3° La convulsion prend quelquefois le masque de troubles circulatoires. Beaucoup de *syncopes*, de « pâmoisons » de l'enfant ne sont autre chose qu'une convulsion. Il faut même se méfier de cette forme, car elle n'est parfois autre chose qu'un vertige épileptique. Chez les très jeunes nourrissons, la convulsion est quelquefois remplacée par un accès de *cyanose*. J'ai même vu la cyanose localisée ou prédominante aux membres supérieurs, sans pouvoir donner l'explication de ce phénomène.

4° Mais, à côté de ces formes dérivées de la forme ordinaire et classique, il existe des syndromes spasmodiques qui, par leurs causes, leur pathogénie, leur évolution, se rapprochent beaucoup de l'éclampsie.

Je signalerai en passant le *spasme nutant*, dont une forme a beaucoup d'analogie avec la convulsion ; mais, sous ce nom, on a rangé tant de choses diverses, que l'existence de cette entité est plus que douteuse.

Le *spasme de la glotte* ou *laryngospasme* est un syndrome beaucoup mieux circonscrit : qu'il soit limité au larynx ou commun au diaphragme (spasme phrénoglottique), il est voisin de l'éclampsie. En Allemagne et en Autriche, où on l'observe avec une grande fréquence, on lui donne (Escherich, Kassowitz, Loos) une signification très spéciale : ce serait un symptôme de la tétanie ; il accompagne la tétanie à forme normale et il manifeste la tétanie latente.

Sans entrer dans la discussion de ces théories que nous sommes mal placés pour résoudre, à Paris où ces manifestations sont rares, il est certain qu'il y a une parenté entre elles et l'éclampsie.

La tétanie n'est pas l'éclampsie, dont elle se distingue, entre autres éléments, par la conservation de l'intelligence, mais elle est une convulsion tonique.

PRONOSTIC. — Toute convulsion peut être mortelle si elle est abandonnée à elle-même, soit par l'asphyxie résultant du spasme respiratoire, soit par un mécanisme cérébral mal connu où la congestion et les suffusions sanguines intranerveuses jouent un rôle, soit parce que l'enfant est jeté à bas de son lit et succombe au traumatisme.

La gravité d'une convulsion est en rapport avec sa violence, sa durée et sa répétition. Quand l'accès se prolonge, sans détente, le pronostic s'aggrave. Quand les accès se suivent de près, séparés par un état comateux, et que la température s'élève, constituant un véritable état de mal, c'est le début d'une affection des centres nerveux, ou bien l'annonce d'une terminaison mortelle.

Les convulsions toxiques cèdent en général très vite, avec la suppression de la cause ; les nourrissons tétanisés par l'alcool de la nourrice recouvrent immédiatement la santé quand on leur donne d'autre lait ; l'action des gaz de combustion se prolonge cependant quelque-

fois assez longtemps. Dans les maladies infectieuses fébriles, la convulsion du début n'a ordinairement pas de gravité, et si elle n'a pas cessé tout comme le frisson, avec les phénomènes de début, elle cède en général très facilement à la balnéation tiède. Au contraire, au cours de la maladie ou à son déclin, elle est d'un pronostic beaucoup plus sévère : elle indique alors une complication, ou bien une aggravation de la maladie première.

Les convulsions réflexes ne sont généralement ni longues ni dangereuses ; on aurait vu cependant succomber à l'éclampsie des enfants porteurs de vers intestinaux.

Les convulsions d'origine digestive sont de gravité variable. Au cours d'une indigestion simple, malgré leur violence, elles se terminent généralement bien. Dans les infections digestives et gastro-entérites graves, la convulsion est presque toujours d'un mauvais pronostic, et quand elle ne marque pas le début des accidents ultimes, elle est le plus souvent le premier signe d'accidents méningitiques d'un pronostic toujours sombre, même quand ils ne sont pas mortels.

Les convulsions urémiques, qui sont cependant parmi les plus violentes et les plus prolongées, guérissent facilement par le traitement antitoxique et la saignée ; il n'y a même aucune exagération à les considérer comme favorables puisque, grâce à elles, on découvre une lésion souvent méconnue.

Mais la gravité de l'éclampsie ne se borne pas à son évolution propre. Elle dépend aussi de l'évolution ultérieure, elle dépend de l'avenir de l'éclamptique. Cet enfant qui, pour une cause minime, a une réaction aussi désordonnée, que sera-t-il plus tard ?

Ce premier accès n'est-il pas le premier acte d'une hystérie ou d'une épilepsie qui évoluera plus tard ? L'opinion de M. Chaumier, qui veut identifier certaines convulsions du premier âge avec l'hystérie, n'a guère de partisans. Il est évident qu'un enfant qui, de par son hérédité, sera plus tard hystérique, a tous les éléments nécessaires pour présenter, dès ses premières années, des accidents convulsifs. Mais de là à une identité, il y a loin.

On a dit aussi que certaines convulsions ne sont autre chose que des accès d'épilepsie. Cela n'est applicable qu'à un petit nombre de cas. En effet, l'immense majorité des enfants atteints d'éclampsie n'a jamais présenté et ne présentera jamais dans l'avenir d'attaque d'épilepsie. On a même dit (Walton et Carter) que les convulsions ne sont pas fréquentes dans les antécédents des épileptiques. Cela n'est pas exact : les observations du service de Bicêtre recueillies avec tant de soin par M. Bourneville et ses élèves les signalent avec une extrême fréquence ; les recherches de M. Dufour parmi les épileptiques des asiles en donnent aussi des preuves nombreuses ; et je pense, comme M. Pierre Marie, que si l'on cherchait bien, on trouve-

rait toujours l'éclampsie dans les premières années de l'épileptique.

Voici en général comment se passent les choses : dans les premiers jours ou bien plus tard, à sept mois, dix mois, surviennent quelques convulsions, puis tout s'arrête pendant plusieurs années (deux ans, cinq ans, huit ans) ; alors apparaissent les accès qui réalisent le syndrome type de l'épilepsie, ou qui prennent la forme du vertige épileptique. Dans d'autres cas, les convulsions qui ont apparu dans les premiers mois se renouvellent cinq ou six fois par an et prennent progressivement le type épileptique. Comment interpréter de pareils faits ? Si la convulsion est un stigmate névropathique, il est facile de prévoir que, chez l'épileptique dont les antécédents sont toujours plus ou moins chargés de tares névropathiques, les convulsions infantiles soient un fait assez banal. Telle est du moins l'interprétation commune.

Mais cependant on ne saurait nier que l'éclampsie peut être chez l'enfant le syndrome initial de l'épilepsie, comme dans les observations ci-dessus où l'enfant passe progressivement de l'une à l'autre. Toutefois ces faits ont été interprétés différemment par M. Pierre Marie et ont servi de base à une théorie qu'il a soutenue en 1887 et 1892 dans deux remarquables articles. Partant de ce principe que l'épilepsie est une maladie toujours acquise, « dont la cause est toujours extérieure au malade et postérieure à sa conception », M. Pierre Marie cherche dans les accidents du jeune âge la cause première de l'épilepsie et la trouve toujours ou presque toujours dans une maladie infectieuse ou toxique. Il assimile l'étiologie du mal comitial à celle des encéphalites qui produisent l'hémiplégie infantile. Or généralement cette maladie épileptogène est accompagnée d'un ictus convulsif. Les observations que je citais plus haut, et dont les exemples abondent, en sont autant de preuves. Cette première convulsion est-elle donc déjà un symptôme d'épilepsie ? On serait tenté de le croire. Cependant on peut la considérer, avec M. Marie, comme un ictus indiquant que l'infection vient de toucher plus ou moins profondément le système nerveux et y laisser une trace durable qui se traduira par l'épilepsie confirmée.

DIAGNOSTIC. — Reconnaître une convulsion, quand elle est complète et qu'on y assiste, est facile. La chose est moins simple si elle prend le masque d'une syncope, s'il s'agit de la prévoir quand elle approche ou de la soupçonner quand elle est passée.

La *fausse syncope* éclamptique se distingue de la vraie par l'attitude des yeux qui sont convulsés (ce qu'il est facile de voir, même si la paupière est fermée), et par la persistance du pouls, très affaibli, il est vrai, mais encore perceptible.

On peut prévoir l'approche de la convulsion, à l'état d'agitation de l'enfant, à l'aspect de ses yeux qui ont une fixité ou une mobilité

exagérée, à ses mouvements excessifs, aux secousses qui de temps en temps soulèvent ses membres.

On reconnaîtra enfin que l'enfant sort d'une convulsion, à sa pâleur extrême, à sa torpeur anormale, à la raideur du cou ou des membres, quelquefois à un vomissement dont on voit les traces récentes.

Il est le plus souvent difficile de déterminer au premier abord la cause d'une convulsion; elle ne porte pas en elle-même de caractères distinctifs ; c'est donc dans les circonstances qui l'accompagnent, les antécédents de l'enfant, sa température, les symptômes accessoires, qu'on peut trouver les éléments de diagnostic. L'enquête sera rapide ; le médecin doit avoir l'œil à tout, ses sens doivent s'éveiller pour dépister rapidement la cause ; le moindre indice, une odeur dans la chambre, l'attitude d'une nourrice, l'aspect névropathe des parents, la présence d'un poêle mobile, un vomissement, sont des indications dont il tirera un parti immédiat.

Chez un enfant héréditairement nerveux, mal dirigé, insuffisamment tempéré dans ses tendances de névropathe, on ne trouvera quelquefois d'autre cause que l'excitation cérébrale elle-même qu'on a laissée monter à son paroxysme.

C'est en déshabillant l'enfant qu'on trouvera la plupart des causes de convulsion réflexe, un abcès, un furoncle, une érosion ou fissure, une épingle piquée dans la peau, etc. On cherchera soigneusement, par la pression des oreilles, la présence d'un corps étranger ou d'une otite. Même avec le scepticisme moderne à l'égard de l'éclampsie dentaire, on a le devoir d'examiner les dents, de voir si le gonflement excessif de la gencive au niveau d'une incisive ou d'une canine n'est pas cause d'une douleur qui légitimerait une incision libératrice. De même s'impose une enquête rapide sur la présence de vers intestinaux. Enfin, le plus tôt possible, il faut se procurer des urines, surtout s'il s'agit d'un enfant déjà grand.

Chez un enfant qui a mangé hors de chez lui, ou en dehors de la règle ordinaire, la convulsion par indigestion s'impose, si le vomissement ne l'a pas déjà démontrée.

Une constipation opiniâtre est l'indice d'une intoxication intestinale. Au cours d'une gastro-entérite, l'éclampsie est un accident qu'on peut escompter si l'état est grave, si la température est élevée.

La convulsion initiale des fièvres et des infections s'accompagne d'hyperthermie; cela est insuffisant pour un diagnostic précis ; on y arrivera en recherchant l'angine, l'éruption caractéristique, le souffle pneumonique, ou au moins le tympanisme qui la précède, enfin les conditions épidémiques qui permettent de soupçonner une grippe ou une fièvre éruptive.

Si les convulsions durent depuis quelques heures sans céder complètement, ou en laissant entre les paroxysmes de la raideur du cou, du strabisme, une impotence plus ou moins générale des membres

avec élévation de température, on est probablement en présence d'une maladie des centres nerveux, méningite, encéphalite ou myélite.

TRAITEMENT. — Quand les circonstances permettent de prévoir l'approche d'une convulsion, on peut, jusqu'à un certain point, empêcher son apparition par l'emploi opportun de moyens calmants; les bains tièdes ou frais, l'isolement absolu dans l'obscurité, rendent des services incontestables en pareille circonstance; on doit y joindre des médicaments antispasmodiques : l'association de l'antipyrine, du bromure de potassium ou de sodium et de la codéine est un des meilleurs.

En présence de la convulsion, on peut penser à faire immédiatement une thérapeutique pathogénique, mais il faut en général aller au plus pressé en supprimant autant que possible les causes qui augmentent l'excitation : déshabiller complètement l'enfant, éloigner les personnes trop nombreuses qui l'entourent, et plonger l'enfant dans un bain chaud.

On a conseillé les bains froids, les bains sinapisés; c'est un contresens, car, en provoquant des perturbations brusques chez l'enfant malade, on risque d'aggraver sa convulsion; on peut cependant discuter la température optima pour chaque cas particulier : celle de 38° a généralement une heureuse action sur les accidents méningitiques, et d'aucuns l'adoptent pour le traitement de la convulsion. Elle est un peu trop élevée pour les enfants apyrétiques; elle est en revanche tout à fait indiquée pour les enfants en hyperthermie, mais à condition qu'on abaisse progressivement et lentement la température. Pour les éclamptiques à température normale, le bain à 36° est le meilleur. Quelle que soit la température adoptée, le bain sera prolongé quinze à vingt minutes ; pendant toute sa durée, on maintiendra sur la tête une compresse froide. On complétera ce traitement par l'enveloppement des jambes dans des compresses mouillées d'eau froide entourées de taffetas imperméable et de flanelle (Monteuuis).

Quand la convulsion est tellement violente qu'elle semble menacer la vie, on doit recourir d'emblée au chloroforme : on le donne à petites doses, et on recommence chaque fois que le spasme reparaît.

Quand la convulsion est calmée, on doit administrer le chloral, surtout en lavements, à dose convenable mais toujours forte.

Enfin, le calme revenu, on peut tenter le traitement pathogénique, pratiquer la paracentèse du tympan en cas d'otite, inciser la gencive, panser une ulcération, éliminer les poisons digestifs par le vomitif, le lavage d'estomac, le lavage d'intestin qui est de rigueur.

La saignée peut être nécessaire en cas d'urémie.

Enfin il va sans dire qu'on fera le traitement antithermique de l'infection causale. Si l'on soupçonne une affection nerveuse, on se trouvera bien, dans quelques cas, d'une ponction lombaire.

TÉTANIE

PAR

HENRI LAMY

Médecin des hôpitaux de Paris.

DÉFINITION. — *Crampes douloureuses survenant par accès intermittents, et occupant de préférence les extrémités des membres, avec intégrité de la santé générale et des fonctions cérébrales :* telle est la définition que l'on peut donner de la tétanie. A cela se bornent, en effet, les symptômes communs à toutes les variétés de tétanie. Il semble qu'on doive décrire sous ce nom un syndrome et non une entité morbide; car la tétanie survient dans les conditions les plus diverses. Il est des tétanies absolument bénignes, qui atteignent les individus en pleine santé apparente et dont la cause reste obscure ; il en est qui apparaissent dans des circonstances bien précises, comme la lactation, la grossesse ; d'autres qui dépendent d'infections évidentes ou d'auto-intoxications, comme celles qui s'observent dans la dilatation de l'estomac ou à la suite de la thyroïdectomie.

HISTORIQUE. — Dance donna, en 1831, la première description d'ensemble du « tétanos intermittent ». L'année précédente, Steinheim avait publié deux observations de la même affection, dans un travail que Dance ignorait, sous le nom de « rhumatisme brûlant ». Mais il est facile de montrer que la tétanie avait été observée avant cette époque. Imbert-Gourbeyre a prouvé que, contrairement à l'assertion de Trousseau, les auteurs anciens connaissaient cette affection. Dans son mémoire, très documenté, il cite des observations isolées de Craanen (1689), d'Etmüller (1708), etc. En 1717, Wadschmitt et Scheffel ont relaté l'histoire d'une épidémie singulière, dans laquelle les mains se fléchissaient dans un spasme douloureux qui disparaissait pour revenir par intervalles. On pourrait remonter à Hippocrate, qui vit la convulsion des doigts des pieds et des mains se produire pendant une fièvre aiguë !

A la suite du travail fondamental de Dance, il faut mentionner les publications françaises de Tonnelli (1832), de la Berge (1835), Murdoch (1842), Teissier et Hermel (1843), Imbert-Gourbeyre (1844), qui fit de la « contracture des extrémités » le sujet de sa thèse; Lucien Corvisart, qui employa le premier le terme *tétanie* (thèse 1852). Trousseau fit beaucoup pour l'étude de la tétanie, qu'il avait d'abord décrite sous le nom de « contracture rhumatismale des nourrices ». Il lui consacra une importante clinique, et fit connaître,