

par la durée de la contraction — qui est persistante dans le type *tonique* et d'autant plus longue que la rigidité est plus grande, — qui est passagère dans le type *clonique* caractérisé par des secousses motrices élémentaires incessantes, séparées par de courts moments d'immobilité.

Description. — Les convulsions peuvent être chez le même malade, et au cours de la même attaque, alternativement cloniques et toniques, c'est-à-dire que — tantôt ses membres sont dans un état de contraction permanente qui donne aux membres une rigidité spéciale (convulsion tonique), — tantôt, au contraire, ceux-ci sont agités de secousses incessantes (convulsions cloniques) : cette alternance s'observe assez fréquemment dans les convulsions des nouveau-nés. — Parfois, comme dans l'épilepsie, l'ordre de succession de ces deux modes convulsifs est constamment régulier : la convulsion est d'abord tonique et ne devient clonique qu'à la fin de l'accès.

D'autres fois, ces deux types de convulsions restent isolés : ainsi le tétanos et la crampe sont caractérisés par des convulsions exclusivement *toniques*, alors que des convulsions exclusivement *cloniques* caractérisent la chorée, le tic douloureux, parfois l'attaque d'hystérie, etc.

Quelle que soit la modalité qu'elles revêtent, les convulsions peuvent être — *générales*, c'est-à-dire étendues à tous ou presque tous les muscles (convulsions toniques du tétanos, et convulsions cloniques de la grande attaque d'hystérie), — ou *partielles*, c'est-à-dire limitées à un certain nombre d'entre eux (convulsion tonique de la crampe et convulsions cloniques du tic douloureux).

Les convulsions *toniques* sont douloureuses (tétanos, crampes). — Les convulsions cloniques peuvent être douloureuses ; mais le plus souvent elles sont indolentes (chorée), tout en laissant après elles une sensation de fatigue et de courbature (particulièrement marquée dans l'hystérie).

Presque toujours l'accès s'accompagne de *troubles vasomoteurs* : pâleur de la face au début ; dilatation bilatérale de la pupille ; ralentissement initial du cœur durant la phase to-

nique, puis accélération jusqu'à la fin de la phase clonique ; vaso-constriction généralisée pendant tout l'accès.

Dans certains cas, notamment dans le tétanos, dans l'état de mal épileptique, etc., la température s'élève d'une façon très remarquable ; d'après Charcot et Bouchard, cette élévation de la température ne s'observerait que dans les convulsions toniques, parce que l'absence du mouvement produit serait compensée par une production exagérée de calorique ; d'après Peter, elle serait en rapport avec les progrès de l'asphyxie, car, dans ce cas, le sang veineux, normalement plus chaud que le sang artériel, se trouverait moins refroidi, dans son passage à travers le poumon, par le contact de l'air atmosphérique.

Très souvent aussi on observe des troubles de sécrétion ; salivation au cours de l'attaque d'épilepsie ; larmes abondantes à la fin de beaucoup d'attaques d'hystérie ; émission d'urines abondantes après la plupart des attaques convulsives (urines nerveuses).

Signalons encore la perturbation respiratoire.

Les convulsions peuvent constituer à elles seules tout l'état morbide ou faire partie d'un ensemble pathologique complexe.

Très souvent, surtout dans les grandes névroses convulsives (hystérie, épilepsie, chorée héréditaire, maladie des tics convulsifs), il existe, en même temps que les convulsions, des *troubles psychiques* divers : idées fixes, délires émotifs, impulsions irrésistibles, écholalie, coprolalie, etc.

Pathogénie. — La *substance grise de l'axe spinal* (moelle épinière et moelle allongée, depuis la queue de cheval jusqu'au voisinage des tubercules quadrijumeaux) est très probablement le siège anatomique des convulsions.

On sait que la moelle (axe spinal) remplit un double rôle : non seulement c'est un *agent conducteur* des impressions sensibles et des incitations motrices ; mais encore elle possède le *pouvoir excito-moteur*, c'est-à-dire qu'une impression, partie d'un point quelconque du corps, peut être directement

transformée en mouvement par la moelle, le cerveau restant complètement étranger à ce mouvement.

Il est très probable que les convulsions ne sont que la mise en jeu exagérée de cette propriété excito-motrice de la moelle.

On peut, en effet (chez un animal), produire expérimentalement des convulsions, en mettant en jeu le pouvoir excito-moteur de l'axe spinal. Or, on le met en jeu de diverses façons :

1° En sectionnant la moelle, dans sa partie supérieure, pour l'isoler de l'encéphale qui exerce sur elle une action modératrice ;

2° En diminuant la quantité de sang qu'il reçoit ;

3° En imprégnant ce sang de divers poisons ;

4° En excitant mécaniquement l'axe spinal lui-même ;

5° En excitant les nerfs qui s'y rendent ou le cerveau ?

Ces données pathogéniques vont nous guider dans la classification des convulsions.

Classification. — Plusieurs auteurs divisent les convulsions en trois catégories : 1° *Convulsions symptomatiques*, c'est-à-dire liées à une altération des centres nerveux ; 2° *Convulsions sympathiques* du désordre d'un autre organe ; 3° *Convulsions essentielles*, c'est-à-dire dont le point de départ est inconnu.

Nous croyons pouvoir adopter, pour les convulsions, la même classification que pour les paralysies ; en effet, convulsions et paralysies ne sont-elles pas deux altérations opposées de l'activité musculaire dont l'axe spinal est le siège ? —
A. Convulsions par *lésions organiques* des centres nerveux et

1. On a comparé la convulsion à une sorte de décharge se produisant d'une façon analogue à un court-circuit dans un réseau électrique.

2. Le pouvoir excito-moteur étant localisé dans la colonne grise de l'axe spinal, le cerveau ne possède pas ce pouvoir ; il se trouve dans les mêmes conditions que les nerfs ; il ne peut donc produire de mouvements ou de convulsions que par un rayonnement incident sur l'axe spinal et par une réflexion de celui-ci (Foville).

des nerfs : — B. Convulsions par *altérations du sang* (ischémie, dyscrasie) ; — C. Convulsions dans les *névroses*, les fièvres graves, et par *action réflexe* à la suite de lésions d'organes divers.

Ajoutons qu'il faut faire intervenir, pour une part très importante, dans l'étiologie des diverses convulsions, l'influence prédisposante de l'hérédité névropathique.

A. CONVULSIONS PAR LÉSIONS ORGANIQUES DES CENTRES NERVEUX ET DES NERFS. — Toutes les lésions organiques des centres nerveux peuvent être le point de départ de convulsions. Citons les *méningites* cérébrales et rachidiennes ; les *encéphalites* et les *myélites* ; les *congestions* cérébrales et spinales ; les *hémorragies* ayant leur siège, soit dans les méninges (pachyméningite, hématorachis), soit dans la substance nerveuse ; les *traumatismes*, les *tumeurs* de toute nature.

Les excitations corticales, surtout dans les cas de tumeur, peuvent déterminer des convulsions dites épileptiformes, se produisant dans la moitié du corps du côté opposé à celui qui est lésé, débutant le plus souvent par un seul groupe de muscles, se propageant progressivement aux autres muscles de la même région, et susceptibles de se généraliser sans que le malade perde connaissance ou avant qu'il ne subisse la perte de connaissance (*épilepsie jacksonienne*, du nom de Jackson qui a bien étudié ces manifestations, déjà signalées en 1827 par Bravais). — Les convulsions qui proviennent d'une lésion du faisceau moteur dans son trajet encéphalique restent le plus ordinairement limitées à une moitié du corps.

Les altérations bulbaires sont des causes fréquentes de convulsions qui, le plus souvent, se généralisent. Il semble résulter des expériences de Brown Séquard, confirmées par les observations anatomo-pathologiques de Ph. Chaslin, que c'est au bulbe qu'on doit localiser le point de départ de l'épilepsie.

Les convulsions d'origine spinale se manifestent généralement dans les membres inférieurs ou dans les quatre membres.

Les lésions des nerfs (compressions, tumeurs, sections, irritations diverses) peuvent déterminer des convulsions, mais elles sont beaucoup plus rares et, quoiqu'elles soient susceptibles de s'étendre plus ou moins, elles se limitent d'ordinaire aux muscles de la région.

B. CONVULSIONS PAR ALTÉRATION DU SANG. — L'anémie donne lieu, lorsqu'elle est portée à un certain degré, à des convulsions plus ou moins fortes; l'exemple le plus remarquable est fourni par les animaux que l'on fait mourir par hémorrhagie et qui, dans leurs derniers moments, sont agités de violentes convulsions¹.

Les altérations du sang qui donnent lieu aux convulsions les plus remarquables sont les intoxications.

Parmi ces intoxications, — les unes sont des auto-intoxications et sont le fait, soit d'une insuffisance dans l'élimination des poisons normalement fabriqués par l'organisme (éclampsie puerpérale, convulsions de l'urémie, du mal de Bright, de l'ictère grave, etc.), soit d'une production exagérée de poisons au sein de l'économie ou dans le tube digestif (convulsions de l'enfance liées aux troubles digestifs); — les autres sont le fait de micro-organismes infectieux sécrétant des toxines qui sont portées par le sang au contact des cellules nerveuses (convulsions du tétanos); — les autres sont le fait de la présence de poisons exogènes: le plus remarquable des poisons convulsivants est la strychnine². Il faut citer ensuite la plupart des poisons narcotico-âcres (opium, tabac, jusquiame, belladone). On observe encore des convulsions dans l'empoisonnement par l'alcool (*delirium tremens*), chez les hydrophobes, les saturnins, dans l'asphyxie, l'empoisonnement par l'ergot de seigle, etc.

1. Et ces convulsions résultent bien certainement de l'anémie des centres nerveux, car si l'on vient à injecter du sang ou même de l'eau dans les veines de ces animaux, les convulsions cessent.

2. Et toutes les substances qui en renferment: strychnées, noix vomique, fève de Saint-Ignace, fausse angusture, etc.; les convulsions produites par ces substances ressemblent absolument à celles du tétanos.

C. CONVULSIONS DANS LES NÉVROSES, LES FIÈVRES, PAR ACTION RÉFLEXE. — Il est plusieurs névroses dont les convulsions constituent le symptôme capital, telles que: l'épilepsie, l'hystérie, la chorée, l'éclampsie des enfants, la maladie des tics convulsifs, le paramyoclonus multiplex.

— Un grand nombre de fièvres comptent les convulsions parmi leurs symptômes initiaux. Ces convulsions sont surtout fréquentes lorsqu'il s'agit d'un enfant (fièvres éruptives, continues, intermittentes, simples ou éruptives, pneumonies) et semblent en rapport direct avec l'hyperthermie ou l'intoxication microbienne.

— Les convulsions se produisent souvent par action réflexe sous l'influence de la lésion d'un organe éloigné (vers intestinaux, éruptions dentaires; corps étrangers du conduit auditif, des fosses nasales, des conduits biliaires, de la vessie, etc.). C'est dans ces cas que la prédisposition héréditaire est le facteur principal.

Sémiotique. — On ne confondra les convulsions ni avec l'agitation, ni avec la jactitation que présentent certains individus agités par la fièvre, le délire, ni avec les mouvements irréguliers de l'ataxie, ni avec les convulsions simulées, etc.

La grande diversité des maladies qui présentent les convulsions parmi leurs symptômes rend impossible l'examen isolé de chacune d'elles; nous nous bornerons donc à faire quelques remarques applicables aux cas les plus ordinaires.

A. CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS. — Les enfants issus de souche névropathique sont extrêmement prédisposés aux convulsions. L'éclampsie, précédée souvent d'exagération des réflexes tendineux et d'hyperexcitabilité galvanique, survient chez eux à tout propos, à l'occasion d'une impression morale, d'un traumatisme, des douleurs de la dentition, de vers intestinaux, du moindre trouble digestif, de la fièvre (on doit redouter les convulsions chez tout enfant nerveux dont la température atteint ou dépasse 40°: d'où l'indication, en pareil cas, des bains tièdes avec compresses froides sur la tête, qui restent encore un excellent moyen de traitement lorsque les convulsions sont apparues). Les convulsions peuvent être alternativement toniques et cloniques, partielles ou généralisées, et, dans ce dernier cas, leur ordre d'extension est toujours le

même : commençant par les globes oculaires, elles s'étendent à la face, puis au cou et à la nuque, aux extrémités supérieures et au tronc, en dernier lieu aux membres inférieurs ; elles sont le plus souvent symétriques et bilatérales.

En présence d'un enfant atteint de convulsions, vous devez rechercher : — 1° si ces convulsions se rattachent à une *dentition difficile*, à la présence de *vers intestinaux*, ou même à une simple *indigestion*, à la constipation, à la diarrhée, etc. : — 2° s'il existe une fièvre, forte et persistante, le diagnostic se circonscrivant alors entre deux hypothèses : est-ce une *fièvre éruptive*, une *fièvre muqueuse*, un *embarras gastrique* ? ou bien s'agit-il d'une *affection cérébrale*, telle qu'une *méningite simple*, *tuberculeuse*, ou une *hémorragie méningée*, etc. ?

Les fièvres éruptives se révéleront bientôt par l'éruption ; l'embarras gastro-intestinal, par la rapide efficacité d'un vomitif, ou mieux d'un lavement ou d'une irrigation intestinale ; les méningites, dont il ne faudra pas trop vite admettre l'existence, par la céphalalgie, le délire, les vomissements, le signe de Kernig¹ ; puis la somnolence et le coma. Si la méningite est tuberculeuse, il existe souvent déjà des tubercules dans les poumons ou les ganglions mésentériques, et la mort arrive vers le vingtième jour, et non vers le septième comme dans la méningite franche. En cas de doute, la ponction lombaire et l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien fixeront le diagnostic.

La *tétanie*, ou *contracture essentielle des extrémités*, qu'on observe presque aussi souvent chez l'adulte, a, chez l'enfant, des rapports intimes avec l'éclampsie et le spasme glottique, soit par ses causes qui sont les mêmes, soit par sa coïncidence fréquente avec les autres formes de convulsions. Elle peut survenir au cours de la pachyméningite hémorragique des nourrissons, dans l'hydrocéphalie, dans les dyspepsies. Elle est caractérisée par des contractures des mains et des pieds, souvent douloureuses, volontiers intermittentes, donnant fréquemment à la physionomie un cachet particulier de souffrance, avec prééminence des lèvres en bec de canard, et s'accompagne, à la longue, d'œdème et d'empâ-

1. La recherche du signe de Kernig est des plus aisées : alors que, dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs sont relâchés et qu'il est facile de mettre le genou en extension complète, au contraire, dans la position assise, les genoux se maintiennent toujours plus ou moins fléchis, sans qu'on puisse les ramener dans une extension complète par suite d'une contracture des extenseurs.

lement douloureux du côté de l'extension des mains et des pieds (d'Espine). Elle se présente sous trois formes, d'après Bouveret : — une première forme ou *tétanie proprement dite* dans laquelle les convulsions occupent les muscles des mains et des avant-bras, des pieds et des jambes, mais respectent les muscles du tronc, de la face et du cou ; — une deuxième forme, dans laquelle les contractures sont plus ou moins généralisées et ressemblent à un accès de tétanos ; — la troisième forme, la plus rare, caractérisée par des attaques violentes de convulsions toniques et cloniques générales, avec perte de connaissance, suivies d'une période de coma et rappelant les convulsions d'une attaque d'épilepsie.

B. CONVULSIONS DANS LES NÉVROSES. — 1° *Épilepsie*. — Voici un individu fort, vigoureux, qui, tout d'un coup, s'arrête, et tombe sur place en jetant un cri : sa face est livide, il est dans une immobilité complète ; mais presque aussitôt sa face devient vultueuse et d'horribles convulsions agitent tout son corps qui, cependant, ne se déplace pas ou se déplace à peine, une écume sanglante sort de sa bouche, et il tombe dans un coma stertoreux. Que vous assistiez ou non à l'attaque, il vous sera parfois facile, d'après des caractères aussi tranchés, les morsures de la langue, la connaissance d'attaques antérieures, de reconnaître l'épilepsie.

2° *Hystérie*. — Voici une femme nerveuse qui éprouve des pandiculations, des bâillements ; elle pleure, rit sans motifs, s'agite ; elle sent une boule qui monte vers sa gorge ; puis surviennent des convulsions de nature fort diverse mais avec déplacement incessant du corps, suivies parfois d'extases, terminées par des sanglots, des éructations, des urines abondantes, vous reconnaîtrez sans peine à ces caractères une attaque d'hystérie.

Vous n'aurez pour confirmer votre diagnostic qu'à rechercher ensuite les stigmates de la grande névrose : rétrécissement concentrique du champ visuel ; anesthésie cutanée, presque toujours partielle, tantôt affectant une distribution hémilatérale, tantôt distribuée en segments géométriques réguliers (anesthésies en manche de veste, en épaulette, en gantelet, en gigot, en ceinture), et n'entraînant jamais la suppression des réflexes vasomoteurs provoqués par les excitations sensibles cutanées ; abolition du réflexe pharyngé en rapport avec l'anesthésie de la muqueuse correspondante ; zones hystérogènes (en rapport avec des foyers d'hyperesthésie) ovariennes, testiculaires, etc., etc.

Lorsque les attaques convulsives, au lieu d'être isolées, se répè-

tent à de courts intervalles ou se confondent même, suivant le mode subintrant, en constituant ce qu'on est convenu d'appeler l'état de mal, le diagnostic peut être beaucoup plus difficile. L'extrême fréquence des attaques plaide plutôt en faveur de leur origine hystérique, surtout lorsqu'elles se renouvellent ainsi pendant des semaines. Mais le principal signe différentiel se tire de la marche de la température interne qui dépasse 40 et 41 dans les cas de mal épileptique, tandis que, dans les mêmes circonstances, elle s'élève rarement jusqu'à 39 chez les hystériques purs. Un autre signe différentiel se tire du traitement : tandis que les manifestations de l'épilepsie sont efficacement modifiées par la médication bromurée intensive, celle-ci reste à peu près sans influence sur les manifestations de l'hystérie qui, au contraire, sont susceptibles d'être modifiées, soit par la compression énergique et profonde de l'une des régions ovariennes, soit par la suggestion sous l'une quelconque de ses formes.

Mais il peut arriver que l'hystérie et l'épilepsie coexistent chez le même malade, constituant ce qu'on a appelé l'hystéro-épilepsie et donnant lieu, tantôt à des attaques convulsives hystériques, tantôt à des attaques d'épilepsie. Le diagnostic des unes et des autres ne peut plus alors se baser que sur leurs caractères propres résumés dans le tableau suivant :

Epilepsie : crises plutôt nocturnes ou matinales, précédées ou non d'un aura, se produisant indépendamment de toute cause occasionnelle, débutant brusquement par un cri initial (qui ne se reproduit pas) suivi immédiatement de convulsions tétaniques raidissant les membres en extension forcée (sauf les poings qui sont serrés en flexion, avec le pouce dans la paume de la main), serrant les mâchoires l'une contre l'autre et déterminant la morsure de la langue prise entre elles ; apparition d'une écume sanguinolente entre les lèvres ; abolition du réflexe lumineux des pupilles ; aux convulsions tétaniques succèdent des convulsions cloniques, sans cris, qui se terminent elles-mêmes par une phase stertoreuse. Pendant l'attaque, il s'est ordinairement produit de l'incontinence d'urine, avec ou sans incontinence des matières fécales, avec éjaculation fréquente chez l'homme ; la piqure de la plante des pieds provoque généralement l'extension des orteils (signe de Babinski). Les urines sont chargées et ont leurs principes fixes augmentés, notamment l'urée. Dans l'état de mal, il y a élévation considérable de la température.

Hystérie : les attaques surviennent plutôt l'après-midi ou le soir,

à l'occasion d'une émotion ou d'une contrariété, éclatent moins soudainement et ne sont presque jamais précédées du cri initial ; elles débutent par une aura partant toujours, soit d'une région ovarienne (aura complète), soit du creux épigastrique sous forme de boule. Les convulsions toniques (phase épileptoïde) sont suivies de grands mouvements de circumduction, d'attitude en arc de cercle, de grands mouvements oscillatoires ; la langue est projetée en avant, au lieu d'être serrée entre les arcades dentaires, aussi est-elle rarement mordue et se produit-il rarement de l'écume sanguinolente. La perte de connaissance n'est pas aussi complète que dans l'épilepsie. Le réflexe lumineux est généralement conservé ; il y a parfois seulement émission involontaire d'urine ; à la phase clonique de l'attaque qui est habituellement tumultueuse, succèdent les attitudes passionnelles. L'attaque se termine par une crise de larmes, ou par des éclats de rire, ou par des manifestations délirantes. La compression des ovaires amène souvent la jugulation de l'attaque. Dans l'état de mal, la température s'élève rarement à 39. Les urines sont claires et limpides, par abaissement du taux du résidu fixe (Cathelineau) : les rapports de leurs phosphates terreux à leurs phosphates alcalins, qui est normalement de 1 à 3, devient comme 1 est à 2 ou 1 à 1.

La *Maladie des tics* ne semble guère, de prime abord, pouvoir être confondue avec la *chorée*. Cependant la confusion a pu être commise à cause de l'exaspération habituelle des tics, précisément à l'âge de prédilection de la chorée, c'est-à-dire entre 9 et 13 ans. Il suffira, pour éviter une pareille méprise, de remémorer les caractères essentiels de l'une et l'autre maladie.

Le caractère essentiel des tics est leur nature pseudo-intentionnelle : les mouvements des tiqueux sont coordonnés pour l'accomplissement d'un acte ou d'un geste, toujours le même, et qui n'a d'anormal que sa répétition indéfinie : ils sont brefs, saccadés ; ils sont atténués ou arrêtés momentanément par un effort de la volonté ; ils sont modifiés par la distraction, les émotions ; ils disparaissent pendant le sommeil ; ils n'entraînent pas de modification des réflexes ; ils s'accompagnent souvent (dans la maladie des tics convulsifs) d'écholalie, de coprolalie, de phobies nombreuses ; l'interrogatoire du sujet ou de ses parents apprend qu'il existait déjà des secousses musculaires isolées, longtemps avant l'apparition de la crise. Dans la chorée, les mouvements, irréguliers, illogiques, incoordonnés, sont plus arrondis ; ils se succèdent sans jamais se répéter, et la volonté est sans influence sur eux ;

il y a constamment de la myosténie et des altérations de la réfectibilité tendineuse.

Il existe toutefois une forme de chorée, décrite par Brissaud, sous le nom de *Chorée variable des dégénérés* qui peut être d'un diagnostic très difficile par cette raison que ses mouvements paraissent d'abord ressembler au tic pour prendre ensuite les caractères de la chorée. Elle est également variable dans le temps, offrant des apparitions ou des disparitions brusques. Son diagnostic se basera sur la constatation de la coexistence ou de la succession des deux ordres de symptômes chez le même sujet.

Dans le *Spasme*¹, les mouvements convulsifs ne sont pas influencés par la volonté ; ils sont, en outre, brusques, instantanés, rapides, comparables à des excitations électriques, et ne sont pas modifiés par les émotions ; douloureux quelquefois et s'accompagnant de troubles de la réflexivité, ils se produisent aussi bien pendant le sommeil que pendant la veille ; le plus souvent, ils affectent un territoire nerveux anatomiquement défini.

Les mouvements convulsifs de la *Chorée chronique de Huntington* revêtent le type choréique général, mais sont constamment associés à des troubles psychiques spéciaux consistant d'abord en des altérations passagères du sentiment et de la volonté, en des hallucinations de divers ordres, en quelques troubles du côté de l'idéation, puis en une déchéance progressive de l'intelligence. De plus, cette variété de chorée se développe lentement, le plus souvent vers l'âge moyen de la vie, suit une marche chronique, progressive, absolument fatale ; la recherche des antécédents permet de constater généralement son caractère familial.

Dans la *Chorée de Bergeron* ou chorée électrique, les mouvements sont très brusques et comparables à des décharges électriques se répétant d'une façon rythmée à des intervalles variables ; ils cessent pendant le sommeil. L'affection coïncide souvent avec un trouble gastrique et serait même sous sa dépendance, d'après quelques auteurs ; d'après d'autres (Pitres) elle serait une manifestation de l'hystérie infantile, analogue à la chorée rythmique hystérique (chorée saltatoire, natatoire, etc.).

1. Le spasme, dans le sens où le terme est employé ici, diffère du tic en ce qu'il est actionné par une cause irritative ; ex. : une écarbille entre dans l'œil, la paupière, cligne c'est un spasme ; ce clignement persiste, malgré la disparition de la cause et sans raison, il est devenu un tic.

La *Chorée de Dubini*, caractérisée par des secousses électriques, d'abord localisées, puis générales, a un début brusque, avec accompagnement de violentes douleurs continues occupant la tête, la nuque, etc. Souvent elle donne lieu à de grandes crises convulsives, sans perte de connaissance, mais suivies parfois de parésies des membres.

3° *Paramyoclonus multiplex*. — Cette affection, décrite par Friedreich, se distinguera par des convulsions le plus souvent cloniques, quelquefois toniques, tétaniformes ou fibrillaires, localisées symétriquement — tout en n'étant pas synchrones (P. Marie) — dans certains groupes musculaires des membres supérieurs et inférieurs (atteignant souvent les triceps), n'entraînant d'ailleurs que peu de déplacement, respectant le plus souvent la face, pouvant intéresser parfois les muscles de la vie organique (myocarde, diaphragme, etc.) et entraîner alors des troubles de la circulation ou de la respiration, disparaissant pendant le sommeil, disparaissant passagèrement pendant la durée de l'exécution des mouvements volontaires, s'exagérant sous l'influence des excitations cutanées, de la percussion des tendons, de la pression des muscles, des émotions, sous l'influence du repos au lit. Il n'existe aucun autre trouble de la sensibilité, ni aucune modification des réactions électriques.

C. CONVULSIONS DANS LES INTOXICATIONS. — 1° *Tétanos*. — Un blessé ou un individu, atteint d'une écorchure légère, éprouve une gêne dans les mouvements de la mâchoire (*trismus*), une raideur douloureuse dans le cou ; cette raideur s'étend à d'autres muscles, elle est persistante ; mais spontanément ou sous l'influence d'un effort, d'un léger contact, elle s'exagère d'une façon horrible. — Le début de ces convulsions toniques par les muscles de la mâchoire et du cou, leurs paroxysmes, leur durée, leur extension à d'autres muscles, sont caractéristiques du tétanos.

2° *Éclampsie puerpérale*. — Voici une femme enceinte, de souche névropathique, à peu près arrivée au terme de sa grossesse ou même en travail, dont les urines contiennent le plus souvent de l'albumine, qui, depuis quelques jours, se plaint de vertiges, d'éblouissements, d'une douleur épigastrique. Elle éprouve d'abord quelques convulsions partielles cloniques dans les muscles du visage et des membres ; puis, tout à coup, son regard prend une fixité étrange, son corps se raidit dans une immobilité générale, mais qui ne dure qu'un instant, car, presque aussitôt, éclatent de grandes