

dix-huit jours au moment de la période d'état de la coqueluche. Ici, leur cause est plus difficile à indiquer, mais je crois qu'elles résultent d'une hyperhémie cérébrale.

Celles qui surviennent à la fin des maladies aiguës sont de toute autre nature. Elles sont toujours d'un fâcheux augure, et indiquent presque constamment une mort prochaine. Ce sont des *convulsions terminales*. Elles résultent alors d'une thrombose des sinus de la dure-mère, ainsi que je l'ai établi par de nombreuses autopsies (1).

D'une manière générale je dis : Les convulsions initiales d'une maladie fébrile n'ont rien de sérieux et sont toujours sympathiques, tandis que les convulsions terminales sont toujours très-graves et symptomatiques d'une lésion encéphalique, soit du cerveau, soit des sinus et des veines méningées.

Mode d'apparition. — Les convulsions essentielles sympathiques et albuminuriques qui constituent l'éclampsie sont caractérisées par des mouvements involontaires désordonnés, plus ou moins violents, des muscles de la vie de relation. L'intelligence est incomplètement abolie. Dans cet état, toute manifestation extérieure est impossible, mais l'exercice de la pensée reste quelquefois intact, ainsi qu'on a pu le savoir par les révélations d'enfants arrivés à un âge assez avancé ; c'est véritablement là l'éclampsie.

Chez quelques enfants, les convulsions sont mal caractérisées et ont l'air d'être profondément cachées dans la tête ou dans les cavités splanchniques ; il n'y a pas de véritable attaque convulsive, et on observe une sorte d'absence momentanée avec quelques soubresauts dans les membres, et un égarement momentané des yeux, qui fuient sous la paupière supérieure. C'est ce que l'on nomme des *convulsions internes*.

Symptômes. — L'éclampsie est intermittente et paraît sous forme d'attaques, dont le nombre et la durée sont excessivement variables : le début des attaques est ordinairement brusque et inattendu. Elle est annoncée chez les enfants déjà raisonnables par quelques prodromes dus à l'exagération de la susceptibilité nerveuse habituelle. Il n'y a point de prodromes chez l'enfant à la mamelle, du moins il n'y a point d'accidents appréciables pour le médecin.

Ces attaques paraissent subitement et sans qu'aucune influence vienne rendre compte de leur apparition ; ailleurs, c'est à la suite des influences morales éprouvées par la nourrice à la suite de quelques-unes des circonstances dont j'ai déjà parlé dans le cours de la fluxion dentaire ou au moment d'une affection aiguë sérieuse qu'on les observe.

L'enfant semble surpris par une impression étrange ; son regard devient fixe ; son corps s'allonge ; ses membres s'étendent et se roidissent ; sa tête se renverse en arrière ; son visage se boursoufle et se couvre d'une rougeur subite ; puis, après un instant d'incertitude et d'angoisse, on voit que la tête s'incline à droite ou à gauche, que les mâchoires se serrent, que les membres, fortement tendus, sont sourdement agités par des efforts alternatifs de flexion et d'extension, et que la respiration est comme suspendue. Aussitôt un effort intérieur semble se produire, la face bleuit, les veines superficielles du cou deviennent saillantes et se dessinent sous la peau ; à cet instant les mouvements convulsifs apparaissent. Le regard est complètement égaré, les yeux sont perdus, très-mobiles ; chacun d'eux s'agite pour son compte, l'un prend une direction que l'autre ne suit pas, il tourne sur lui-même

(1) Bouchut, *De la thrombose des tissus de la dure-mère des maladies aiguës* (*Gazette des hôpitaux*, 1867).

pendant que l'autre est immobile ; et puis ils vont se cacher sous la paupière supérieure de manière à ne laisser apercevoir qu'une surface blanche, celle de la sclérotique, dont l'aspect est si étrange. Les traits sont déformés, et quelquefois rendus effrayants par suite des contractions bizarres des muscles de la face. Les lèvres sont tirées dans tous les sens ; leur contraction rapide communique au visage les expressions alternatives et variées de satisfaction ou de colère. Les doigts se fléchissent et s'étendent tour à tour sans que leur position ait aucune importance diagnostique. Les mains sont tournées en dedans ; les bras se convulsent, en fléchissant le membre par saccades qui ramènent la main sur la poitrine, et qui cessent tout à coup pour laisser cette partie revenir à sa position première. Les orteils s'écartent et se fléchissent vers la plante du pied ; les genoux se relèvent, et puis le membre s'allonge de nouveau. La respiration est irrégulière ; les mouvements de dilatation du thorax sont rapides, courts, incomplets, quelquefois intermittents, et suivis d'une profonde inspiration, à laquelle succède un moment de repos qui dure plusieurs secondes, et pendant lequel on observe l'action opposée des muscles inspirateurs et expirateurs, dont la puissance s'annule et s'entre-détruit. Après ce temps de repos revient une nouvelle série de mouvements respiratoires, accompagnés des mêmes phénomènes. Le pouls est difficile à saisir au moment du spasme musculaire des membres ; mais, dans la détente de la convulsion, on le trouve toujours notablement accéléré, et porté au chiffre de 110 à 120 pulsations par minute. Les muscles de la vessie et du rectum sont également affectés. Ils cessent d'être soumis à l'empire de la volonté, et souvent alors les matières contenues dans ces organes s'écoulent sans que l'enfant puisse les retenir.

Le désordre des fonctions musculaires est souvent accompagné par la perversion des sens et de l'intelligence.

Celle-ci est ordinairement troublée : les enfants restent étrangers aux choses qui les entourent ; le bruit, les éclats de la lumière ne paraissent produire aucune impression sur eux. La sensibilité cutanée n'est détruite qu'en partie. La manifestation de la souffrance est obscure, mais il semble qu'un effort et qu'une contraction légère de la face indiquent encore la perception de la douleur produite par le pincement de la peau ou la piqûre de cette partie. Dans les fortes attaques convulsives, les excitations les plus douloureuses ne sont pas suivies d'un effet appréciable ; rien ne révèle la conservation des fonctions sensoriales et organiques, qui paraissent entièrement anéanties.

Les phénomènes convulsifs se combinent de mille manières et peuvent offrir des aspects fort variés que l'observation journalière fait connaître. On les observe rarement tous à la fois chez le même enfant. Ils sont souvent suivis par une contraction permanente de quelques-unes des parties affectées, ce qui peut être la cause d'une difformité pour l'avenir. J'en ai cité un exemple. Ils occupent plus souvent les membres, et de préférence les membres supérieurs. Ils sont souvent plus prononcés d'un côté que de l'autre. Cette différence est surtout sensible dans les convulsions symptomatiques dont je parlerai plus loin.

La durée de l'attaque convulsive est essentiellement variable en raison de son intensité. Les plus faibles sont celles qui se prolongent le plus longtemps ; les plus violentes, au contraire, disparaissent très-vite. Il serait impossible qu'un enfant résistât à la perturbation qu'elles occasionnent dans son organisme. Les unes cessent en quelques minutes ; les autres après plusieurs heures et après plusieurs jours. Alors les phénomènes convulsifs ne sont pas continus, ils se présentent sous forme d'accès plus ou moins longs, qui se répètent à des intervalles très-rapprochés dans lesquels l'enfant reste sans connaissance et en proie à une sourde agitation. Chez un

enfant atteint de coqueluche, les convulsions ont duré dix-huit jours de suite. Il y avait trois ou quatre paroxysmes par jour.

Lorsque l'accès convulsif est près de disparaître, on observe un mouvement général de détente: la face pâlit, les paupières s'abaissent et les traits expriment l'abattement le plus profond; les mouvements musculaires se calment et se manifestent à des époques plus éloignées; la roideur des membres se dissipe, la respiration reprend son cours. L'enfant tombe dans l'immobilité la plus complète, et le sommeil arrive pour mettre un terme à tous ces accidents. Quelquefois l'éclampsie se termine par une syncope. Ainsi j'ai connu un petit garçon, aujourd'hui un homme, atteint de convulsions, à un an, au jardin des Tuileries; sa nourrice, le voyant tomber, immobile et flasque, le crut mort et le rapporta chez les parents, enveloppé dans son tablier. En arrivant chez lui, l'enfant reprit sa connaissance, se mit à jouer, et dina comme tout le monde. Ce fut la seule attaque d'éclampsie qu'il ait jamais eue et il a aujourd'hui plus de vingt ans.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi; loin de s'amoindrir, l'excitation nerveuse semble quelquefois augmenter, et les attaques convulsives se terminent par la mort. « Elle survient de deux manières: Ou bien elle commence par l'encéphale: cet organe, trop vivement surexcité, cesse d'agir sur les autres organes; la respiration s'arrête, l'hématose n'a plus lieu, et la mort est certaine. Ou bien elle commence par les poumons: la respiration, gênée par les contractions irrégulières des muscles respirateurs, ne s'exécute qu'imparfaitement; les poumons s'engorgent, le sang ne les traverse qu'en partie; bientôt la suffocation devient imminente, et elle a lieu si des mouvements plus réguliers ne viennent rétablir et la respiration et la circulation (1). »

Il paraît n'être pas toujours facile de déterminer la réalité de la mort à la suite des convulsions. On cite même plusieurs exemples de méprises dans lesquelles des enfants, qu'on croyait perdus pour jamais, sont revenus à la vie; et il y a quelques années, tout le monde a pu lire dans les feuilles politiques l'histoire d'un jeune enfant, déjà placé dans son cercueil, exposé dans une chapelle, qui fut trouvé le lendemain, assis sur son séant et occupé à se distraire avec les objets précieux que l'on voulait enfermer avec lui. C'est là une de ces erreurs comme j'en ai rapporté tant d'autres et qui n'arrivent qu'à des ignorants ou à des personnes étrangères à la médecine (2). Il faut donc se garder de juger trop vite, et apporter à la vérification du décès toute la prudence et toute l'attention convenables. On ne doit affirmer la réalité de la mort que sur la disparition complète et prolongée des battements du cœur, étudiée par l'auscultation, sur la décoloration de la choroïde vue à l'ophtalmoscope, et si le thermomètre dans l'aisselle marque 22 degrés centigrades.

L'éclampsie qui n'est pas assez violente pour occasionner la mort ne se termine pas toujours sans laisser de traces de son passage. Quelques enfants recouvrent leur sérénité naturelle aussitôt après l'attaque et ne paraissent pas avoir été malades. Les autres conservent un léger mouvement fébrile qui cesse rapidement; ils ont assez souvent des douleurs dans les membres convulsés, avec des ecchymoses à la surface de la peau, ou une albuminurie passagère causée par l'hyperhémie rénale produite dans l'attaque convulsive. J'en ai cité dans les précédentes éditions de cet ouvrage un exemple, chez une fille qui n'avait jamais eu de convulsions. L'albuminurie dura cinq jours, et disparut.

(1) Brachet, *Traité pratique des convulsions dans l'enfance*. 2^e édition. Paris, 1837.

(2) Bouchut, *Traité des signes de la mort et des moyens de ne pas être enterré vivant*. ouvrage couronné par l'Institut de France. 2^e édition. Paris, 1874.

A la suite de l'éclampsie, quelques enfants conservent une rétraction ou une paralysie de certains muscles convulsés, et ils deviennent difformes. C'est aux convulsions qu'il faut rapporter l'origine de certaines contractures permanentes qui entraînent la déviation de la tête ou *torticolis*, la rétraction des membres, la paralysie musculaire partielle, etc. J'ai vu plusieurs enfants dont le *torticolis* n'avait pas d'autre cause. L'abaissement de la paupière supérieure, le strabisme, la déviation de la bouche, quelques contractures des membres, se rattachent souvent aux convulsions symptomatiques, ils ne sont pas plus en rapport avec les altérations de l'encéphale que certaines paralysies faciales et certaines paralysies nerveuses observées chez les nervosiques et chez les hystériques. L'autopsie n'en révèle pas mieux la cause que celle des phénomènes convulsifs eux-mêmes.

Il en est de l'éclampsie, chez certains enfants fort susceptibles, comme des phénomènes nerveux offerts par les femmes hystériques: la récurrence est très-fréquente. Tant que la constitution générale n'a pas été modifiée, elle se manifeste sous l'influence des causes les plus fugaces. Une première attaque prédispose à une seconde, et les sujets qui sont placés dans ces conditions sont en proie à ces accidents au moins plusieurs fois dans le cours de leur enfance.

Lorsque, chez d'autres sujets, les attaques convulsives se manifestent dans le cours d'une maladie aiguë, elles remplacent le délire, et cessent, pour ne plus se montrer aussitôt que la cause qui les produit vient à disparaître.

Diagnostic. — Les convulsions de l'éclampsie se distinguent très-bien des convulsions produites par les affections des méninges, du cerveau et de la moelle épinière, en raison des phénomènes particuliers fébriles ou ophtalmoscopiques qui accompagnent constamment ces diverses maladies. En effet la fièvre qui persiste après la convulsion doit faire craindre une maladie aiguë inflammatoire, ou éruptive; la lenteur et l'irrégularité du pouls font reconnaître une convulsion due à une maladie cérébro-spinale et la névrite optique ou la rétine-choroïdite permettent d'affirmer qu'il existe une maladie de la moelle des méninges ou du cerveau (1). Une seule affection, l'épilepsie, se rapproche tellement de l'éclampsie, que pour quelques auteurs, au nombre desquels il faut placer Sauvages et Cullen, toute distinction entre elles est impossible à établir. Les phénomènes convulsifs sont à peu près les mêmes dans l'un et l'autre cas; seulement, dans l'épilepsie, les attaques sont moins prolongées, sont suivies de sommeil et se reproduisent à des intervalles fort éloignés les uns des autres. En outre, elles se montrent pendant toute la durée de l'enfance, et continuent encore au delà de cette époque pendant le reste de la vie.

Pronostic. — Sous le rapport de leur pronostic, il faut distinguer les convulsions éclamptiques en deux classes: celles qui sont *primaires*, et dépendantes d'un état morbide qui va paraître, ou indicatrices de cet état morbide; et celles qui sont *secondaires*, intimement liées à une maladie aiguë qu'elles viennent quelquefois terminer (2).

Les convulsions *primaires* causées par la dentition, par les vers intestinaux, par de petites souffrances, par la chaleur, sont les moins graves; celles qui résultent de la mauvaise qualité du lait de la nourrice ou des écarts de régime cèdent difficilement et entraînent plus souvent la mort; enfin celles qui annoncent le début de certaines fièvres éruptives, et ordinairement de la variole, sont d'un bon augure.

(1) Voyez CÉRÉBROSCOPIE, p. 166, et *Traité du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophtalmoscopie*. 1 vol. in-8 avec planches et un atlas de 24 figures chromolithographiées.

(2) A. Dugès, *De l'éclampsie des jeunes enfants, comparée avec l'apoplexie et le tétanos* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1833, t. III, p. 301 et suiv.).

Elles présagent, dit Sydenham, une éruption de bonne nature, peu confluente, dont la marche sera naturelle et la terminaison toujours favorable. Quant aux convulsions *secondaires, terminales*, celles qui surviennent dans le cours de la pneumonie, de la coqueluche, de la variole, etc., il est rare que la mort ne soit pas leur terme naturel.

Traitement. — Il n'est personne qui n'ait entendu soutenir par des gens étrangers à la médecine, avec la meilleure foi du monde, que le plus sûr moyen de faire cesser une attaque convulsive chez un enfant consiste à lui appliquer un grain de sel sur la pointe de la langue. Quelque naïf et ridicule qu'il puisse paraître, ce moyen vulgaire renferme une vérité importante : il démontre la vanité des prétentions de la thérapeutique à l'égard de l'éclampsie; il épargne la peine de démontrer ce qu'il fait comprendre de la manière la plus explicite, savoir : qu'une attaque convulsive guérit souvent par les seuls efforts de la nature et sans l'intervention des médecins.

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Un grand nombre de cas d'éclampsie restent, par la nature de leurs causes, en dehors de ceux qu'il faut abandonner à eux-mêmes. Ceux-là méritent une attention toute spéciale. Combien de fois ces accidents n'ont-ils pas disparu à la suite du transport du malade dans un appartement moins échauffé que celui où il se trouvait ! combien après la cessation de la gêne produite par des langes trop serrés ! combien, enfin, après la disparition de la douleur occasionnée par une épingle placée de manière à entamer la peau !

Si ces premiers soins ne suffisent pas pour faire cesser les phénomènes convulsifs, on peut, avec quelques chances de succès, essayer de produire une perturbation violente dans les sensations du petit malade, en l'exposant quelques minutes, dépouillé de ses vêtements, à l'air extérieur, en le couchant sur une table de marbre, ou en soumettant la tête nue à l'irrigation de 2 ou 3 litres d'eau froide. Des sensations aussi brusques et aussi pénétrantes que celles-là manquent rarement leur effet.

Quand on suppose que les accidents se rattachent à l'introduction dans le tube digestif d'une trop grande quantité de substances alimentaires, ou à l'introduction d'aliments de digestion difficile, il faut administrer un *vomitif* ou déterminer le vomissement par le chatouillement de la luette avec l'extrémité d'une plume. On trouve dans tous les auteurs et dans les recueils périodiques un grand nombre d'exemples de cette nature dans lesquels cette médication a été couronnée d'un plein succès. Des évacuations abondantes entraînaient au dehors des morceaux de pomme, de carotte, de haricot non digérés, etc., qui par leur présence dans l'estomac avaient déterminé une agitation intérieure vive, rapidement suivie des phénomènes nerveux dont nous avons parlé.

Lorsque les garderobes sont habituellement difficiles, et lorsqu'il n'y en a pas eu depuis plusieurs jours, il faut palper le ventre et chercher à constater par cette exploration si les intestins sont distendus par des matières excrémentielles. On administre alors un *purgatif* : le *calomel*, à la dose de 10 à 15 centigrammes; la *manne dissoute dans du lait*, 8 à 15 grammes pour 60 grammes de liquide, l'*huile de ricin* émulsionnée ou dans un café, à la dose de 5 à 15 grammes, sont chez les jeunes enfants les moyens qu'il convient d'employer. Si l'enfant rejette habituellement des fragments de ténia ou des lombrics, et même des oxyures vermiculaires, il faut administrer les *vermifuges* (1) et insister sur leur usage jusqu'à l'entière disparition de ces entozoaires.

(1) Voyez ASCARIDES.

Si les convulsions se développent au moment de la dentition, et si l'examen des gencives permet de constater une tension considérable de ces parties, ce qui implique la douleur, on peut supposer un rapport entre les phénomènes nerveux et l'évolution dentaire. Il *peut être convenable de débrider la gencive* par une incision cruciale ou par l'excision au point comprimé par la dent près de sortir. Cette opération, facile à pratiquer, atteint un double but : elle favorise l'évolution dentaire et, par le faible écoulement de sang qu'elle entraîne, elle diminue la fluxion gingivale.

Quelquefois les convulsions s'accompagnent d'un tel effort sanguin vers le cerveau, que l'on peut juger de la congestion de cet organe par la congestion de la face. Si les convulsions se prolongent pendant longtemps, et si la coloration du visage persiste sans intermittences, il y a urgence à employer les *émissions sanguines*. La congestion encéphalique a été la conséquence du premier effort convulsif; une fois établie, elle est devenue cause à son tour; c'est elle qui entretient les accidents. Elle cesse assez vite à l'application de sangsues. Deux au plus peuvent suffire; il est rarement nécessaire d'en augmenter le nombre. Cela doit être ultérieurement décidé. On les applique derrière les oreilles, et mieux, je crois, loin de la tête, aux condyles du fémur ou aux malléoles dans le but de faire une saignée révulsive.

Il faut enfin arriver à combattre les phénomènes nerveux à l'aide des antispasmodiques. L'*eau de fleur d'oranger* dans un verre d'eau sucrée est la première chose qu'il faille faire prendre à l'enfant. Puis on administrera l'*hydrate de chloral*, dont j'ai fait connaître les propriétés hypnotiques et anesthésiques, en 1869. C'est le meilleur moyen à employer.

Hydrate de chloral.....	1, 2 à 3 grammes.
Sirop de groseilles.....	30 à 60 —

A prendre en une fois.

ou bien un *lavement de chloral* à la même dose, ou bien un suppositoire de chloral, ainsi formé :

Sperma ceti.....	3 grammes.
Beurre de cacao.....	2 —
Hydrate de chloral.....	1 à 3 grammes.

La dose de chloral varie avec l'âge des enfants, et chez les plus jeunes il ne faut pas donner plus d'un gramme. — La dose de 3 grammes n'est utile que chez les enfants de sept à dix ans. — On peut donner aussi l'*éther sulfurique* ou le *chloroforme dissous dans l'alcool*, une partie sur huit, dans du sirop ou en potion à la dose de 50 centigrammes. On peut également, dans le cas où les convulsions se reproduisent souvent chez un enfant, les traiter par les *inhalations de chloroforme au moment des accès*, et même aussi chaque jour dans l'intervalle des attaques convulsives. Alors la chloroformisation ne doit pas être poussée très-loin. L'*oxyde de zinc* se donne souvent seul ou combiné avec l'extrait de jusquiame noire. Ce médicament est très en faveur auprès des médecins qui s'occupent des maladies des enfants. Tous le citent comme très-efficace dans le traitement des convulsions. Il faut, chez les jeunes enfants, le faire prendre en poudre mêlée à du sucre à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme et plus pour les vingt-quatre heures.

℥ Oxyde de zinc.....	0 ^{gr} ,50 à 1 et 3 grammes.
Sucre.....	0 ^{gr} ,50 à 1 gramme.

Mêlez et divisez en paquets de 25 centigrammes. — Pour deux à six prises dans les vingt-quatre heures.

L'oxyde de zinc a été associé au muse par Guersant et Blache. Ces médecins en ont obtenu des résultats très-favorables. L'acétate d'ammoniaque, 1 gramme en potion, — le camphre, — la valériane, — l'asa fetida en lavements, avec des avantages diversement appréciés et fort incertains. La plupart des autres antispasmodiques ont été tour à tour mis en usage sans qu'aucun d'eux, par une valeur bien réelle, ait acquis les suffrages unanimes. On pourrait compter les succès qui ont suivi leur administration; quant aux revers, on n'ose en parler.

L'opium a été fort souvent employé dans le traitement des convulsions; il paraît être surtout efficace dans les convulsions de longue durée et dans celles qui succèdent à des dilacérations de la peau, des piqûres d'épingle, etc. Mais ici, comme dans toute circonstance, chez l'enfant, l'emploi de ce médicament exige beaucoup de prudence et de grandes précautions. Il peut augmenter la congestion cérébrale, et entretenir les phénomènes nerveux que l'on veut faire disparaître. Il détermine, en outre, une constipation plus ou moins opiniâtre qui n'est pas toujours sans dangers. Lorsque j'administre l'opium chez des enfants à la mamelle, je fais choix du laudanum ou de la teinture de Rousseau à la dose de 2 à 4 gouttes pour 40 grammes de véhicule.

Les convulsions qui sont sous la dépendance de l'anémie et qui se développent chez les enfants qui ont eu des pertes de sang considérables sont avantageusement combattues par les préparations martiales. — Le sous-carbonate de fer, — la limaille bien porphyrisée, peuvent être indifféremment mis en usage. — L'une comme l'autre de ces substances sont facilement avalées par les enfants, lorsqu'on les associe à du sucre ou à une conserve agréable. On les donne à la dose de 15 à 25 centigrammes par jour.

Aphorismes.

85. Dans la première enfance, les hallucinations et l'éclampsie remplacent le délire.
86. Chez les jeunes enfants, l'hallucination est caractérisée par des mouvements de peur et par des gestes qui semblent écarter ou attirer l'objet de la préoccupation.
87. Les convulsions dites éclampsies résultent d'une perturbation directe ou sympathique, primitive ou consécutive, des fonctions nerveuses.
88. Les convulsions éclamptiques se produisent sans lésion matérielle appréciable du système nerveux.
89. L'éclampsie est une névrose ordinairement héréditaire.
90. Une première attaque d'éclampsie prédispose à une seconde.
91. Une convulsion subite et rapide, non suivie de fièvre, ne présente aucun danger.
92. L'éclampsie qui se montre pendant la première enfance, et qui se produit encore à la fin de la seconde, s'est changée en épilepsie.
93. L'éclampsie engendre des paralysies partielles, et celles-ci engendrent les difformités.
94. Des convulsions subites, violentes, suivies d'un assoupissement prolongé, mais sans fièvre, doivent faire craindre l'épilepsie.
95. Une convulsion subite, suivie de fièvre, est toujours le symptôme du début d'une fièvre éruptive ou d'une pneumonie, et elle annonce une maladie grave.
96. Les convulsions initiales de la variole sont d'un bon augure pour la terminaison définitive de la maladie.
97. Les convulsions qui terminent une affection viscérale aiguë ou chronique

sont presque toujours symptomatiques d'une lésion consécutive du cerveau et des méninges, habituellement la thrombose des sinus de la dure-mère.

98. L'éclampsie engendre assez souvent l'albuminurie.

99. Les convulsions initiales des maladies aiguës sont symptomatiques ou réflexes, tandis que celles qui viennent les compliquer ou les terminer dépendent d'une lésion cérébrale ou méningée toujours mortelle.

100. Les convulsions qui surviennent dans le cours de la pneumonie annoncent une mort prochaine.

101. Le grand air, la fraîcheur et l'aspersion du visage avec de l'eau froide suffisent au moment d'une attaque d'éclampsie.

102. Il faut surtout s'appliquer à connaître la cause de l'éclampsie pour être en mesure de prévenir son retour par l'emploi rationnel des antispasmodiques, des vomitifs, des ferrugineux ou des vermifuges.

CHAPITRE XXVII

ÉPILEPSIE ET VERTIGES ÉPILEPTIQUES

A côté de l'éclampsie, maladie convulsive accidentelle et passagère chez les enfants, provoquée par l'invasion d'une maladie aiguë fébrile, par la chaleur exagérée d'un appartement, par le travail réflexe de la dentition ou d'une autre lésion, etc., il y a l'épilepsie et sa variété, le vertige épileptique.

L'épilepsie, chez les enfants, est très-fréquente et diffère beaucoup de l'épilepsie chez l'adulte par l'étiologie et par le pronostic. Elle se montre sous deux formes : le vertige épileptique ou petit mal, et l'attaque convulsive épileptique ou le haut mal. J'en ai observé 118 cas qui se divisent ainsi : vertiges épileptiques 36, et convulsions épileptiques 82.

Le vertige épileptique se présente sous les formes les plus variées. Toujours brève et de courte durée, la crise est caractérisée par une perte de connaissance fugitive de quelques secondes ou d'une minute dans laquelle le visage conserve sa couleur, les yeux restent fixes ou tournés en haut, la tête immobile, quelquefois renversée en arrière ou tournée à droite. Les bras cessent d'agir sans se convulser ni se roidir, et les membres inférieurs sont immobiles. La main garde ou lâche ce que tenaient les doigts. Si l'enfant est assis, il peut ne pas bouger, ou bien il fléchit en avant ou de côté, comme quelqu'un qui dort assis, tombe à demi et se relève pour reprendre la verticale. Si le malade est debout, il peut fléchir et se redresser ou rester sur place sans bouger; parfois la parole s'arrête, coupée par une crise, et elle continue après un moment d'interruption. Rarement il y a émission involontaire des excréments ou des urines, mais j'en ai observé des exemples.

Ces vertiges épileptiques, d'abord rares, deviennent de plus en plus fréquents. Ils passent souvent inaperçus, tant ils sont de courte durée ou parce qu'ils se produisent la nuit. Ils viennent tous les mois, tous les quinze jours, tous les jours et même plusieurs fois par jour et par heure. J'ai vu un enfant, à Versailles, avec le docteur Remilly, qui en avait cent quatre-vingts par jour. Il en a eu trois en ma présence dans l'espace d'une demi-heure. Cela dépend des cas. D'autres enfants en ont jusqu'à huit ou dix toutes les heures, pendant une partie de la journée seulement.

Les crises peuvent durer ainsi plusieurs mois sous cette forme qui est variée à l'infini, puis elles se mêlent à des crises convulsives plus ou moins fortes, et, enfin,