

XIX

TERREURS NOCTURNES

PAR LE D^r MOIZARD

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Un enfant, âgé de 1 à 10 ou 12 ans, s'est paisiblement endormi sans qu'on ait rien remarqué d'anormal dans son état. Brusquement, une heure ou trois heures après le début de son sommeil, il s'agite, pousse des cris d'effroi, s'assied sur son lit, les yeux largement ouverts, comme rivés sur une apparition terrifiante qu'il cherche à repousser. Tout en lui exprime la terreur : ses traits sont bouleversés, il pousse des cris plaintifs, prononce des paroles incohérentes, au milieu desquelles on peut souvent saisir quelques mots qui laissent deviner la nature de l'hallucination de la vue qui cause sa frayeur (car ces hallucinations de la vue sont presque constantes) : c'est un animal monstrueux, c'est un chien ou un chat, ce sont des voleurs que l'enfant s' imagine voir sur son lit et le menacer. Il ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent et qui sont accourues à ses cris. Il se jette cependant dans leurs bras comme pour y chercher un refuge contre les dangers qui le menacent. Puis, après quelques minutes, une demi-heure, ou même une heure d'agitation et d'effroi, le calme reparait lentement, souvent après une crise de larmes et de sanglots. L'enfant se rendort d'un sommeil tranquille, et le lendemain, à son réveil, il ne persiste d'autre trace de la crise de la nuit qu'un peu de fatigue rapidement dissipée. Dans quelques cas, il y a émission volontaire d'une quantité notable d'urine limpide à la fin de la crise. Mais ce n'est pas constant. En tout cas, il n'y a jamais ni pendant, ni après l'accès, d'émission involontaire d'urine. Le plus souvent l'enfant ne conserve aucun souvenir de l'accès de terreur nocturne.

La crise de terreur nocturne peut être isolée, ou ne se reproduire que rarement et à de longs intervalles, ou bien se répéter régulièrement toutes les nuits à la même heure pendant plusieurs semaines.

Tels sont, rapidement esquissés, les caractères d'un accès de terreur nocturne.

Historique. — C'est en 1845 qu'Hesse (d'Altona) les décrit pour la première fois. On ne les trouve cependant mentionnées dans aucune des éditions de l'ouvrage classique de Barthez et Rilliet; Bouchut, dans son *Traité des Maladies de l'Enfance*, les fait rentrer dans le groupe des névroses congestives de l'encéphale, et leur consacre une courte étude. Mais c'est West qui, le premier, en a donné une description complète dans ses leçons cliniques.

Steiner les a également étudiées, ainsi que les auteurs des ouvrages

récents sur les maladies des enfants : Ellis, d'Espine et Picot, Descroizilles, Comby. Enfin, Jules Simon en a parlé à différentes reprises dans ses leçons cliniques de l'hôpital des Enfants. Mais aucun travail d'ensemble n'existait sur cette question de pathologie infantile. La thèse de M. Debacker (1881) est venue combler cette lacune. Elle contient une étude complète de la pathogénie de ces accidents nerveux.

Symptômes. — Bien que les quelques lignes du début soient plutôt une esquisse destinée à bien fixer les traits de l'accès de terreur nocturne, il me paraît inutile de revenir sur cette description. A la durée, à l'intensité près, tous les accès de terreur nocturne se ressemblent. La nature des hallucinations terrifiantes peut varier ; mais la caractéristique absolue de ces accidents est de se montrer sous forme de crises nocturnes, passagères, de courte durée. Il me faut pourtant insister sur quelques-uns des traits du tableau clinique.

Ces attaques sont toujours liées à une hallucination qui peut provoquer la peur ; c'est un chien, un chat, que l'enfant s' imagine voir sur son lit ; ce n'est pas un état de délire, car l'enfant n'a pas d'autres hallucinations.

Pendant la crise, l'enfant a perdu toute connaissance : il appelle sa mère, mais, pendant les premiers moments, ne reconnaît pas sa voix. On n'a jamais observé de convulsions ni pendant ni après la crise : c'est là un fait important au point de vue du diagnostic.

Il n'y a ordinairement qu'un accès par nuit. Il peut cependant se produire deux attaques semblables, comme physionomie et comme durée, pendant une même nuit. West signale même le fait d'un enfant de 14 mois atteint de troubles gastro-intestinaux liés à la dentition, chez lequel les accès se reproduisaient 7 ou 8 fois dans une même nuit : le sommeil de la journée lui-même n'en était pas exempt. Mais c'est là un fait exceptionnel dont je ne connais pas d'autre exemple.

Il est assez rare que les terreurs nocturnes se montrent par accès isolés : le plus souvent elles se produisent pendant plusieurs nuits de suite, et ces périodes d'accès peuvent durer un mois, six semaines, et même davantage. Elles ont lieu à une heure fixe, toujours la même. Chez un de mes petits malades, les crises eurent lieu pendant six semaines, tous les soirs, à heure fixe, exactement à dix heures, et avec une régularité telle, qu'ayant tenu à assister à plusieurs d'entre elles, je pouvais arriver chez ses parents quelques minutes avant leur début. Après avoir persisté pendant six semaines, les crises cessèrent pendant un mois, pour reparaitre régulièrement tous les soirs pendant 15 jours, et ensuite de temps en temps, seulement quand les troubles digestifs qui en étaient nettement la cause venaient à se produire.

Cette durée peut être beaucoup plus longue. West cite l'observation d'un enfant de 7 ans, ayant eu, pendant les douze mois que dura le travail de sa seconde dentition, des crises de terreur qui, ordinairement, éclataient une demi-heure après qu'il s'était endormi. D'après West, cette longue durée des accidents n'a pas de gravité : nous verrons cependant, en étudiant leur pathogénie, qu'il n'en est pas toujours ainsi.

Dans l'intervalle des accès, l'enfant ne présente rien d'anormal dans son

état : mais les petits sujets qui en sont atteints sont le plus souvent des enfants nerveux, excitables, dont les ascendants ont eu des manifestations quelconques du côté du système nerveux. Il n'est donc pas étonnant qu'il puisse exister chez eux des troubles plus marqués : le somnambulisme a été signalé par Ellis et Goodhart; et, chez deux de mes petits malades, j'ai pu observer, après la disparition des terreurs, de véritables phénomènes de somnambulisme. Si les terreurs nocturnes sont déterminées par une lésion de l'encéphale, l'évolution est tout autre, et on voit paraître plus ou moins rapidement des symptômes cérébraux graves.

Étiologie. — Quelles sont les causes de ces troubles nerveux si curieux? C'est surtout entre 2 et 6 ans qu'on les observe; mais ils peuvent se montrer beaucoup plus tôt : West en a vu un cas chez un enfant de 11 mois. Les enfants qui en sont atteints sont presque toujours nerveux, impressionnables, souvent leurs ascendants présentent ou ont présenté des troubles plus ou moins marqués du côté du système nerveux. Presque tous ces enfants sont de constitution délicate, mal nourris, ou tout au moins soumis à une hygiène alimentaire défectueuse. Les garçons y sont aussi sujets que les filles. Jules Simon a bien indiqué l'influence d'une alimentation mal comprise sur la production des accidents nerveux chez les enfants.

Si les mauvaises conditions alimentaires ont une influence manifeste sur l'apparition des accidents que nous étudions, la mauvaise hygiène morale et intellectuelle n'en a pas moins. Les contes effrayants, dont certaines personnes se plaisent à farcir l'imagination des enfants, les scènes violentes dont ils peuvent être témoins, doivent être mis aussi au premier rang des causes prédisposantes; mais elles ne suffisent pas, dans la généralité des cas tout au moins, à déterminer les accidents. L'intervention d'autres facteurs est nécessaire. Avant de les énumérer, il faut tout d'abord les classer en deux grandes catégories : ceux qui agissent sur le cerveau, d'une façon passagère, l'impressionnant soit par action réflexe, soit, et sans doute beaucoup plus souvent, par l'influence de toxines d'origine alimentaire, qui agissent sur les cellules cérébrales à la faveur des troubles de l'innervation vasomotrice, et ceux qui agissent sur l'encéphale d'une façon permanente. En fait, au point de vue de l'étiologie, comme du pronostic et du traitement, il faut diviser les terreurs nocturnes en deux grandes classes, suivant qu'elles sont liées ou non à une lésion permanente de l'encéphale : les unes sont graves, les autres bénignes. C'est la division de Lasègue et de Debacker; c'est sur elle qu'il faut se baser pour indiquer les causes multiples qui peuvent les déterminer.

Parmi celles qui ne sont pas causées par une altération permanente de l'encéphale, les plus fréquemment observées sont causées par des troubles digestifs. On peut dire que, dans l'immense majorité des cas, c'est là le point de départ des accidents. Steiner croit pourtant qu'on a exagéré l'influence des troubles gastro-intestinaux. Suivant lui, les terreurs nocturnes ne sont souvent accompagnées d'aucun trouble digestif, et s'expliquent suffisamment par l'effet d'une surexcitation cérébrale chez des enfants nerveux et de constitution délicate, causée le plus souvent par des récits effrayants. Je n'y

contredis pas. Il est certain qu'il faut une impressionnabilité particulière du système nerveux pour expliquer pareils accidents : mais je crois, avec West et beaucoup d'autres observateurs, que les troubles digestifs doivent être placés au premier rang des causes déterminantes. Quoi de plus naturel quand on songe aux réactions nerveuses multiples que déterminent les désordres fonctionnels de l'appareil digestif (insomnie, convulsions, somnolence, vertiges, accidents hystériformes et hypochondriaques, palpitations, syncope, dyspnée)? Leur influence est encore plus nette chez l'enfant que chez l'adulte. Sans parler des convulsions si fréquentes en pareil cas, je rappellerai ces faits si curieux d'aphasie passagère observés par Henoeh (de Berlin) chez des enfants qui s'étaient gorgés de fruits, et disparaissant à la suite d'un vomitif. Siegmund a observé des faits semblables, et Fränkel cite même le cas d'une hémiplegie passagère coïncidant avec une indigestion. Les faits montrent d'une façon saisissante combien sont multiples, combien peuvent être d'apparence grave, les troubles nerveux d'origine gastro-intestinale.

L'influence des troubles gastro-intestinaux sur la production des terreurs nocturnes me semble donc indéniable. Alimentation trop abondante, excitante, usage abusif des boissons alcooliques, telles sont les causes principales : la dyspepsie consécutive à cette mauvaise hygiène alimentaire explique la persistance des accidents. Il faut dire aussi que chez certains enfants on observe des idiosyncrasies bien singulières : un aliment quelconque, très sain, de digestion facile, ne pouvant être ingéré sans qu'il en résulte une crise de terreur. West insiste sur la fréquence de la constipation chez les enfants atteints de terreurs nocturnes, et Hesse cite des cas où une diarrhée abondante se produisit à la fin de l'accès.

Cette influence des troubles gastro-intestinaux se rencontre presque constamment à l'origine des accidents. Comment donc expliquer l'opinion de Steiner qui leur dénie toute influence? Simple question de hasard d'observation, sans doute. Pour moi, qui ai eu déjà plusieurs fois l'occasion d'observer et de suivre des enfants atteints de terreurs nocturnes, non seulement j'ai toujours constaté chez mes petits malades des phénomènes de dyspepsie plus ou moins accentués, mais encore chaque retour offensif m'a paru déterminé par des manifestations dyspeptiques nouvelles. Qu'il faille ne pas se laisser influencer d'une façon trop exclusive par cette opinion, et se rappeler avec Steiner que les troubles digestifs peuvent manquer, et les accidents s'expliquer par une surexcitation cérébrale chez des enfants nerveux, excitables et d'une santé délicate, rien de plus sage assurément : mais c'est nier l'évidence, que refuser aux troubles gastro-intestinaux une influence de premier ordre sur la production des terreurs nocturnes. Bien que la plupart des cas observés par Steiner se soient montrés chez des enfants de 3 ans à 6 ans, ayant par conséquent passé la période où la dentition détermine le plus souvent des accidents, son influence sur la production des terreurs nocturnes est évidente. Aussi faut-il examiner toujours les gencives de l'enfant. On n'observe guère ces accidents nerveux que pendant la première dentition : ils sont beaucoup plus rares pendant la seconde.

Parmi les causes, je dois aussi indiquer les vers intestinaux (les lombrics,

les oxyures). Debacker cite une observation dans laquelle les terreurs nocturnes cessèrent après l'expulsion d'un ténia.

Si l'alcoolisme des parents peut être considéré comme une cause prédisposante, l'absorption d'alcool en excès par l'enfant suffit pour les déterminer. Chez un enfant à la mamelle, les excès alcooliques de la nourrice peuvent avoir le même résultat. Debacker cite l'observation très intéressante d'un enfant de dix-huit mois atteint de terreurs nocturnes qui cessèrent brusquement quand on chassa la nourrice qui buvait de l'eau-de-vie en cachette.

Certaines intoxications peuvent compter les terreurs nocturnes au rang de leurs symptômes ; l'intoxication par la belladone, le datura stramonium, par exemple. Enfin, Jules Simon a cité un fait très intéressant dans lequel la cause des accidents fut l'administration de doses relativement faibles de sulfate de quinine.

Les irritations prolongées de la peau (prurigo, gale) peuvent aussi les déterminer ; il faut rappeler à ce propos les symptômes pseudo-méningitiques observés par Moutard-Martin chez un enfant atteint d'une phthiriasse arrivée à un développement colossal. Telles sont, rapidement résumées, les principales causes des terreurs nocturnes d'origine réflexe ou toxique.

Il me reste à indiquer maintenant les lésions cérébrales qui peuvent avoir les terreurs nocturnes au nombre de leurs symptômes. Elles peuvent être, dans certains cas, rares à la vérité, un signe avant-coureur de la méningite tuberculeuse, de la sclérose cérébrale, des tubercules cérébraux. Ai-je besoin de dire que, dans ces cas, les crises nocturnes ne sont qu'un élément du tableau clinique, et que plus ou moins rapidement l'apparition d'autres symptômes en fixe la nature et l'origine ? Enfin l'épilepsie et l'hystérie peuvent compter les terreurs nocturnes au nombre de leurs symptômes. Telles étant leurs principales causes, il faut se les rappeler en présence d'un enfant atteint de ces accidents, afin de pouvoir instituer un traitement rationnel.

Diagnostic. — L'appréciation exacte de la nature de la crise ne présente ordinairement pas de difficultés. Ses caractères ordinairement si tranchés, les renseignements sur sa répétition plus ou moins fréquente et régulière, sur l'état nerveux de l'enfant, et les troubles dyspeptiques observés chez lui, suffiront pour fixer le diagnostic.

L'épilepsie seule pourrait être sujette à confusion ; mais, dans la crise de terreurs, il n'y a pas de convulsions, pas de morsures de la langue ni d'émission involontaire d'urine ; et le lendemain, au réveil, l'enfant ne présente pas cette fatigue, cette torpeur intellectuelle observées chez celui qui a une crise nocturne d'épilepsie. Cependant, même dans les cas les plus nets, certaines réserves doivent être faites, et, avant de se prononcer, il est nécessaire de fixer avec soin les antécédents personnels et héréditaires du sujet. Souvent il faut ajourner le diagnostic jusqu'au moment où l'évolution des accidents en a déterminé la véritable nature. Jules Simon a vu, en effet, plusieurs fois l'épilepsie se manifester au début sous forme d'hallucinations, ou de terreurs nocturnes. Il cite un petit malade chez lequel de grands accès d'épilepsie ont succédé à des crises de terreurs nocturnes.

Debacker a observé un cas analogue où la filiation des accidents fut la suivante : terreurs nocturnes au début, hallucinations, somnambulisme, épilepsie nettement constituée. Il est donc important de se souvenir de ces faits, et, sauf les cas où l'étiologie des crises est bien nette, il faut savoir formuler pour l'avenir quelques réserves. Mais ils constituent une exception, et, dans le plus grand nombre des cas, il est possible de formuler un diagnostic ferme. Quant au pronostic, il varie essentiellement suivant la pathogénie des accidents. Pour West leur longue durée ne leur donne pas de gravité. Mais par une singulière contradiction il avoue cependant « qu'une irritation prolongée du cerveau peut, sous l'influence de causes insignifiantes, se transformer en une maladie sérieuse. » Que conclure de tout ceci, sinon qu'un cas de terreur nocturne étant donné, et reconnu tel, il faut s'efforcer d'en pénétrer la cause : de la pathogénie des accidents dépend, en effet, et la possibilité d'un pronostic sérieux, et les indications d'un traitement rationnel.

Traitement. — Quelle que soit la cause déterminante des accidents, il est certaines précautions d'hygiène intellectuelle et physique qui sont de règle dans tous les cas. Éviter toute cause d'excitation cérébrale : ni lecture attachante, ni travail intellectuel trop prolongé, ni récits effrayants. L'enfant ne sera pas laissé seul dans sa chambre après son coucher, et on y maintiendra de la lumière. Les enfants atteints de terreurs nocturnes sont souvent d'une complexion délicate, ainsi que l'a remarqué Steiner : aussi on prescrira un exercice régulier, sans fatigue exagérée (la fatigue chez les enfants nerveux comme chez les adultes est souvent une cause d'excitation), un régime reconstituant.

L'influence prépondérante des troubles de la digestion indique la nécessité d'une sévère hygiène alimentaire. Les repas de l'enfant doivent être fréquents et peu abondants. Il ne doit pas dîner tard, et son dîner, surtout, sera fait très léger, variable en quantité et en nature suivant son âge. On ne doit, sous aucun prétexte, lui donner ni vin pur, ni liqueur. Éviter la constipation ; surveiller attentivement la dentition, prescrire à ce moment une antisepsie de la bouche aussi rigoureuse que possible, et pratiquer l'incision de la gencive si une dent tarde trop à en déterminer la rupture.

Quand des phénomènes de dyspepsie existent chez l'enfant atteint de terreurs nocturnes, on les combattra, suivant les cas, par les alcalins, ou des préparations contenant de l'acide chlorhydrique, la teinture de noix vomique ou les gouttes de Baumé, les préparations de pepsine, à doses variables suivant l'âge de l'enfant. L'étude attentive du malade, une enquête minutieuse poursuivie auprès des parents, permettra de fixer la pathogénie des accidents, et de leur opposer une médication appropriée. Je n'insiste pas : il suffit de se reporter aux causes multiples indiquées plus haut.

Il est souvent très utile de commencer le traitement par une purgation ; le calomel est surtout utile en pareil cas. Après avoir indiqué très minutieusement les règles d'hygiène dont l'application suffit souvent à elle seule à calmer les accidents, et à les faire disparaître, il faut aussi attaquer directement l'excitation cérébrale qui en est le point de départ immédiat.

Le bromure de potassium et le chloral seront employés avec succès.

Le bromure de potassium sera donné en solution aromatisée avec un sirop approprié au goût de l'enfant, et exactement titrée par cuillerées à café ou à bouche ; on le donnera au moment du très léger repas du soir. La dose variera, suivant l'âge, de 25 centigrammes à 1 gramme : quand il y a des phénomènes d'excitation nerveuse très marquée, il sera utile de donner le bromure deux fois par jour, le matin au premier déjeuner, et le soir. Le médicament devra être continué pendant plusieurs semaines, la durée du traitement étant subordonnée à son efficacité ; en tout cas, il sera sage d'y revenir, après une suspension plus ou moins prolongée. West insiste sur l'utilité de l'association du bromure de potassium et du chloral. Elle réussit très bien, dans le plus grand nombre des cas, à calmer l'irritabilité du système nerveux. L'opium n'est pas indiqué : il a l'inconvénient d'être souvent mal supporté par l'estomac, et surtout il amène la constipation ; il ne doit pas être employé. Le sulfate de quinine peut aussi être très utile, quand le bromure et le chloral, isolés ou associés, n'ont pas modifié les accidents. On le prescrira, à dose variable, suivant l'âge, au repas du soir.

En fait, les deux agents thérapeutiques à employer, en pareil cas, sont le bromure de potassium et le chloral.

Enfin, si la médication indiquée ici échoue, on pourra se rappeler l'observation très intéressante de Beztchincki (de Saint-Petersbourg), sur l'influence de la musique chez certains sujets. Appelé auprès d'un enfant de 3 ans atteint depuis longtemps de terreurs nocturnes que ni le bromure, ni le chloral n'avaient pu modifier, et s'inspirant du rapport de Ferrand à l'Académie (septembre 1896) sur l'effet physiologique de la musique, et son rôle possible en thérapeutique, notre confrère eut l'idée de traiter sa malade par la musique. Il choisit une valse de Chopin. Le résultat fut remarquable. Après le premier essai l'enfant dormit toute la nuit d'un sommeil calme, sans se réveiller. Au bout de quelques jours, pour se rendre compte de la valeur du traitement, on le supprima momentanément. La nuit suivante la fillette eut un accès, mais relativement léger. Les séances musicales ont été reprises, et répétées pendant un certain temps avec le même succès que la première fois : d'abord tous les soirs, puis en les espaçant d'un jour ou de deux. Au bout d'un mois la guérison fut complète. C'est là, évidemment, une observation très curieuse bien qu'unique jusqu'à présent. Il pourra être utile de s'en souvenir dans les cas où la médication habituelle serait inefficace.

Quoi qu'il en soit, il faut se rappeler que les attaques survenant toujours dans la première moitié de la nuit, c'est les prévenir d'une manière presque certaine que d'assurer le sommeil pendant les trois ou quatre premières heures.

XX

CHORÉE

PAR LE D^r CH. LEROUX

Médecin en chef du dispensaire Furtado-Heine.

Synonymie : Chorée vulgaire, danse de Saint-Guy, chorée des enfants, chorée de Sydenham.

Définition. — La chorée des enfants est une affection du système nerveux caractérisée par des mouvements désordonnés, arythmiques, involontaires (folie gesticulaire) des membres et de la face, accompagnés de troubles psychiques et quelquefois de troubles sensitifs, affection qui, sans lui être spéciale, s'observe plus particulièrement dans l'enfance.

Délimitation. — Suivant les enseignements de l'École de la Salpêtrière, la chorée des enfants, avec sa variante la chorée molle, rentre dans le groupe des chorées dites essentielles jusqu'alors, mais elle doit être séparée cliniquement des autres chorées essentielles et des chorées symptomatiques : les chorées essentielles comprenant la chorée des femmes enceintes, la chorée chronique de Huntington et diverses myoclonies encore mal classées ; les chorées symptomatiques englobant les chorées organiques (post-hémorragiques, congénitales, etc.), et les chorées hystériques.

Historique¹. — Il n'y a pas lieu de rechercher ici si les pères de la médecine ont connu la véritable chorée, d'autres ont discuté longuement les points intéressants de cet historique rétrospectif. Il n'est pas davantage utile de remonter au xv^e siècle pour savoir si la *dansomanie*, la *grande danse de Saint-Guy*, la *chorée giratoire*, les *convulsions démoniaques* avaient ou non des analogies avec la chorée vulgaire, et de reproduire ici l'histoire des épidémies de danse de Saint-Guy du moyen âge ou les pèlerinages à la chapelle de Saint-Guy (en Souabe), puisque la chorée des enfants, celle que nous étudions ici, est nettement séparée aujourd'hui des affections saltatoires. Cette étude rétrospective est, du reste, parfaitement faite et fort bien exposée dans l'excellent article du professeur Raymond et n'a plus actuellement qu'un intérêt historique et nullement doctrinal.

On ne peut cependant passer sous silence les remarquables travaux qui font époque dans l'histoire de la chorée, aussi devons-nous montrer brièvement les phases diverses par lesquelles a passé cette affection.

Jusqu'au travail de Sydenham, la confusion la plus grande régnait parmi les chorées, les maladies saltatoires, l'hystérie. Le premier il fit sortir du chaos clinique « une forme de convulsions que l'on rencontre le plus sou-

⁽¹⁾ Consulter pour l'historique détaillé l'excellent article du professeur Raymond : DANSE DE SAINT-GUY. *Dict. encycl. des sc. méd.*, t. XXV, 1880.