. Les *bains tièdes* et les *ablutions froides* prudemment faites, sur le dos principalement, viennent parfois efficacement en aide à la cure.

## CHAPITRE SIXIÈME.

### TÉTANOS.

(Mal des mâchoires.)

**Étiologie.** D'après les deux *causes occasionnelles* principales qui peuvent donner lieu au tétanos, on distingue une forme *rhumatismale* et une forme *traumatique* de la maladie. La première se déclare après un refroidissement manifeste ou après que le corps a été fortement trempé, etc. ; la seconde chez les personnes qui portent quelque plaie exposée à l'air (blessure ou plaie d'opération). Il n'y a pas de motif pour faire du *tétanos des nouveau-nés* une forme spéciale. Il s'agit toujours en ce cas d'un tétanos consécutif au détachement du cordon ombilical, et qui doit par conséquent en principe être complètement assimilé au tétanos traumatique. Il est parfois impossible de remonter à une cause occasionnelle quelconque. Ce dernier genre de tétanos s'appelle *idiopathique*.

Dans nos contrées, le tétanos est une affection assez rare. Les *hommes* en sont beaucoup plus souvent atteints que les femmes. Dans les *tropiques* il se rencontre plus fréquemment que dans nos climats. On sait notamment combien les *négres* y sont prédisposés. Il est à remarquer que les personnes qui sont en rapport avec les chevaux, en sont frappées dans une proportion plus considérable (VERNEUIL). Le nombre des cas n'est pas le même, partout et en tout temps. C'est surtout en temps de guerre qu'on a observé des *endémies* et les *épidémies* formelles de tétanos, dues en partie aux mauvaises influences du dehors (manque de soins, conditions atmosphériques défavorables, coucher sur la terre humide, et ainsi de suite). — La forme traumatique notamment se produit à la suite de plaies aux doigts, aux mains et aux extrémités inférieures.

Tous ces faits devaient depuis longtemps donner à penser que le tétanos était une *maladie infectieuse spécifique*. C'est depuis peu cependant que cette supposition a acquis un fondement réel. ROSENBACH a recueilli de la plaie d'un homme mort de tétanos un genre particulier de bacilles que NICOLAÏER avait déjà trouvé dans du terreau de jardin. Ces bacilles se distinguent par un petit renflement terminal (spore). Si on en injecte une petite quantité sous la peau de la souris, il se produit à l'instant chez l'animal en expérience des contractions tétaniques des plus violentes. Comme le développement bactérien se limite à l'endroit de la plaie ou de l'inoculation, il est probable a priori que les convulsions ne sont pas la conséquence immédiate de la présence des bacilles, mais le résultat de poisons chimiques engendrés par les processus vitaux que les bacilles mettent en mouvement. Et en effet, BRIEGER a réussi tout dernièrement à retirer des cultures de bacilles de tétanos plusieurs substances de la famille des alcaloïdes, qu'il a désignées du nom de *tétanine*, *tétanotoxine* et *spasmotoxine*. Toutes ces substances sont de violents poisons qui, à l'instar de la strychnine, provoquent les plus véhémentes contractions tétaniques chez les animaux en expérience.

On ignore jusqu'ici si les bacilles tétaniques pénètrent toujours par des solutions de continuité de la peau ou s'ils peuvent aussi entrer dans l'organisme par d'autres voies.

**Marche morbide et symptômes.** Le tétanos rhumatismal vient d'ordinaire immédiatement et avec assez de célérité après un refroidissement. Cependant il peut aussi s'interposer un certain temps, pendant lequel les malades sont dans un bien-être parfait ou ressentent quelques *prodromes* légers et indistincts, comme de la lassitude, de la céphalalgie, etc. Quand le tétanos se présente avec les apparences de la spontanéité, ces signes avant-coureurs peuvent aussi exister.



Il est rare que le tétanos traumatique succède immédiatement à la blessure ; des jours et des semaines se passent parfois avant que les symptômes tétaniques fassent apparition. Des signes prodromiques de légère intensité peuvent également devancer pendant quelque temps les manifestations graves. En général la plaie ne subit pas de modification apparente. Le tétanos complique les blessures insignifiantes comme les blessures sérieuses, les plaies aseptiques comme les plaies négligées.

Les symptômes morbides proprement dits qui sont identiquement les mêmes dans le tétanos rhumatisal et dans le tétanos traumatique, commencent le plus souvent d'une manière insidieuse. Les malades éprouvent d'abord un sentiment de raideur et de tension dans les muscles de la face, de la mâchoire inférieure et de la nuque. Cette raideur s'étend progressivement aux muscles de l'abdomen et du dos, et parfois après quelques heures, quelquefois seulement après quelques jours, le tableau morbide du tétanos est pleinement développé.

Le tonisme des muscles de la face donne à la physionomie une dureté particulière. Le front est d'ordinaire plissé et la bouche étirée dans le sens de la largeur (rire sardonique). Cependant c'est le spasme tonique des masséters, le *trismus*, qui prédomine. Les dents sont quelquefois si fortement serrées les unes contre les autres, que la bouche peut à peine s'ouvrir de quelques millimètres. Les yeux regardent fixement devant eux, les pupilles sont le plus souvent rétrécies. La tête est un peu renversée en arrière et immobilisée par la contracture des muscles de la nuque. La colonne vertébrale s'incurve en arrière, de manière que le thorax fait saillie en avant et qu'on peut passer la main entre le lit et le dos du malade (*opisthotonos*). L'épigastre et la paroi antérieure de l'abdomen sont aplatis ; les muscles abdominaux sont d'une dureté ligneuse. Les jambes sont quelquefois atteintes de tétanos droit, les bras par contre restent assez mobiles. Des crampes peuvent s'emparer des muscles de la déglutition comme dans la rage (v. y.), mais elles sont rares.

Le tonisme continu est souvent entrecoupé par des secousses convulsives répétées pendant lesquelles tous les muscles atteints éprouvent une exaspération de tension. Dans les cas graves, le corps tout entier en ressent chaque fois un fort ébranlement et l'*opisthotonos* s'accuse momentanément davantage. Ces paroxysmes, dans les états les plus sévères, se suivent avec une grande rapidité ; dans les cas légers ils se produisent moins souvent ou ne sont que faiblement marqués. Tantôt ils ont l'apparence de la spontanéité, et tantôt ils sont évidemment dus à des irritations extérieures, agissant par voie réflexe et parfois de très peu d'importance (léger mouvement imprimé au corps, bruits, etc.).

Les autres troubles dans le domaine nerveux sont peu connus, en partie peut-être parce qu'un examen objectif minutieux est rarement praticable. Il paraît que la sensibilité est émoussée en certains cas ; dans d'autres elle est tout à fait normale. Les muscles atteints de crampes sont d'ordinaire le siège de douleurs vives. Les réflexes cutanés sont presque toujours fortement exaltés. Dans deux cas récents, nous avons observé des réflexes rotuliens très prononcés, et en outre dans l'un d'eux un clonus du pied manifeste. On ne constate presque jamais de signes de paralysie. La peau est souvent inondée de sueur. Le sensorium reste parfaitement dégagé et lucide.

Il y a une forme particulière de tétanos qui mérite une courte mention. C'est le tétanos dit céphalique ou hydrophobique que ROSE a décrit le premier. Il ne se déclare qu'à la suite de plaies qui intéressent les nerfs crâniens (de la face et de la tête) et se distingue, dans la plupart des cas, par des spasmes violents des muscles de la déglutition, indépendamment des autres manifestations tétaniques. Il en résulte un tableau morbide qui, sous beaucoup de rapports, rappelle celui de la rage (de l'hydrophobie). Un autre trait caractéristique du tétanos céphalique, c'est que presque toujours se manifeste une paralysie faciale du même côté que la plaie.

Les organes internes ne présentent d'ordinaire aucun trouble particulier. Dans un cas seulement de la clinique de Leipzig se déclara, les derniers jours de la maladie, une pneumonie croupale et une néphrite aiguë. Parfois la gêne respiratoire et l'oppression thoracique sont très considérables ; ces symptômes dépendent en grande partie de la tension convulsive des muscles de la respiration, qui fixe le thorax dans la position d'inspiration. Du moment que, à défaut d'expectoration, les produits de sécrétion s'accumulent dans la bouche et dans les voies aériennes, il peut se développer secondairement une bronchite diffuse ou une pneumonie par aspiration. La dyspnée à un haut degré peut aussi résulter de l'occlusion convulsive de la glotte.

Le pouls en beaucoup de cas reste longtemps normal. D'ordinaire cependant il est accéléré ; on observe parfois dans les cas graves une vitesse de 120 à 140 pulsations. Alors le pouls est petit et un peu irrégulier. La chaleur est normale au début ou modérément accrue. Plus tard elle augmente presque toujours et, comme WUNDERLICH l'a démontré le premier, atteint souvent, peu de temps avant la mort, un chiffre hyperpyrétique (42° à 44° c.). Il arrive même que cette surélévation thermique dure quelque temps après la mort. Cette exacerbation terminale de la chaleur n'a pas encore été expliquée. Elle ne tient pas à un excès de calorique qu'auraient développé les contractures musculaires, vu que jusque-là la chaleur n'est pas accrue du



chef des attaques tétaniques les plus violentes. Dès lors on est plutôt enclin à imputer l'hyperthermie à une *paralyse finale des centres régulateurs de la calorification*, à l'instar de ce qui s'observe dans d'autres maladies nerveuses graves (méningite, blessures de la moelle épinière, urémie, etc.).

Les recherches qu'on a instituées sur les *échanges organiques qui ont lieu pendant le tétanos*, sont intéressantes à noter. L'*excrétion de l'urée* n'est pas augmentée dans cette maladie, ce qui s'accorde parfaitement avec l'opinion de VOIR, d'après laquelle le travail musculaire n'a rien à voir avec la destruction de l'albumine. SENATOR n'a pas trouvé non plus dans l'urine une proportion plus considérable de *créatine* et de *créatinine*. Il est par contre très probable, pour des motifs d'ordre physiologique, que l'*acide carbonique* se forme en excès dans le tétanos, bien que jusqu'à ce jour la preuve n'en ait pas été faite. On a trouvé quelquefois mêlée à l'urine une petite quantité d'*albumine* et de *sucres*. La *constipation* est de règle, probablement par suite du tonisme incessant des muscles abdominaux, circonstance qui gêne aussi d'une manière considérable l'*émission de l'urine*.

Eu égard à l'*ensemble de la marche morbide*, on peut distinguer une forme grave de tétanos et une forme légère. La description qui précède a trait surtout à la forme grave. Ici tous les symptômes atteignent leur apogée en peu de jours, les attaques tétaniques se succèdent précipitamment et la mort arrive le plus souvent endéans la première semaine, par suspension de la respiration et paralysie du cœur. Il va sans dire que l'extrême difficulté ou l'incapacité complète dans lesquelles on se trouve d'alimenter le malade, ne sont pas sans influencer sur le pronostic. Il est rare que les cas graves durent au delà d'une semaine. S'il en est ainsi, tout espoir n'est pas perdu. Les attaques diminuent graduellement en nombre et en intensité, jusqu'à ce qu'elles s'éteignent entièrement. Cependant l'issue favorable est tellement précaire dans le tétanos grave, que le pronostic doit en tout état de chose être très sévère. Dans la forme légère, la marche est ordinairement plus favorable. Alors les symptômes sont dès le début d'une plus grande bénignité. Parfois il existe un trismus plus ou moins fort, mais les contractions toniques des muscles du tronc manquent complètement ou sont à peine marquées. L'état général est peu compromis, la chaleur reste à l'état normal et le pronostic est beaucoup plus clément. Quoique la maladie puisse traîner pendant des semaines, elle guérit quelquefois complètement. Nonobstant cela, il ne faut pas perdre de vue qu'un cas qui semble léger à son début, peut dans la suite acquérir de la gravité.

Les *révélations anatomiques* que fait le système nerveux dans les cas terminés par la mort, sont généralement négatives. Les extravasations

sanguines qu'on rencontre quelquefois n'ont qu'un intérêt subordonné.

**Diagnostic.** Le diagnostic du tétanos ressort la plupart du temps de la nature des symptômes convulsifs et de l'ensemble du tableau morbide. La méningite aiguë qui produit aussi de la raideur de la nuque et du dos, pourrait mieux que toute autre affection prêter à des erreurs. Cependant il coexiste le plus souvent, en cas de méningite, certains phénomènes cérébraux (douleurs de tête, trouble du sensorium), et d'autre part le trismus qui est constant dans le tétanos, est exceptionnel dans la méningite. L'*empoisonnement par la strychnine* provoque également des accès tétaniques, mais ce sont les membres qui en sont le plus affectés. La *rage* se distingue du tétanos, si l'on met à part l'étiologie, par l'absence de trismus, la prédominance de la dysphagie et l'espace plus net des accès.

Quand le trismus est isolé, il faut éviter de le confondre avec le resserrement des arcades dentaires symptomatique des angines graves, des maux de dents et de l'arthrite temporo-maxillaire.

**Traitement.** Il n'existe pas de traitement spécifique du tétanos. Partant de l'idée émise plus haut, relative à la nature de la maladie, nous en avons traité quelques cas avec de grandes doses d'*acide salicylique*. Dans une circonstance, le résultat a semblé être favorable, dans d'autres aucunement. On en est par conséquent encore réduit à instituer un *traitement symptomatique* ayant pour but de conjurer, autant que possible, les dangers de la maladie, pour lui laisser le temps de guérir spontanément. A cet égard, les *narcotiques* paraissent mériter la préférence. L'*opium* à haute dose et surtout le *chloral* (2 grm. 2 à 3 fois par jour, et plus encore, en y allant progressivement) sont surtout à recommander. Si la déglutition est gênée, on pourra donner le chloral en lavement. Parmi les autres remèdes, le *bromure de potassium* (au moins 10 à 15 grm. par jour) et la *fève de Calabar* (des poudres de 0,01 d'extrait de fève de Calabar, 3 à 5 par jour) doivent aussi être mentionnés. Pendant que par ces remèdes nous abattons l'excitabilité des centres nerveux, nous possédons dans le *curare* une substance qui a la propriété reconnue d'abaisser l'excitabilité des *expansions terminales des nerfs moteurs dans l'épaisseur des muscles*. Aussi bien on a institué avec le *curare* de nombreuses recherches thérapeutiques dont quelques-unes seulement ont eu du succès. Le dosage du remède n'est pas facile, parce que ses diverses préparations n'ont pas une composition de tout point identique. Il est à conseiller, par conséquent, d'essayer au préalable sur un animal l'activité de la solution qu'on emploie. On prend d'ordinaire un soluté de 0,1 de curare sur 10,0 d'eau, on commence par 1/4 de seringue de Pravaz, et on augmente graduellement la dose, tout en notant exactement l'effet produit.



Il importe beaucoup, si l'on peut, d'isoler les tétaniques dans une chambre obscure et tranquille. On ne permettra qu'une alimentation liquide et pas trop chaude et on donnera dès le début des excitants (vin, camphre). On pourra avec prudence employer des *bains chauds* prolongés. Nous savons d'expérience personnelle que les malades y éprouvent parfois un soulagement marqué.

Il est évident que dans le tétanos traumatique il faut porter son attention sur l'état de la plaie. Comme, d'après les recherches récentes, les bacilles du tétanos, en pullulant, ne se propagent pas au delà de la plaie, il semblerait indiqué, au début de la maladie, d'amputer, si possible, la partie blessée ou d'exciser la plaie. Cependant une semblable pratique n'a pas, s'il faut en croire les expériences actuelles, donné de résultat certain. Pour le reste, le traitement est le même que dans le tétanos rhumatismal.

#### CHAPITRE SEPTIÈME.

#### MYOTONIE CONGÉNITALE.

(Maladie de Thomsen.)

En 1876 un médecin du Schleswig, THOMSEN, décrit une maladie particulière, inconnue jusqu'alors, qu'il avait observée sur lui-même et sur plusieurs membres de sa famille. A la désignation correcte, mais trop longue, « *de crampes toniques dans les muscles du mouvement volontaire* », désignation que THOMSEN avait choisie lui-même, nous avons substitué le nom plus bref de « *myotonie congénitale* ». Cette maladie semble être très insolite ; cependant on en connaît aujourd'hui déjà un grand nombre de cas recueillis en Allemagne, en France et en Italie.

Cette affection est selon toute probabilité toujours congénitale ; il est de fait que les symptômes en remontent constamment à la toute première enfance. Il arrive très souvent que la myotonie est héréditaire, et la partie mâle de la famille en est plus fréquemment et plus fortement atteinte que les femmes. Le *symptôme essentiel de la myotonie* consiste en ce que tout muscle qui se met en mouvement par l'action de la volonté, après avoir été quelque temps en repos, entre, à l'instant où il commence à se mouvoir, dans un état de contracture plus ou moins persistante, dans un léger tétanisme, d'où résulte que la propriété indispensable à toute motricité coordonnée de pouvoir en tout temps relâcher immédiatement le muscle tendu, est supprimée. On comprend sans peine que cet état doive entraver considérablement tous les mouvements volontaires. Les malades ne sont

pas paralysés, mais ils ont un sentiment de pesanteur et de gêne à chaque mouvement musculaire. Les mouvements rapides et précis sont parfois complètement inexécutables, au point de rendre les malades tout à fait inaptes au service militaire. Il est digne de remarque que la rigidité se dissipe passagèrement quand les muscles ont fonctionné pendant quelque temps. Quand ils montent un escalier, les premiers pas des malades sont raides et pénibles, mais après, les mouvements sont toujours plus agiles et plus dégagés. Les émotions morales ont constamment une influence défavorable ; elles exaspèrent momentanément la raideur.

En examinant objectivement les malades, on s'aperçoit immédiatement du développement insolite de leur système musculaire. Les muscles, surtout ceux des extrémités, sont si volumineux qu'on peut les considérer comme atteints d'hypertrophie véritable, sans que pour cela celle-ci soit toujours accompagnée d'une augmentation corrélative de force musculaire. Il est digne de remarque que l'*excitation électrique directe des muscles* (et à un moindre degré l'excitation du nerf qui se rend aux susdits muscles) produit, même après que le courant a cessé d'agir, une *contraction* manifestement *prolongée*. En outre ERB a constaté, sous l'action stable du courant constant, des contractions vermiculaires traversant les muscles les unes après les autres et partant de la cathode pour se rendre à l'anode. La *contractilité mécanique* directe des muscles est parfois indemne, quelquefois exagérée (principalement les contractions idiomusculaires). Les *reflexes*, la *sensibilité* et toutes les autres fonctions nerveuses ne présentent généralement rien d'anormal.

D'après tout cela, ce qu'il y a de plus probable, c'est que la cause de la maladie doit se trouver dans le muscle même, et que conséquemment la myotonie consiste en une *anomalie congénitale du système musculaire*. ERB dit même avoir relevé dans de petits fragments excisés une hypertrophie marquée de plusieurs fibres musculaires et une augmentation des noyaux du sarcolemme.

La maladie dure autant que la vie. Les malades s'y accoutument à la longue et apprennent à la dissimuler. L'état général, à part une certaine dépression mentale, peut rester en dehors de toute atteinte. Jusqu'ici on n'est pas parvenu dans la myotonie à obtenir de *résultats thérapeutiques*. Dans quelques cas on préconisera de préférence les ablutions froides, un léger massage des muscles et des exercices musculaires méthodiques.



## CHAPITRE HUITIÈME.

### CATALEPSIE.

Si autrefois la catalepsie était considérée comme une maladie à part, on est à peu près d'accord aujourd'hui pour ne lui assigner que la valeur d'un *symptôme* spécial qui peut se présenter dans différents états morbides. Comme nous l'avons fait entendre plus haut (p. 59), on comprend par « *rigidité cataleptique* » cette manière d'être particulière des muscles, qui fait que les membres restent involontairement fixés dans la position qui leur est passivement donnée. Vient-on à changer la situation des membres atteints de catalepsie, par exemple en mettant les extrémités et les doigts dans des positions insolites et à peine tenables, les malades ne font pas le moindre effort pour se dégager de l'attitude souverainement incommode qu'on leur a imprimée. Vu que, dans ces conditions, les membres se laissent plier comme de la cire et que, pour ce faire, on n'a qu'une *faible* résistance à surmonter, ce phénomène a reçu le nom de « *flexibilité cireuse* ».

Jusqu'à cette heure on n'a pas donné la vraie *explication* de l'état cataleptique. On n'a étudié que les circonstances qui favorisent sa production et les points de détail qui s'y rattachent. Nous avons dit que la contraction tonique des muscles n'atteint jamais, dans la catalepsie, un haut degré : son intensité ne va pas beaucoup au delà de ce qu'il faut de force pour vaincre l'influence de la pesanteur et pour maintenir le membre dans la position factice qu'on lui a donnée. Il est clair dès lors qu'il doit coexister toujours un rapport déterminé avec l'énergie contractile des antagonistes, rapport qui varie nécessairement d'après l'attitude à garder par les parties du corps en expérience ; mais nous ignorons complètement en vertu de quelles influences (réflexes) s'opère cette répartition incessante des forces d'innervation. Une autre remarque digne d'être signalée, c'est que les changements de position provoqués par l'excitation électrique des nerfs et des muscles, *ne persistent pas*. Du moment que l'excitation cesse, le membre revient à sa situation première.

Quant aux circonstances dans lesquelles la catalepsie se montre, c'est comme élément constituant des *attaques d'hystérie* grave qu'on l'observe le plus souvent. Elle s'associe alors à d'autres troubles fonctionnels, en particulier à des *anomalies du sensorium* et à des *anesthésies*. Ces dernières affectent de préférence *les muscles*. C'est ainsi que les malades sont capables de rester plus d'une heure le bras étendu, sans éprouver le moindre sentiment de fatigue. Ce n'est qu'après un temps considérable que le bras

s'abaisse lentement. — La catalepsie hystérique est dans une étroite affinité avec la *catalepsie hypnotique* qu'on peut artificiellement provoquer en tout temps chez beaucoup d'hystériques, à l'aide de manœuvres appropriées (v. chap. suiv.). CHARCOT a donné la description de malades plongés dans la léthargie hypnotique, qu'on faisait passer à l'état cataleptique rien qu'en leur ouvrant les yeux fermés jusque-là. En ces cas la catalepsie était en outre associée au phénomène si remarquable de la *suggestion*. En donnant artificiellement aux malades des attitudes en rapport intime avec un ordre d'idées déterminées (comme l'attitude de la prière, de la crucifixion, de la frayeur, de l'aversion, etc.), immédiatement l'idée suggérée, semblable à une hallucination, subjuguait l'esprit du malade avec toute la puissance d'une vivante réalité, comme on pouvait le lire dans l'expression de sa face et dans tout son habitus ! — Pour faire pendant à ce que nous venons de dire, citons les observations de DUCHENNE, de LASÈGUE et de nous-même, dans lesquelles des hystériques furent placés dans l'état cataleptique par l'*occlusion artificielle des yeux* (v. l'anesthésie hystérique, dans le chap. suiv.).

Outre l'hystérie, beaucoup de *psychoses* peuvent aussi se compliquer de catalepsie, surtout certaines formes graves de la mélancolie (*melancholia attonita, katatonie*), et parfois la paralysie progressive. L'étude détaillée de ces divers états doit être réservée à la psychiatrie. Toutefois des états cataleptiques se présentent encore dans d'autres *affections cérébrales* graves de nature organique, dans la méningite, les tumeurs cérébrales, le coma apoplectique, etc. Pour finir, disons incidemment qu'on a observé chez des enfants d'un à deux ans, souffrant d'une maladie quelconque, un état cataleptique assez prononcé qui, le plus souvent, était sous la dépendance d'une certaine obtusion du sensorium et parfois d'une hypnotisation engendrée par un milieu non accoutumé.

On a considéré la catalepsie comme une *entité morbide autonome*, quand elle se rencontre sous forme d'« *attaques cataleptiques* » chez des personnes saines sous tous les autres rapports. Les malades en question tombent d'une manière subite et sans motif apparent dans un accès de catalepsie qui se dissipe de lui-même après un temps plus ou moins long. Il est à penser que les faits de cette catégorie, en tous cas très rares, si tant est qu'ils ne sont pas de nature hystérique, doivent être envisagés comme des états *épileptoïdes* et classés par conséquent dans le cadre de l'*épilepsie* essentielle.

En présence de la multiplicité des processus morbides susceptibles de provoquer la catalepsie, il n'y a pas moyen de tracer de règles générales en ce qui concerne son *pronostic* et son *traitement*. Il suffira de s'en rapporter au chapitre suivant.