indication. On prescrira le fer, le quinquina, l'hydrothérapie, dans quelques cas l'huile de foie de morue et les bains sulfureux. La *gymnastique* sera un adjuvant utile de cette médication, soit pour fortifier l'enfant, soit pour l'obliger à coordonner ses mouvements ; dans ce but, les exercices gymnastiques seront faits au son du tambour ou d'un instrument de musique.

La *médication arsenicale* est la seule qui ait conservé sa place de premier rang dans le traitement de la chorée, sans qu'on puisse lui attribuer un autre rôle que celui d'un reconstituant, modifiant d'une façon rapide et favorable le terrain propice à la chorée. Et, encore ici, on a été trop loin en préconisant une médication intensive avec l'espoir de couper l'attaque ; de véritables empoisonnements chroniques par l'arsenic (paralysies, entérites, mélanodermie) ont été obtenus ainsi, sans grand profit pour le malade. L'arsenic doit être donné à doses lentement progressives, en solution après le repas et non à jeun ; le traitement doit être interrompu au bout de deux à trois semaines, quitte à être repris avec huit à dix jours d'arrêt ; chez un enfant de six à dix ans, on ne dépassera pas volontiers la dose journalière de dix à douze gouttes de liqueur de Fowler (soit 5 à 6 milligrammes d'acide arsénieux).

Lorsque l'enfant est pris d'une agitation extrême et perd le sommeil, il faudra recourir aux narcotiques, à la *belladone* et surtout à l'*opium* ; on sera souvent obligé de donner ce dernier à des doses assez élevées pour procurer un peu de repos et de sommeil au malade. Le *chloral* a été employé dans le même but avec succès ; il doit être manié cependant avec précaution ; à la dose de 3 grammes, il peut être dangereux pour un enfant. C'est aussi dans ces cas d'agitation extrême qu'on doit essayer les *inhalations d'éther et de chloroforme* pour produire un calme au moins momentané. En même temps, on surveillera avec grand soin l'enfant pour l'empêcher de se blesser, et on capitonnera son lit.

Legroux (1) et Wollner (2) ont préconisé l'emploi de l'*antipyrine* dans la chorée et en ont obtenu de bons résultats dans des cas rebelles aux autres modes de traitement. Legroux prescrit l'antipyrine par prises de 0,50 et estime que la dose journalière, pour être efficace, doit atteindre 3 grammes ; l'action curative ne se fait sentir qu'au bout de cinq ou six jours. Leroux (3) a constaté également que l'antipyrine diminue l'intensité de la chorée et en abrège la durée, pourvu qu'elle soit prescrite à la dose minimum de 3 grammes par jour ; l'effet thérapeutique n'a été obtenu dans plusieurs cas qu'aux doses de 4 à 6 grammes. Leroux insiste sur l'absence de

(1) Legroux, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 27 déc. 1887, et *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1888, p. 97.
(2) Wollner, *Münch. med. Wochenschr.*, 1er fév. 1887.
(3) Leroux, *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 251 et 344.

toxicité de l'antipyrine chez l'enfant ; ce médicament serait bien toléré même lorsqu'il provoque des éruptions cutanées. Sans nier ses avantages dans le traitement de la chorée, confirmés par d'autres auteurs, nous redouterions de le prescrire à des doses aussi élevées.

Le *tartre stibié* (Gillette), les *pulvérisations d'éther* le long de la colonne vertébrale (Lubelski), les *ventouses sèches* appliquées dans la même région (J. Simon), les *courants continus* (Benedikt), les *courants induits* (Bougarel), le *bromure de potassium*, le *sulfate d'aniline*, la *ciguë* (Harley), la teinture de *fève de Calabar* à la dose de 1 à 4 grammes par jour, l'*ésérine* (1) à la dose de 2 à 5 milligr. trois ou quatre fois par jour (Bouchut), ou 1/2 à 2 milligr. en injections sous-cutanées (Riess), l'*hyoscyamine* à la dose de 2 milligr. (Oulmont), la *propylamine* à la dose de 1 gramme par jour (Pürkhauer), et qui paraît avoir donné des succès à Weiss (2) à des doses plus élevées (3 à 7 grammes), le *sulfate de zinc* (West), le *sulfate de strychnine* (Trousseau, Hammond), ont été également recommandés. Toutes ces médications compteraient des succès, mais il faut se souvenir, pour les apprécier à leur juste valeur, que la durée habituelle de la chorée est de six à dix semaines et que tout remède qui n'amène pas une guérison plus rapide ou ne diminue pas l'intensité des contractions est d'une efficacité douteuse.

Dans la chorée électrique, la faradisation (Cadet de Gassicourt) et le tartre stibié (Bergeron) ont donné de bons résultats.

CHAPITRE XIX

ÉPILEPSIE.

L'épilepsie est une maladie chronique, caractérisée par des attaques incomplètes (*petit mal*) ou complètes (*grand mal*) d'ischémie cérébrale vaso-motrice, dues à l'irritabilité anormale du centre bulbaire vaso-moteur et des zones motrices corticales. Cette irritabilité est tantôt héréditaire et idiopathique, tantôt acquise à la suite de lésions cérébrales (traumatisme cranien, hémiplégie spasmodique), d'irritations périphériques réflexes (épilepsie réflexe), d'une infection ou d'une intoxication (épilepsie syphilitique, saturnine).

L'épilepsie ne se distingue de l'éclampsie que par sa chronicité ; on comprend ainsi que l'éclampsie puisse être souvent chez l'enfant la première manifestation de la redoutable névrose.

(1) Lodderstadt (*Berl. klin. Woch.*, 1888, nº 17) a observé des accidents graves d'intoxication chez une petite fille de neuf ans atteinte de chorée, à la suite d'une injection d'un demi-milligramme de sulfate d'ésérine.
(2) Weiss, *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1894, p. 467.

ÉTIOLOGIE. — **Hérédité.** — L'hérédité, prise dans son sens le plus large, joue un rôle prépondérant dans l'épilepsie de l'enfance ; en effet, non seulement l'épilepsie, mais l'alcoolisme, l'hystérie, etc., même la migraine (Nothnagel) chez les parents, peuvent se traduire par l'épilepsie chez leurs descendants. L'ébriété au moment de la conception a été incriminée comme une cause de cette maladie chez les enfants.

L'épilepsie héréditaire se développe presque toujours avant la puberté (Echeverria), et est souvent précédée par l'éclampsie dans la première enfance ; habituellement les deux maladies sont séparées par un intervalle de santé parfaite qui s'étend jusqu'à l'âge de six ou sept ans, parfois même jusqu'aux approches de la puberté. Dans quelques cas, au contraire, les attaques d'éclampsie du premier âge passent à l'état chronique et la maladie revêt insensiblement tous les caractères de l'épilepsie.

Causes déterminantes. — L'épilepsie idiopathique peut se montrer sur un terrain préparé par l'hérédité sans causes déterminantes apparentes, mais elle peut survenir aussi sous l'influence de causes occasionnelles qui ne suffiraient pas par elles-mêmes à la créer de toutes pièces.

La *peur* est parmi ces dernières une de celles qui sont le plus souvent signalées dans l'étiologie de l'épilepsie infantile.

Le *traumatisme* cranien (commotion cérébrale, fracture du crâne avec enfoncement de fragments, etc.) peut être au début la cause unique d'attaques épileptiques, comme le prouvent les guérisons obtenues à la suite de la trépanation ; mais si l'opération intervient trop tard, il arrive souvent que la névrose persiste.

Les *maladies cérébrales* à foyer, surtout celles qui sont unilatérales et qui amènent la formation de noyaux de sclérose corticale, déterminent d'abord des attaques d'épilepsie jacksonienne qui finit souvent par se transformer en épilepsie vraie.

La *syphilis* peut également provoquer l'épilepsie, et, si le traitement n'intervient pas à temps, celle-ci pourra devenir incurable.

Il en est de même de l'*épilepsie réflexe* où, au début, l'irritation périphérique joue un rôle plus important que la prédisposition individuelle, et qui peut guérir quand la cause qui l'a provoquée a cessé d'agir. Nous connaissons un cas de guérison de l'épilepsie chez un collégien chez lequel la maladie disparut après plus d'un an de durée à la suite de l'expulsion d'un tænia. Parmi les causes de l'épilepsie réflexe il faut citer aussi l'irritation des organes génito-urinaires (calculs vésicaux, phimosis, vulvo-vaginite) et les cicatrices douloureuses ; mais il est rare que la guérison de ces affections soit suivie d'une cessation définitive des crises.

SYMPTOMES. — L'épilepsie dans l'enfance se révèle rarement d'emblée sous la forme de la grande attaque (*haut mal*), mais se cache

pendant longtemps sous des formes plus légères en apparence (*petit mal*), mais au fond plus caractéristiques que les attaques convulsives. Ce sont le plus souvent des *vertiges*, des *absences* avec pâleur subite de la face, qui durent à peine quelques secondes ; quelquefois l'enfant tombe et se heurte contre les objets qui se trouvent sur son passage ; on attribue longtemps ces accidents à la maladresse, jusqu'à ce qu'un jour éclate une attaque en règle qui en démontre la véritable signification (West).

Les formes que revêt le petit mal chez les enfants peuvent être variées, mais présentent une uniformité remarquable chez le même malade. Tantôt les attaques n'ont lieu que la nuit et ne se révèlent que par une émission involontaire d'urine ; tantôt c'est pendant le jour qu'apparaissent les symptômes furtifs et passagers de la névrose ; l'enfant présente alors une certaine bizarrerie d'allures ou bien de temps à autre une fixité subite du regard avec un marmottement de paroles indistinctes, qui cesse dès qu'on l'interpelle un peu vivement.

Dans certains cas, le petit mal se traduit par des *mouvements convulsifs limités*. Ainsi Steiner a observé, comme premier symptôme de la maladie chez certains enfants, une secousse convulsive de quelques doigts survenant sans cause appréciable et durant de une à deux minutes. Dans un cas observé par Henoch, l'épilepsie avait débuté par un tic convulsif de la paupière gauche. D'autres fois, c'est un balancement oscillatoire de la tête d'arrière en avant qui a été décrit comme une maladie spéciale sous le nom de *tic de Salaam* ou d'*eclampsia nutans*. « Les enfants inclinent la tête et plient légèrement le corps en avant, mouvement qui s'exécute avec une grande rapidité, quelquefois vingt, cinquante, cent fois de suite, puis cesse et peut se reproduire une ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Pendant l'attaque, l'enfant paraît hébété, mais l'intelligence reparaît complètement après chaque attaque... Cette maladie a une grande tendance à passer à l'état d'épilepsie confirmée et elle dure rarement plus de quelques semaines sans qu'au mouvement d'inclinaison s'ajoute quelque autre mouvement convulsif. » (West) (1).

Parmi les formes larvées de l'épilepsie observées plus spécialement dans l'enfance et la jeunesse, nous devons mentionner aussi l'*épilepsie procursive* [Bourneville (2), Ladame (3)]. Immédiatement après une crise de vertige ou une attaque convulsive, l'enfant, au lieu de s'endormir ou de rester hébété, se relève brusquement et court devant lui, évitant les obstacles et paraissant au premier abord agir avec discernement, mais si on l'arrête et lui demande où il va, il ne le sait pas et est tout étonné de se trouver à l'endroit où on l'a ren-

(1) West, *Leçons sur les maladies des enfants*. Trad. franç., p. 249.
(2) Bourneville et Bricon, *Arch. de neurol*, vol. XIV à XVI, 1887 et 1888.
(3) Ladame, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1889, p. 4.

contré. C'est là une forme fruste de l'automatisme ambulatoire épileptique observé chez l'adulte (Vivier) (1).

Aux symptômes du petit mal viennent se joindre tôt ou tard de *grandes attaques d'épilepsie*, d'abord rares et éloignées, puis plus rapprochées. Ces attaques ne présentent rien de particulier à l'enfance; elles sont souvent précédées d'une *aura* dans un des membres ou bien seulement de vertiges ou de vomissements; dans un cas observé par Henoch, chaque accès était précédé d'une rougeur qui apparaissait brusquement au visage et s'étendait à une grande partie du corps. L'attaque est caractérisée par une perte de connaissance subite avec pâleur de la face et contraction tonique de tous les muscles, suivie de grandes convulsions cloniques, d'écume à la bouche et de cyanose; elle se termine par un stade de ronflement, au sortir duquel l'enfant reprend le plus souvent sa vie habituelle, sans se douter de ce qui s'est passé.

Quand les accès se rapprochent et deviennent subintrants, la température s'élève et peut atteindre et même dépasser 41°. Le pronostic est alors grave et il n'est pas très rare de voir les enfants succomber dans l'état de mal.

La santé générale reste bonne quand les attaques ne se répètent pas trop fréquemment. Les fonctions intellectuelles demeurent intactes chez beaucoup d'enfants, tandis que chez d'autres elles finissent par s'obscurcir ou se troubler. C'est ainsi que la folie morale complique souvent l'épilepsie procursive et que la manie (2), la mélancolie et surtout l'idiotie peuvent être le résultat d'attaques répétées. On admet généralement que le tiers des idiots sont épileptiques (Féré). West fait observer que plus l'épilepsie est précoce, plus il est à craindre que l'intelligence soit entravée dans son développement.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic rétrospectif d'une grande crise épileptique peut se faire souvent par la constatation de la morsure de la langue, par les traces d'une contusion dont le malade ignore la cause, par des infiltrations hémorragiques de la face ou par la présence d'ecchymoses sous-conjonctivales.

Le *vertige épileptique* pourra être confondu avec une syncope, un simple vertige auriculaire ou stomacal ou un vertige hystérique. La perte de connaissance complète et instantanée, la pâleur de la face avec l'égarement du regard coïncidant avec un pouls fort et vibrant, sont caractéristiques du vertige épileptique.

Le diagnostic avec l'*hystérie* offre parfois de grandes difficultés; nous l'indiquerons au chapitre suivant.

(1) Vivier, *Thèse de Paris*, 1892, p. 40.
(2) Voir en particulier : Aubry, Fureur maniaque chez un épileptique de onze ans (*Lyon méd.*, 26 févr. 1888).

Les stigmates de dégénérescence, en particulier l'asymétrie cranienne, fréquents chez les épileptiques, n'ont pas néanmoins la valeur que Lasègue leur assignait; ils peuvent manquer dans l'épilepsie vraie et exister au contraire dans d'autres affections nerveuses.

PRONOSTIC. — L'épilepsie confirmée est une maladie presque incurable, quoiqu'elle soit compatible avec une grande longévité. On a cité cependant des cas de guérison spontanée après une violente commotion, après une maladie aiguë ou après la puberté, mais il s'agit toujours de faits exceptionnels.

Le *petit mal* est d'un pronostic aussi sérieux que la grande attaque. L'hérédité est une circonstance singulièrement aggravante, qui doit laisser fort peu d'espoir pour l'avenir; on doit donc être réservé dans le pronostic de l'éclampsie chez les enfants prédisposés par leurs antécédents aux maladies nerveuses. Nothnagel estime qu'on ne peut considérer ces enfants comme à l'abri de l'épilepsie que lorsqu'ils ont atteint sans accident la puberté ou l'âge de vingt ans.

L'épilepsie est rarement par elle-même une cause de mort, sauf dans les cas où les enfants succombent en état de mal ou à un accident survenu pendant l'attaque (chute, asphyxie par le bol alimentaire, par les couvertures ou l'oreiller, etc.).

TRAITEMENT. — Parmi les nombreux médicaments préconisés contre l'épilepsie idiopathique, le seul qui ait donné des résultats satisfaisants et qui mérite d'être conservé, est le *bromure de potassium*. Donné à la dose rapidement croissante de 1 gramme à 4 ou 5 grammes par jour, il éloigne les attaques, diminue leur violence et a même contribué dans quelques cas à la guérison définitive. Il doit être continué longtemps, à la dose suffisante pour supprimer les accès; cette dose ne doit être réduite que très progressivement, même après la suppression complète des attaques. On combattra les accidents du bromisme par les antiseptiques intestinaux, par de faibles doses de liqueur de Fowler et par des bains au savon répétés plusieurs fois par semaine afin d'assurer l'asepsie de la peau.

Tous les auteurs sont d'accord sur l'importance du *régime* contre le retour des attaques; on doit éviter avec soin de donner aux enfants une nourriture trop substantielle, trop animalisée surtout; les boissons alcooliques seront absolument proscrites; la constipation doit être combattue avec soin. La vie au grand air et l'hydrothérapie sont des adjuvants utiles du traitement.

Pendant l'état de mal, on prescrira le régime lacté exclusif, et le lait sera administré avec une sonde; on préviendra par cette alimentation forcée l'épuisement des forces.

West donne de judicieux conseils sur l'*hygiène morale* à laquelle il faut soumettre les enfants épileptiques. Leur vie doit être calme,

réglée, exempte de toute émotion violente, mais elle ne doit être ni oisive ni solitaire; il faut à ces enfants des occupations qui les intéressent et qui captivent leur attention sans fatiguer leur cerveau. Il recommande la *musique* comme l'un des moyens les plus puissants pour les calmer, pour développer leur intelligence et leurs facultés affectives. Redoutant avec raison la vie en commun des enfants épileptiques avec d'autres enfants bien portants, à cause de la contagion possible des maladies nerveuses par l'imitation, il voudrait qu'on créât pour eux des institutions spéciales. C'est une expérience qui a été déjà faite depuis de longues années en France, en particulier dans les asiles de La Force (Dordogne) fondés par John Bost.

Nous ne parlerons pas ici des opérations récemment proposées comme traitement de l'épilepsie. Disons seulement que la *trépanation* s'imposera quand la maladie succède à un traumatisme, surtout quand elle a présenté au début les caractères de l'épilepsie jacksonienne.

CHAPITRE XX

HYSTÉRIE.

La fréquence de l'hystérie chez les enfants a été déjà signalée au XVIIe siècle par Charles Lepois (de Montpellier) (1617) et par Sydenham (1684), mais son histoire n'a été bien connue que depuis l'importante monographie de Briquet (1). C'est à Charcot et à ses élèves Richer, Pitres, Gilles de la Tourette, Souques, etc., qu'appartient le mérite d'avoir débrouillé le chaos des manifestations cliniques de l'hystérie en général, et d'avoir démontré le rôle important qu'elle joue dans la pathologie infantile.

ÉTIOLOGIE. — **Causes prédisposantes**. — Age. — L'hystérie peut débuter dès l'âge de cinq ans (2); Briquet en cite trois exemples, et elle devient plus fréquente à mesure qu'on se rapproche de l'adolescence. En additionnant les statistiques de Landouzy, de Georget, de Beau et de Briquet, on trouve 71 cas d'hystérie entre cinq et dix ans et 157 entre dix et quinze ans. D'autres observateurs ont également cité depuis lors un grand nombre de cas d'hystérie chez les enfants; cependant le début de la maladie est encore plus fréquent après quinze ans. Pour Briquet, les enfants hystériques ne représentent que le quart ou le cinquième du nombre total des hystériques.

(1) Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, Paris, 1859.

(2) Quelques auteurs (Chaumier, Ollivier) admettent que l'hystérie peut se manifester dès la première enfance, mais nous croyons que la plupart des faits qu'ils citent relèvent de la prédisposition des petits enfants aux accidents nerveux sans qu'il soit nécessaire d'invoquer pour cela l'existence de l'hystérie.

Sexe. — L'hystérie s'observe surtout chez les petites filles, mais elle n'épargne pas non plus les garçons. Si Klein (1), sur 58 cas d'hystérie chez l'homme, n'en a pas trouvé un seul avant treize ans, Richer, Bourneville, Charcot, Laufenhauer (2) en ont observé plusieurs avant cet âge, et Batault a pu réunir 54 cas d'hystérie chez les garçons, dont 10 avant dix ans (dont l'un aurait même débuté à deux ans et neuf mois) et 44 entre dix et quinze ans. Il semble même que la proportion des cas masculins par rapport aux cas féminins est plus forte dans le jeune âge qu'à l'âge adulte.

Habitation. — C'est une erreur de croire que l'hystérie soit l'apanage exclusif des classes cultivées et des habitants des villes. L. Bruns (3) insiste sur la fréquence beaucoup plus grande des formes graves de l'hystérie chez les enfants de la campagne que chez ceux des villes et, en particulier, chez ceux qui habitent des villages isolés et situés en dehors des grandes voies de communication.

Menstruation et puberté. — L'apparition de la menstruation et de la puberté n'est point une condition nécessaire au développement de l'hystérie; la preuve en est dans le grand nombre de cas de cette affection signalés avant l'âge où ces phénomènes se montrent habituellement et qui n'appartenaient certainement pas tous à des enfants présentant une puberté ou une menstruation précoce. Dans trois des vingt-trois cas d'hystérie infantile cités par Greffier (4), l'absence des règles est d'ailleurs positivement spécifiée. L'existence de l'hystérie avant la puberté est une preuve de plus contre l'opinion qui a si longtemps régné d'une relation entre cette affection et le développement des fonctions génitales.

Hérédité. — L'hérédité nerveuse est la cause la plus importante de l'hystérie dans le jeune âge. Chez un grand nombre d'enfants atteints de cette affection, on trouve des hystériques parmi leurs ascendants ou leurs collatéraux, et dans les cas où l'hystérie faisait défaut, les parents avaient plusieurs fois présenté des symptômes d'aliénation mentale, d'épilepsie, d'alcoolisme, etc. Comme le dit Dejerine (5), l'hystérie peut être considérée comme la plus héréditaire des névroses, et cette hérédité semble plus fortement accentuée quand l'hystérie éclate dès l'enfance ou chez un sujet du sexe masculin.

Influences morales. — Une éducation mal dirigée, développant d'une manière exagérée la sensibilité nerveuse, la trop grande indulgence des parents ou au contraire une sévérité outrée, de mauvais

(1) Klein, De l'hystérie chez l'homme. *Thèse de Paris*, 1880.

(2) Laufenhauer, *Centralbl. für Nervenheilk.* 1886, n° 6.

(3) L. Bruns, *Die Hysterie im Kindesalter*, Halle, 1897, p. 27.

(4) Greffier, *Arch. gén. de méd.*, oct. 1882.

(5) Dejerine, De l'hérédité nerveuse. *Thèse d'agrég.*, Paris, 1886.