

Le savant professeur de Strasbourg affirme que si, faisant couler sur le dos certaines femmes hystériques, on palpe entre l'épigastre et la partie inférieure de la fosse iliaque, dans la direction de l'ovaire droit ou gauche, les malades accusent une douleur plus ou moins vive. Si l'on augmente la pression, la douleur s'exaspère, s'irradie vers l'épigastre et s'y concentre; si l'on continue encore, la plupart des malades se roidissent et tombent parfois dans des convulsions ou dans des lipothymies; d'autres ont seulement le sentiment de la boule hystérique. Ces faits sont réels, mais ils sont fort rares, car c'est à peine si j'ai pu les reproduire quelquefois. Mais est-il permis de dire que, dans ces cas, on comprime l'ovaire plutôt que toute autre partie des organes génitaux? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer. D'ailleurs il serait important de savoir si, dans des cas rares où la compression réussit à exciter des douleurs, puis des accès hystériques, les ovaires sont sains, ou, ce qui est plus probable, s'ils ne sont pas le siège de quelque altération de texture, car alors il n'y aurait rien d'extraordinaire, et l'on comprendrait pourquoi la compression faite sur un organe souffrant réveillerait les douleurs, puis ces troubles nerveux qui caractérisent les accès hystériques. Il en est ainsi pour toute douleur vive. J'ai parlé plus haut d'une femme chez laquelle je provoquais invariablement un violent accès d'hystérie lorsque je pinçais la partie inférieure de la cloison, seul point du corps qui fût resté sensible. Je crois qu'il est avéré, par toutes les preuves qui précèdent, que l'hystérie a son point de départ, soit dans l'utérus, soit dans ses annexes, et qu'elle s'irradie ensuite à la manière des névroses ascendantes. Par les communications de l'utérus avec les nerfs ganglionnaires, on explique les troubles viscéraux qui caractérisent les petites attaques ou la forme non convulsive. Les mouvements désordonnés des membres se rattachent, au contraire, au trouble cérébral; mais celui-ci est consécutif, et, comme le dit avec raison M. Dubois (d'Amiens), il y a ici, pour la succession des phénomènes morbides, une analogie frappante avec les convulsions que le chatouillement ou que l'orgasme vénérien produisent quelquefois. Nous dirons que l'hystérie a son point de départ dans l'utérus ou dans ses annexes; mais nous ne la limitons pas dans l'organe utérin seul, attendu que, dans l'année 1850, nous avons observé pendant plus de trois mois une fille de vingt-deux ans, qui n'avait ni vagin ni utérus, et qui cependant était tourmentée par les accès d'hystérie les plus violents (1). Mais tout en soutenant que l'hystérie a son origine, son point de départ dans les organes génitaux, il est évident qu'elle doit rentrer dans la catégorie des névroses complexes, en raison des troubles si divers qu'on remarque du côté de la sensibilité, de la motilité, et même du côté des facultés intellectuelles et affectives.

L'hystérie, est-il besoin de le déclarer encore, ne se lie à aucune lésion saisissable des solides, c'est donc contrairement à l'expérience de tous les jours que Pujol a voulu en faire une maladie symptomatique d'une métrite chronique. Les lésions matérielles vers les organes sexuels, qu'on a rencontrées assez fréquemment chez les hystériques, ne jouent, comme nous l'avons déjà dit, que le rôle de causes excitantes ou provocantes.

(1) L'état anatomique de cette femme a été vérifié par plusieurs hommes compétents, notamment par M. Chassaing, alors chirurgien à l'hôpital Saint-Antoine, et par un des anciens internes les plus distingués des hôpitaux, M. le docteur Prévost, alors attaché à mon service. On ne trouvait aucun vestige d'utérus, mais il est probable que les ovaires existaient: on a cru, en effet, sentir sur les parties latérales de l'excavation pelvienne deux corps qui semblaient se rapporter aux ovaires. Tous les mois cette femme offrait tous les signes de la congestion qui précède les règles. La vulve était bien conformée; les mamelles avaient un volume considérable. Cette jeune femme n'était sujette d'ailleurs à aucune hémorrhagie supplémentaire.

DE L'ÉCLAMPSIE DES ENFANTS

SYNONYMIE. — Convulsion des enfants, mouvements convulsifs; *insultus epilepticus, epilepsia puerilis.*

Sous le nom d'*éclampsie*, on a confondu une foule de maladies de l'enfance ayant pour caractères communs des mouvements convulsifs. Mais aujourd'hui il convient de donner à cette expression un sens précis, et de la consacrer exclusivement pour désigner les convulsions sympathiques ou idiopathiques autres que l'épilepsie, et qui ne se lient à aucune altération matérielle saisissable des centres nerveux.

Historique. — Les convulsions ont de tout temps fixé l'attention des médecins. Vouloir en tracer l'histoire depuis Hippocrate jusqu'à nous, ce serait presque faire celle de toute la médecine; ce point, d'ailleurs, a été traité avec tous les développements convenables par Brachet. Son livre, bien supérieur à celui que Baumes écrivit sur le même sujet au commencement de ce siècle, est rempli de faits pratiques intéressants; mais trop souvent peut-être l'auteur a-t-il confondu les différentes espèces de convulsions, et nous reprocherons à sa critique de n'être pas toujours assez sévère. Ce livre est, je crois, avec celui du docteur Zangerl (de Vienne), le seul traité moderne sur les convulsions des enfants; mais dans tous les pays on a écrit sur ces affections une foule de dissertations et d'articles, parmi lesquels nous distinguerons surtout celui qui a été inséré, par Guersant et par M. Blache, dans la deuxième édition du *Dictionnaire de médecine*.

Anatomie pathologique. — Chez les enfants qui succombent après une ou plusieurs attaques d'éclampsie, on ne trouve ni dans le cerveau, ni dans la moelle, ni dans leurs enveloppes, aucune altération appréciable. Quelquefois cependant la substance encéphalique est plus ou moins congestionnée, les poumons peuvent être aussi gorgés de sang noir, comme ils le sont dans l'asphyxie; mais ces stases sanguines s'expliquent aisément par la gêne de la circulation et de la respiration pendant les accès convulsifs, rien jusqu'à présent ne peut faire penser que la congestion soit dans ce cas primitive.

Symptômes. Marche. — L'éclampsie se manifeste souvent d'une manière brusque et sans cause. Quelquefois on a remarqué quelques prodromes: les enfants sont irritables, moroses; ils ont de l'insomnie ou de la somnolence, un sommeil agité, ou bien leur face est plus colorée, leurs yeux sont brillants, ils ont de la fixité dans le regard, etc. Bientôt les convulsions débent; tantôt elles sont générales, tantôt partielles. Dans les premiers cas, dit M. le docteur Lecœur (de Caen), auteur d'une bonne thèse sur l'éclampsie, la figure prend un air de douleur et d'effroi; les yeux sont ouverts ou fermés, louches, renversés, agités de secousses rapides; les pupilles sont dilatées, les traits de la face sont tendus, déviés; les muscles exécutent alternativement des mouvements brusques et violents d'extension et de flexion; les doigts sont fortement fléchis dans la paume de la main. En général, dans ces cas, la respiration est pénible, embarrassée, entrecoupée de cris plaintifs, par la participation des muscles de la poitrine à l'état convulsif général; alors le pouls est très-petit, d'une fréquence extrême, et souvent irrégulier; la face, d'abord pâle ou injectée, devient bleuâtre, livide, surtout aux lèvres. L'enfant, privé de connaissance, est complètement étranger à tout ce qui l'entoure, et la sensibilité elle-même est, en général, entièrement abolie; enfin la peau est couverte de sueur, et la température du corps souvent augmentée; mais il n'est pas prouvé, ainsi

qu'Alph. Leroy l'a avancé, qu'il existe une chaleur plus vive au front et au niveau de la grande fontanelle que partout ailleurs.

Les convulsions n'ont pas le plus ordinairement ce degré de violence; elles sont parfois bornées à une moitié du corps ou bien aux parties sous ou sus-diaphragmatiques, spécialement au cou, à la face ou seulement à quelques points de ces régions. Dans ces cas, la sensibilité persiste, l'intelligence n'est pas tout à fait abolie, les fonctions organiques ne sont pas troublées; à peine remarque-t-on dans quelques cas une légère accélération des mouvements respiratoires. Chez les très-jeunes enfants, chez les enfants nouveau-nés surtout, l'éclampsie, d'après la remarque de MM. Guersant et Blache, peut se manifester avec des caractères encore moins tranchés et plus circonscrits. On serait porté, disent ces médecins habiles, à croire que l'affection est alors presque étrangère à l'appareil cérébro-spinal, et qu'elle n'a son siège que dans le système ganglionnaire. Dans ces cas, en effet, les accès s'annoncent par une accélération rapide des mouvements respiratoires, avec pâleur de la face, couleur violacée des lèvres, fixité des yeux, phénomènes qui, après avoir duré quelques secondes à peine, se dissipent, puis toutes les fonctions reviennent à leur état normal.

Il peut n'y avoir qu'une attaque, d'autres fois plusieurs se succèdent à de courtes distances; un grand nombre peuvent ainsi assaillir le petit malade pendant un ou plusieurs jours, de manière à ne laisser que de très-courts intervalles de calme. En général, les convulsions ont plutôt lieu le jour que la nuit: la lumière solaire semble les exaspérer. Le retour de l'intelligence est quelquefois très-rapide, et arrive aussitôt après que les convulsions ont cessé. Mais, lorsqu'il y a eu plusieurs paroxysmes, les enfants restent ordinairement quelque temps assoupis, affaiblés; ils ont le regard étonné, hébété; ils éprouvent une extrême lassitude, et ne recouvrent que lentement la plénitude de leur raison. Si, par contre, les accès sont éloignés; si, par exemple, il n'y en a que deux ou trois dans la journée, et s'ils sont peu intenses, l'enfant sera assez calme dans les intervalles des attaques; il sera sans fièvre; quelquefois on remarquera seulement un peu de tendance à la somnolence. Une fois revenu à lui, le jeune malade est à peu près dans le même état où il se trouvait avant l'attaque; quelquefois cependant on reconnaît qu'il a perdu l'usage d'un ou de plusieurs sens, ou qu'il est paralysé d'un membre, ce qui peut se rattacher à quelque altération grave survenue dans la boîte crânienne, particulièrement une hémorrhagie cérébrale ou méningée, qui entraîne après elle une hémiplegie permanente suivie d'une atrophie consécutive des muscles et des os eux-mêmes.

L'éclampsie peut-elle atteindre le fœtus? Nombre de faits le prouvent; on a vu, en effet, à la suite d'une émotion vive de la mère, l'enfant que celle-ci porte dans son sein être agité de mouvements désordonnés, perceptibles pour elle et même pour les assistants.

Terminaisons. — Les convulsions entraînent souvent la mort. Celle-ci a lieu quelquefois après une seule attaque violente; mais le plus souvent ce n'est qu'à la suite de crises fréquemment répétées. La mort arrive tantôt par l'effet d'une congestion cérébrale, tantôt par suite de l'asphyxie; quelquefois enfin, ne trouvant point à l'autopsie de lésions suffisantes pour expliquer la mort, on est porté à attribuer celle-ci à une syncope ou à une suspension de l'innervation.

Lorsque la maladie a une heureuse issue, les symptômes cessent rapidement ou peu à peu. S'il y a plusieurs accès, ils s'éloignent, et leur intensité va en diminuant. L'amélioration s'opère presque toujours sans crise appréciable.

Lorsque les malades reviennent à la santé, la plupart ne conservent aucune trace de l'affection. Quelques-uns pourtant, avons-nous dit, restent infirmes: les uns sont hémiplegiques, d'autres ont des contractures. M. Jules Guérin a établi, en effet, que beaucoup de torticolis, de pieds bots et de déviations du rachis, sont la suite de convulsions éclamptiques survenues soit avant, soit après la naissance. Mais dans ces cas il faut supposer une lésion permanente, tantôt effet, tantôt causes des convulsions.

Diagnostic. — Nous verrons plus tard comment on pourra distinguer l'éclampsie de l'épilepsie. Quoi qu'en ait dit Brachet, il ne peut y avoir aucune difficulté dans le diagnostic entre l'éclampsie et l'hydrophobie; car, dans celle-ci, il y a une horreur invincible pour les liquides, puis un spasme remarquable des muscles respiratoires et une sputation incessante. Il est au contraire très-difficile de déterminer, du moins au début, si les convulsions sont essentielles ou si elles sont symptomatiques de quelque altération profonde des centres nerveux. Cependant, en ayant égard à l'invasion brusque de la maladie et surtout à sa marche, on parviendra à donner de la précision au diagnostic. En effet, rarement les affections cérébrales, quelles qu'elles soient, débutent par des convulsions, mais celles-ci n'ont guère lieu que consécutivement à d'autres symptômes. Ainsi, dans les méningites simple et tuberculeuse, qui sont à peu près les deux seules affections qu'on rencontre dans le jeune âge et qu'on pourrait confondre avec l'éclampsie, il y a communément une première période d'agitation caractérisée par des cris aigus; il y a une fièvre plus ou moins vive, parfois une exaltation de la sensibilité cutanée, surtout des vomissements répétés et une constipation plus ou moins opiniâtre: s'il y a alors des mouvements convulsifs, ils ne sont que partiels, bornés, par exemple, à quelques muscles de la face. Enfin, dans les cas rares où l'incertitude persiste, on trouvera dans la marche différente de l'affection, continue dans un cas, intermittente ou rémittente dans l'autre, de nouveaux éléments pour le diagnostic différentiel.

Pronostic. — Les convulsions constituent un état grave, qui doit toujours exciter la sollicitude du médecin. Cependant diverses circonstances peuvent rendre le pronostic plus ou moins fâcheux. Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs, l'éclampsie paraît moins grave à Brachet, à Guersant et à M. Blache dans la première enfance qu'à un âge plus avancé. Celle qui se déclare sous l'influence d'une cause passagère facile à éloigner n'est pas ordinairement fâcheuse. On a dit, au contraire, que les convulsions provenant d'écarts dans le régime, d'une frayeur, ou bien que celles qui arrivent après une émotion vive éprouvée par la nourrice, sont plus fâcheuses que les autres; mais cette opinion n'est peut-être pas encore appuyée de faits suffisants pour pouvoir être acceptée comme chose démontrée. Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que le danger est d'autant plus grand que les convulsions sont plus générales, que les crises sont plus rapprochées, que les accès sont plus violents et les facultés intellectuelles plus complètement abolies dans leurs intervalles. La fièvre est aussi une circonstance très-aggravante, car elle se lie presque toujours à une complication; on ne saurait par conséquent, avec quelques hippocratistes, la regarder comme une sorte de crise des convulsions, et partant comme une circonstance heureuse. Les convulsions, arrivant au début ou dans le cours de n'importe quelle affection, devront toujours aggraver le pronostic; des faits nombreux ont aujourd'hui prouvé combien était peu fondée l'opinion de Sydenham, qui regardait les mouvements convulsifs survenant dans les prodromes des varioles comme un indice que l'éruption sera discrète et la maladie bénigne.

Étiologie. — L'éclampsie sévit plus spécialement sur les enfants très-jeunes. On l'observe à peu près également chez les garçons et chez les petites filles; mais, comme le remarque notre ami le docteur Lecœur, professeur à l'école de Caen, le sexe est sans influence dans la première période de l'enfance, tandis que plus tard les convulsions idiopathiques et symptomatiques sont plus communes chez les filles que chez les garçons dans la proportion de 3 à 1. Cette différence tient sans doute moins au sexe qu'à la prédominance du tempérament nerveux chez les petites filles après l'âge de sept ans. Les auteurs regardent comme étant surtout prédisposés aux convulsions les enfants dont l'intelligence est précoce, ceux qui ont une physionomie mobile, qui sont impressionnables, et dont le sommeil est agité. Baumes dit en outre que les enfants qui ont une tête volumineuse sont plus particulièrement prédisposés aux convulsions; mais l'exactitude de cette proposition, répétée d'ailleurs par tout le monde, est mise en doute par deux hommes expérimentés, MM. Blache et Guersant. Quoi qu'il en soit, une cause prédisposante bien autrement puissante, et dont personne ne conteste l'influence, est l'hérédité, ou du moins une prédisposition organique spéciale à des individus issus d'une même origine : on cite des familles dont tous les enfants sont emportés par les convulsions. On lit dans la thèse de M. Duclos (1847) un exemple bien remarquable de la prédisposition aux affections convulsives de nature grave que les parents peuvent transmettre à leurs enfants. Il est bien moins prouvé que les émotions morales de la mère pendant la grossesse puissent prédisposer les enfants à l'éclampsie; cependant on a cité quelques faits à l'appui de cette doctrine, mais ils ne sont pas assez nombreux pour prouver qu'il n'y a pas eu seulement ici simple coïncidence.

Chez les enfants prédisposés, les convulsions éclatent sous l'influence d'une foule de causes : la frayeur, la colère, une douleur vive, le chatouillement, le séjour dans un appartement trop chaud, ou bien un froid trop vif, une indigestion, une hémorrhagie légère, peuvent les provoquer; le travail de la dentition a souvent le même résultat. Quelques faits prouvent aussi que les émotions de la nourrice peuvent retentir d'une manière fâcheuse chez l'enfant et provoquer des convulsions : disons cependant que les cas de ce genre sont plus rares qu'on ne croit. Il est enfin des enfants tellement prédisposés que les convulsions éclatent chez eux à l'occasion de la moindre cause : chez les uns, il suffit d'un simple accès de fièvre éphémère pour les exciter; les quintes de la coqueluche ont quelquefois le même effet chez d'autres. Beaucoup de médecins, mais le vulgaire surtout, rapportent souvent les convulsions des enfants à la présence d'entozoaires dans le tube digestif. Nous avons dit précédemment (page 622) que cette opinion était fondée, mais cependant il importe de répéter encore ici qu'on a beaucoup exagéré les désordres locaux ou sympathiques que les vers intestinaux pouvaient produire. De toutes les maladies de l'enfance les fièvres éruptives sont celles qui provoquent le plus souvent les accès d'éclampsie, tantôt au début, surtout pendant les prodromes, quelquefois pendant la convalescence : c'est ce qui arrive surtout après la scarlatine, et dans ce cas il ne faut pas oublier d'examiner les urines, car elles sont le plus communément albumineuses, bien que parfois l'œdème manque ou existe à peine.

Traitement. — Arrivé près d'un enfant qui est atteint de convulsions, il faut suivre les préceptes que MM. Guersant et Blache ont si habilement tracés. On déshabillera le petit malade, on le débarrassera de tout lien, et, s'il est dans une pièce trop échauffée, on le transportera dans un lieu frais. Ces pré-

cautions ont souvent suffi pour amener promptement à bien des enfants qui paraissent être dans un état grave. On devra en même temps s'informer de la santé habituelle du malade et de son régime; on cherchera à connaître la nature et la quantité d'aliments qu'il a mangés à son dernier repas; on explorera le ventre avec soin pour savoir s'il est douloureux; on cherchera par la percussion à apprécier le volume de l'estomac. Si l'on est conduit à rattacher les convulsions à une digestion difficile, à une distension de l'estomac par des aliments, on en provoquera l'expulsion par l'administration d'un vomitif ou par la titillation de la luette. Dans le cas où les convulsions sont très-violentes, lorsqu'il y a trismus, et que la réaction est vive, MM. Blache et Guersant conseillent de faire une déplétion sanguine avant d'administrer le vomitif, afin d'amener une détente qui facilite ensuite l'administration des évacuants gastro-intestinaux.

Si l'enfant est à l'époque de l'éruption des dents, on examinera les gencives; et dans le cas où celles-ci seraient tendues, douloureuses, on pratiquerait à ce niveau une incision cruciale pour faire cesser l'espèce d'étranglement qui existe.

Dans les cas où il est impossible de remonter à la cause des convulsions, et lorsque l'enfant est fort, pléthorique, lorsque la face est injectée, vultueuse, on doit combattre la congestion céphalique par quelques sangsues mises derrière les oreilles, par des révulsifs promenés sur les extrémités inférieures, par quelques applications froides sur le front et l'emploi de légers minoratifs. On dit même avoir obtenu de bons résultats de la compression des carotides, moyen fort incertain et qui peut-être n'est pas sans danger. On a conseillé aussi de plonger les malades dans un bain tiède, et de les y maintenir longtemps; quelquefois aussi, disent MM. Guersant et Blache, on a eu recours à de légères affusions d'eau froide sur la tête, ou bien à des irrigations continues faites sur la fontanelle à l'aide du robinet d'une fontaine.

Lorsque les convulsions persistent nonobstant les moyens mis en usage, on doit recourir aux antispasmodiques. Ceux qui ont paru les plus utiles à MM. Blache et Guersant sont le musc et l'oxyde de zinc. Le musc est, en pareil cas, un médicament excellent; on en donne 40, 60, 75 centigrammes ou 1 gramme. Ce médicament, toujours bien toléré, n'agit qu'autant qu'on en élève les doses au delà de celles qui sont communément conseillées. Brachet lui préfère très à tort l'oxyde de zinc, qu'il associe à l'extrait de jusquiame. La dose des deux médicaments varie de 30 à 80 centigrammes par jour, suivant le plus ou moins d'intensité de la maladie, mais de manière à faire prendre, dans les vingt-quatre heures, au moins 50 centigrammes d'oxyde de zinc et 20 d'extrait de jusquiame, partagés en plusieurs prises; on en donne une toutes les deux ou trois heures dans une cuillerée de tisane. Cette médication est évidemment impuissante : il en est à peu près de même de l'asa fetida, de la valériane, du succinate d'ammoniaque et du camphre; l'opium a rarement été prescrit contre l'éclampsie. La plupart, en effet, redoutent cet agent qu'ils regardent comme congestionnant le cerveau, à quelque dose qu'on le donne. Il n'en est rien, et pourtant l'opium ne doit pas être donné en quelque sorte empiriquement, mais seulement en vue d'une indication précise, comme le serait une douleur vive, surtout lorsque celle-ci paraît avoir été la cause déterminante de l'éclampsie. On ne doit pas oublier que les enfants sont très-sensibles à l'action de l'opium, et que cet agent doit être toujours administré chez eux avec une extrême réserve. Pourrait-on, chez ces malades, faire inhaler le chloroforme pour amener le sommeil anesthésique? On l'a tenté, et l'on a réussi un certain nombre de

fois; mais cette méthode n'a pas encore été suffisamment expérimentée. Elle mérite pourtant de l'être. On peut y soumettre les enfants les plus jeunes, car il est prouvé qu'ils tolèrent bien les agents anesthésiques.

Assimilant sans motifs l'éclampsie des enfants aux maladies intermittentes, M. Mélier a proposé d'administrer contre cette affection le sulfate de quinine. Ce médecin distingué voyant les accès d'éclampsie se manifester plusieurs fois dans la journée, et, après avoir duré un certain temps, régulièrement le même ou variable, cesser pendant un temps donné, comme une heure ou deux, pour revenir et cesser encore, et cela à quatre ou cinq reprises différentes, toujours distinctes et séparées par des intervalles plus ou moins égaux, il en a conclu que ce n'était là qu'une affection intermittente à courte période (1). On ne saurait assimiler des affections aussi dissemblables; l'éclampsie, en effet, n'est pas une affection intermittente, mais une maladie à paroxysmes, et si dans quelques cas rares on a vu la quinine réussir, c'est bien moins comme antipériodique que comme agent de sédation sur le système nerveux. Si l'éclampsie était de la famille des maladies périodiques, le quinquina compterait des succès plus nombreux et moins contestables. Le sel de quinine est d'ailleurs parfaitement toléré par les enfants les plus jeunes, 30 centigrammes ont pu être donnés à des enfants âgés de moins de deux mois.

L'éclampsie affecte-t-elle un enfant encore renfermé dans le sein maternel, il faut, si l'affection succède à une émotion de la mère, employer les sédatifs et les antispasmodiques, et lorsqu'il existe un état pléthorique, recourir à une émission sanguine.

Les convulsions récidivent avec une extrême facilité chez beaucoup d'enfants; on s'étudiera alors à éloigner toutes les causes capables d'exciter la maladie; on prescrira un régime doux et quelques bains; on couvrira peu la tête des enfants; on entretiendra au contraire une chaleur permanente aux extrémités; on préviendra la constipation par le régime et les lavements; enfin on a conseillé, dans quelques cas, l'application d'un vésicatoire au bras ou à la nuque, et l'usage de quelques antispasmodiques, spécialement des pilules d'oxyde de zinc ou d'extrait de valériane.

DU SPASME DE LA GLOTTE

Historique. — Il existe une affection à peu près spéciale à l'enfance, que l'on doit nommer *spasme de la glotte*. Cette maladie, déjà décrite en Angleterre au commencement de ce siècle, spécialement par Hamilton, par Clarke, par Cheyne, etc., fut presque aussitôt oubliée. En 1829, Kopp (de Copenhague) la signala comme maladie nouvelle, et ayant cru rencontrer, chez les enfants qui en moururent victimes, un thymus volumineux, il fit de la lésion de cet organe la cause anatomique d'une maladie qui fut désignée sous les noms d'*asthme thymique* ou de *Kopp*. Ces idées trouvèrent plusieurs contradicteurs en Allemagne; en France, elles ne jouirent en aucun temps de la moindre faveur. Chez nous cependant, depuis vingt années, le spasme de la glotte a fixé l'attention. Il fut signalé d'abord par quelques auteurs, notamment par Constant, par MM. Blache, Rilliet, Barthez, Barrier, etc. Mais il n'existait encore aucune histoire satisfaisante de la maladie, lorsque M. le docteur Hérard a comblé cette lacune en publiant dans sa thèse (1847, n° 3) le fruit de ses laborieuses recherches. Son travail va nous servir beaucoup pour la rédaction de cet article.

(1) Mémoires de l'Académie de médecine, t. X.

Anatomie pathologique. — Chez les enfants qui succombent au spasme glottique, on ne constate le plus souvent aucune lésion appréciable; s'il en existe, ce sont des complications accidentelles ou des altérations secondaires, résultant presque toutes de la gêne que la respiration a éprouvée pendant les accès. C'est ainsi que les poumons sont toujours ou presque toujours emphysemateux, le cœur et les gros vaisseaux sont souvent gorgés de sang comme dans l'asphyxie. Le cerveau, la moelle, les nerfs pneumogastriques, récurrents, diaphragmatiques, ainsi que les nerfs des membres, ont été disséqués avec soin par M. Hérard, et jamais altération importante ne s'y est révélée. L'anatomie pathologique dans l'asthme glottique ne donne donc que des résultats à peu près négatifs. Telle n'est pas cependant l'opinion qui a prévalu en Allemagne. Ainsi, suivant le docteur Kopp, on trouverait toujours le thymus hypertrophié, augmenté de volume, les accidents seraient produits, d'après lui, par la compression que ce corps exercerait sur la trachée ainsi que sur les vaisseaux. D'autres auteurs, tout en admettant l'exactitude du fait anatomique, lui ont pourtant donné une autre interprétation, et ont fait de la prétendue lésion du thymus une altération secondaire dépendant de la difficulté de la respiration. M. Hérard a combattu ces deux propositions avec un grand succès, et il a établi que le thymus est un organe qui offre les plus grandes variations de poids et de volume chez les enfants bien portants; que ces variations, dépendant de la force et du plus ou moins d'embonpoint du sujet, se rencontrent par conséquent dans toutes les maladies du jeune âge, et qu'aucune de celles-ci ne se lie à l'état anatomique du thymus.

Symptômes. — Le spasme de la glotte est caractérisé par des accès de suffocation qui arrivent brusquement, sans prodromes, souvent sans causes appréciables, tantôt pendant le jour, tantôt pendant la nuit. Les petits malades sont tout à coup en imminence de suffocation; leur respiration se suspend aussitôt comme si la glotte était brusquement obstruée. La physionomie de l'enfant exprime alors l'anxiété la plus vive; sa bouche est largement ouverte, comme pour aspirer l'air qui lui manque; sa tête se renverse en arrière, ses yeux sont fixes; le visage devient bleu; il y a, en un mot, tous les signes d'une asphyxie commençante (Hérard). Enfin, après dix ou vingt secondes de cet état grave, l'attaque se termine par une ou par plusieurs petites inspirations sonores, aiguës et comme convulsives, dont le hoquet donne une certaine idée et qui constituent, à vrai dire, d'après tous les auteurs, le signe pathognomonique, souvent unique, du spasme de la glotte. Pendant ces accès, les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers; les jugulaires sont tuméfiées; la peau est inondée d'une sueur froide; souvent il y a des évacuations involontaires; enfin il existe des convulsions, tantôt générales, épileptiformes, le plus souvent partielles, toniques, et consistant en contractures bornées aux extrémités. Celles-ci peuvent précéder de quelque temps le spasme glottique et persister après, mais le plus ordinairement elles se développent et disparaissent avec lui.

Les accès que nous venons de décrire ont une durée variable: on les a vus se prolonger pendant un quart d'heure (Hauff); mais, le plus souvent, ils se terminent après quelques secondes ou après une ou deux minutes au plus. Ces accès, rares au début, peuvent laisser entre eux un intervalle de plusieurs mois ou de plusieurs semaines; mais bientôt ils se rapprochent de plus en plus, de manière à éclater tous les jours, et même deux fois par heure. Les efforts de déglutition, la douleur, les frayeurs ou le réveil, sont les causes principales qui provoquent le retour des accès. Quand ceux-ci sont éloignés,

les enfants reprennent, dans leur intervalle, toute leur gaieté; mais, à mesure qu'ils se répètent, ils laissent un état permanent de souffrance; la nutrition s'altère, le sommeil se perd, la diarrhée se déclare, et si l'enfant n'est pas emporté dans une attaque, il meurt plus tard épuisé ou dans le coma.

Durée. Terminaisons. — Le spasme de la glotte a, d'après M. Hérard, une durée moyenne de quelques semaines à plusieurs mois; il peut se prolonger plusieurs années, comme ne durer que quelques secondes, puisque les enfants peuvent succomber dans le premier accès. La terminaison peut être favorable ou bien funeste. La mort peut arriver brusquement pendant l'accès, par cessation de la respiration, ou bien les malades succombent à quelque lésion accidentelle du cerveau ou à l'épuisement des forces qu'entraîne la fréquente répétition des crises.

Diagnostic. — Le spasme de la glotte a une physionomie tellement bien tranchée, qu'il est difficile de le méconnaître. En effet, des accès de suffocation affectant brusquement les enfants au milieu de la santé la plus parfaite, se dissipant après quelques secondes ou quelques minutes sans laisser de traces, caractérisent suffisamment la maladie. On ne confondra pas le spasme de la glotte avec le croup; car on ne rencontre point dans le premier l'enrouement, l'aphonie, le sifflement laryngo-trachéal continu, le rejet des fausses membranes, la dyspnée persistante s'exaspérant par moments et se transformant en accès de suffocation, la fièvre enfin, qui caractérisent la laryngite pseudo-membraneuse. Il y a plus de points de contact entre le spasme glottique et l'angine striduleuse ou asthme de Millar. Mais cette dernière affection atteint des enfants généralement plus âgés; elle est souvent précédée par de l'enrouement; les accès, survenant presque toujours au milieu de la nuit, sont caractérisés par une toux quinteuse, sèche, sonore et sifflante, avec menace de suffocation. Enfin, après une ou plusieurs heures de durée, la crise cesse, et il est presque sans exemple qu'elle ait jamais eu une issue funeste. La coqueluche n'a aucun rapport avec la maladie que nous traitons, car elle se caractérise par des quintes de toux très-rapprochées qui n'existent pas dans le spasme, et qui sont suivies d'une inspiration longue et retentissante, n'ayant aucune ressemblance avec l'inspiration aiguë, convulsive, qui termine l'accès du premier. Je ne dirai rien de l'œdème de la glotte, qui, étant une maladie à marche continue, offrant seulement de temps en temps des exacerbations, ne peut, dans aucun cas, être confondue avec le spasme glottique.

Pronostic. — Le spasme de la glotte est une des affections les plus graves de l'enfance. Elle fait périr, en effet, au moins le tiers ou la moitié des enfants qu'elle atteint; elle peut emporter le malade dès le premier accès, et l'on voit périr alors comme foudroyés des enfants qui, quelques secondes auparavant, étaient gais et pleins de vie. Le pronostic sera d'autant plus fâcheux que les enfants sont plus jeunes, plus débiles, que les accès sont plus longs et plus rapprochés.

Étiologie. — Le spasme glottique est une affection spéciale à la première enfance; on l'observe surtout chez les sujets âgés de trois à dix-huit mois. Les garçons y sont plus prédisposés que les filles; ceux d'une constitution débile y sont peut-être plus exposés que les enfants vigoureux. Il n'est pas prouvé que la maladie soit héréditaire ou que certaines conditions d'organisation des parents y prédisposent les enfants. Mais il est avéré que la prédisposition peut atteindre tous les enfants d'une même famille. La maladie semble plus commune dans les pays humides et froids; ainsi, tandis qu'elle est rare en France et presque inconnue dans les pays plus méridionaux, on la rencontre au con-

traire très-fréquemment en Angleterre ainsi qu'en Allemagne. Il règne surtout dans le premier de ces pays une opinion que M. Hérard semble partager, et qui consiste à regarder le travail de la dentition comme une cause occasionnelle du spasme glottique: c'est un point de doctrine non encore établi, et qui mérite de fixer l'attention des médecins.

Traitement. — Les accès sont si courts, qu'il est à peu près impossible de rien faire pour les modérer ou pour empêcher les enfants de succomber. On conseille seulement de relever l'enfant, de le pencher en avant, d'asperger sa figure d'eau froide, de lui présenter des substances odorantes, et de frictionner sa poitrine et les membres avec une flanelle imprégnée d'un liniment irritant: on a même recommandé la trachéotomie.

On essaiera de prévenir le retour des accès en empêchant l'enfant de courir avec trop d'ardeur, en prévenant ses pleurs, en surveillant la dentition. Si les accès coïncidaient avec l'issue difficile d'une ou de plusieurs dents, on devrait inciser la gencive, car on a vu plusieurs fois cette simple opération terminer des accès qui mettaient la vie dans le péril le plus prochain. En même temps la plupart des médecins ont recours à la médication antispasmodique: l'oxyde de zinc, le musc à haute dose sont fréquemment employés. Les narcotiques ont aussi quelques partisans, et un fait des plus curieux, rapporté par le docteur Marotte dans le tome XLVIII du *Bulletin de thérapeutique*, prouve que les inhalations de chloroforme peuvent être tentées avec succès contre cette redoutable affection. M. Marotte a sauvé, par ce moyen, un enfant de onze mois sur le point d'expirer, à cause d'accès qui se multipliaient, et pour les conjurer, il a dû, par des inhalations successives, pendant lesquelles il a dépensé 25 grammes de chloroforme, prolonger pendant deux heures le sommeil anesthésique. Il faudrait d'autant moins hésiter à suivre en pareil cas la conduite de M. Marotte, que les agents anesthésiques peuvent être administrés aux enfants dès l'âge le plus tendre. Mais il faut se rappeler qu'ils sont très-impressionnables à ces médicaments, et que la période anesthésique arrivant souvent chez eux d'emblée, sans excitation préalable, on doit redoubler de vigilance. Dans le spasme glottique, on ne négligera pas d'établir une révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs, et sur la peau avec des rubéfiants et même avec des vésicants. Enfin, il faudra placer l'enfant dans les meilleures conditions hygiéniques; le changement de lieu, l'habitation à la campagne, ont suffi parfois pour arrêter brusquement les accidents.

Nature. Siège. — Il est inutile d'insister pour prouver que la maladie que nous venons de décrire est une névrose. Son début brusque, son retour par accès, l'absence de toute lésion appréciable, le démontrent. Mais où localiser la maladie? Faut-il en faire une névrose des nerfs récurrents amenant la convulsion tonique des muscles du larynx; ou bien doit-on, avec quelques auteurs, en faire une affection des centres nerveux analogue à l'éclampsie, à l'épilepsie, au tétanos, etc., et se traduisant par une convulsion partielle? C'est l'opinion qui nous paraît la plus probable. C'est ce qui explique la place que nous avons donnée dans ce livre au spasme glottique, en en parlant immédiatement après l'éclampsie. Ce qui prouve d'ailleurs en faveur de l'opinion que je soutiens, c'est que, dans un grand nombre de cas, la convulsion s'étend à d'autres muscles, notamment aux muscles des membres; enfin, quelquefois envahissant tout le corps, elle se transforme en véritable accès d'éclampsie.