

- Anatomie pathologique, Bactériologie.** — DANA. *New-York med. J.*, 19 octobre 1889, analyse in *Revue mens. des mal. de l'enf.*, avril 1890. — JAKOWENKO. *Viestnick de Merjeewski*, 1889, 6 vol. 2^e fasc. — LAUFENAUER. Lésions anatomiques dans la chorée. *Soc. roy. des médecins de Budapest*. Analysé in *Bull. méd.*, 1890, p. 435. — TURNER. Lésions des cellules pyramidales de la substance corticale dans la chorée. Résumé in *Bull. méd.*, mai 1892. — MANASSÉ. *Virchow's Arch.* Band CXXX, Heft 2, p. 127 et 190. — KROEMER. Anatomie pathologique de la chorée. *Arch. für Psych.*, XXIII, n° 2, 1891. — STURGES. *The Americ. Journ. of med. sc.*, n° 286, p. 578, XII, 1891. — CAMPBELL THOMSON. The Pathology of acute chorea. *Brit. med. J.*, 4 novembre 1899. — RICHON. A propos de quelques cas mortels de chorée de Sydenham. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1902. — PIANESE (de Naples). Recherches bactériol. expérim. sur un cas de chorée de Sydenham. *Riforma medica*, 14 septembre 1891, et *Revue mens. des mal. de l'enf.*, mars 1891. — APERT. *Soc. de biol.*, 29 janvier 1898. — TRIBOULET et COYON. Le rhumatisme articulaire aigu. *Actualités médicales*, 1900.
- Symptômes.** — OSLER. Varieties of chronic chorea. *The Journ. of nervous and mental diseases*, 1895, n° 2, p. 97. — CHAUFFARD. *Soc. méd. des hôp.*, 5 avril 1895. — BRISSAUD. *Revue de neurol.*, 50 juillet 1898. — J. BABEAU. Urine dans la chorée. *Bull. méd.*, 9 juin 1897. — ODDO. Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. *Presse méd.*, 50 septembre 1899. — Études des réflexes tendineux dans la chorée de Sydenham. *Gaz. des hôp.*, 50 octobre 1900. — Étude sur la localisation des symptômes de la chorée de Sydenham. *Revue de méd.*, janvier et février 1901. — JOHN LINDSAY STEVEN. Étude analytique de certains phénomènes cliniques observés dans 112 cas de chorée. *Arch. of Pediatr.*, mars 1900.
- État mental.** — MOBIUS. Troubles psychiques dans la chorée. *Munch. med. Wochenschr.*, 1892, n° 50-52. — P. MARIE. De l'ovarie dans la chorée de Sydenham. *Progrès méd.*, 1886, p. 59. — BALL. Leçon sur la folie choréique. *France méd.*, 1886. — SEGAS. De l'état mental dans la chorée. *Bull. de la Soc. mentale de Belgique*, 1887. — PAUL MOREAU (de Tours). *Traité de la folie chez les enfants*. Paris, 1898. — OLLIVIER. *Leçons cliniques de l'hôpital des Enfants-Malades*, 1886. — MAIRET. Manie choréique. *Annales médico-psychologiques*, 7^e S., t. IX et X, 1889. — JOFFROY. De la folie choréique, etc. *Semaine méd.*, février 1895. — BRETON. État mental dans la chorée. *Thèse de Paris*, 1895.
- Paralysie.** — GOWERS. Association médicale britannique. Congrès de Cambridge, 10 août 1880. — *British med. Journ.*, 25 avril 1881. — OLLIVE. Des paralysies chez les choréiques. *Thèse de Paris*, 1885. — LANNOS. Nosographie des chorées. *Thèse d'agrégation*, 1886. — CADET DE GASSICOURT. Chorée paralytique. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1889. — CHARCOT. *Leçons du mardi*, 1887, 1888, 1889. — RONDOT. Les paralysies de la chorée. *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1889. — SIMON. Contribution à l'étude de la chorée molle. *Revue méd. de l'Est*, 15 décembre 1890. — PAUL BLOCC. De la chorée molle. *Gaz. hebdom. de méd.*, 4 janvier 1890. — RONDOT. *Les amyotrophies dans les paralysies de la chorée*. Bordeaux, 1890. — RAYMOND. *Soc. méd. des hôp.*, 16 mai 1890.
- Cœur.** — MOITY. Du cœur dans la chorée de Sydenham. *Thèse de Paris*, 1892. — GOODALL. *Guy's Hospital Rep.* London, 1890. — HASSE. *Krankheiten des Nervensystems*. 2^e édition, p. 169. — JOFFROY. Leçons sur quelques symptômes de la chorée. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 10 avril 1891. — DELABOST. Les souffles cardio-pulmonaires chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1895. — OGUSE. Étude clinique du cœur dans la chorée. *Thèse de Paris*, 1897. — FAVIER. Étude particulière des troubles choréiques cardiaques d'origine nerveuse. *Thèse de Lille*, 1897. — GUILLERMET. De la mort dans la chorée de Sydenham. *Thèse de Paris*, 1895. — J. HALLE et G. LANGEVIN. Un cas de chorée mortelle. *Arch. de méd. des enf.*, 1900. — VIC. La mort dans la chorée. *Thèse de Paris*, 1905.
- Traitement.** — MONCORVO. *Bull. therap.*, 50 mai 1892. — LEWENTHAL. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1882. — JEFFRIES. *Med. News*, mars 1890. — CH. LEBOUX. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, juin et août 1891. — CH. HUBRECHT. L'antipyrine dans la chorée de Sydenham. *Thèse de Paris*, 1895. — JOFFROY. In *Thèse de Savic*. Paris, 1885. — SÉGUIN. *Leçons sur le traitement des névroses*. Paris, 1895. — J. COMBY. *La Médecine moderne*, 1896. — *Arch. de méd. des enfants*, 1899. — GARAUD et BELBÈZE. *Loire méd.*, 15 mai 1900.

XXI

MALADIE DE BERGERON

(Chorée électrique.)

PAR P. BÉZY

Professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse.

L'affection ou plutôt le syndrome, qui va être décrit sous le nom de maladie de Bergeron, est un de ceux dont la nosographie a été le plus discutée.

Cela tient à diverses causes : d'abord on décrit sous ce nom divers états n'ayant entre eux aucune relation clinique; c'est ainsi qu'il existe une chorée électrique de Dubini, qui n'a rien de commun avec la chorée électrique de Bergeron, comme nous le verrons plus loin. En second lieu, la dénomination de chorée a été appliquée à toute une série d'affections se manifestant par des secousses musculaires de caractères très variables; enfin ce qualificatif d'électrique qui, associé au terme de chorée, indique une secousse brusque, est applicable à diverses manifestations en outre de celle qui nous occupe.

Aujourd'hui cependant tout le monde est d'accord pour admettre que ce qualificatif répond à un état clinique bien caractérisé, au moins dans les cas types; mais, par un retour singulier, au moment où l'affection semble être bien connue, la plupart des auteurs demandent sa suppression, au moins en tant que maladie distincte, et son rattachement à l'hystérie.

Définition. — Dans l'esprit de ceux qui ont créé ce type clinique, la maladie de Bergeron doit être définie : une affection caractérisée par des mouvements brusques, saccadés, indépendants de la volonté, limités ordinairement à la tête et aux deux membres supérieurs, ou encore aux deux membres d'un même côté, et guérissant par le tartre stibié à dose vomitive.

Historique. — Jules Bergeron, frappé des allures singulières de cette maladie, proposa cette dénomination qui, si elle a le défaut d'être trop générale aujourd'hui, n'en a pas moins le mérite de donner une idée très nette.

Mais ce terme avait été employé bien avant lui. Disons tout d'abord, pour n'y plus revenir, que Dubini (de Milan) avait décrit, en 1846, une maladie qu'il appela chorée électrique, et qui était caractérisée cliniquement par des secousses rythmiques, intéressant un nombre plus ou moins grand de groupes musculaires. Ces secousses débutent par un doigt, un membre, la moitié de la face, puis s'étendent, sont suivies de paralysie, et le plus souvent la scène se termine par le coma et la mort. Les autopsies sont loin d'avoir toujours été concluantes : les lésions constatées, ordinairement superficielles, allant quelquefois jusqu'au ramollissement des couches optiques, ont toujours pour siège les centres nerveux. Cette affection, inconnue en France, serait assez fréquente en Italie, puisque Dubini en a observé 58 cas en 9 ans. Il est

inutile d'insister sur cette affection que l'on trouvera du reste décrite dans la thèse de Berland; il nous suffit de savoir que sa rareté, pour ne pas dire sa non-existence, en France, et sa gravité, opposée, comme on va le voir, à la bénignité de la chorée de Bergeron, en font un type tout à fait spécial. Il était bon cependant d'en donner un court aperçu, afin de ne pas avoir à y revenir au chapitre du diagnostic.

La chorée électrique, telle que nous la comprenons en France, a très probablement été décrite d'abord en Allemagne; en effet, dans la séance du 28 novembre 1885 de la Société de médecine berlinoise, Hensch en rapporte deux cas, et en parle comme d'une affection qu'il aurait décrite vingt ans auparavant. Il ajoute cependant que le nom de chorée électrique n'a pas été créé par lui et qu'il a été employé par d'autres, notamment par Hennig (de Leipzig).

Quoi qu'il en soit, la maladie a fait son entrée en France en 1880, sous le patronage de J. Bergeron qui, en ayant constaté des cas dans son service d'enfants à l'hôpital Sainte-Eugénie, les fit décrire par un de ses élèves, René Berland, dans sa thèse inaugurale. Cette thèse, soutenue en mars 1880, avait pour titre : *Traitement par le tartre stibié d'une forme de chorée dite électrique*.

L'année suivante, Cadet de Gassicourt vit, dans son service, voisin de celui de Bergeron, un cas analogue qu'il traita avec succès par les courants électriques, et qu'il fit décrire par son élève Guertin (Thèse de Paris, juillet 1881), comme une névrose convulsive et rythmique déjà nommée *forme de chorée dite électrique*.

A dater de ce moment, la chorée électrique, ainsi comprise, a pris droit de cité dans le cadre des maladies nerveuses de l'enfance et on la trouve décrite en divers ouvrages, notamment dans la thèse d'agrégation de Lannois, en 1886, et dans les leçons cliniques de Cadet de Gassicourt, en 1887.

En 1885, Tordeus avait proposé, dans le *Journal de médecine* de Bruxelles, de remplacer ce nom par celui d'électrolepsie.

En 1885, Joffroy, dans une leçon inédite, et rapportée dans la thèse de Lannois, à côté d'une clinique de Germain Sée, proposa le nom de tic à secousses rythmiques.

Malgré la différence de dénominations, tout le monde était d'accord sur le type clinique, et l'histoire de cette affection semblait terminée avec la proposition, formulée par Lannois, de confondre ces diverses appellations dans celle de maladie de Bergeron. Mais on est entré, à ce moment, dans une phase nouvelle.

On n'a pas tardé, en effet, à s'apercevoir que la dénomination était insuffisante, car elle pouvait s'appliquer à d'autres états morbides. De plus, l'hystérie est entrée, pour une très large part, dans l'histoire de la pathogénie, à tel point que Gilles de la Tourette et Pitres, pour ne citer que les neurologistes, déclarent qu'il faut voir dans la chorée électrique une manifestation de l'hystérie.

Cette appréciation semble juste : dans un cas de maladie de Bergeron, que j'avais publié en 1892, chez un garçon de 11 ans, j'avais insisté sur ce

fait que le sujet était hystérique, et sur le trait d'union qui existait entre la chorée électrique, la chorée de Sydenham et l'hystérie.

Quoi qu'il en soit, cette affection doit être maintenue dans les traités de pédiatrie à cause de son aspect bien net, de sa fréquence relative dans l'enfance, et de son traitement spécial.

Description. — Le malade est ordinairement âgé de six à quatorze ans; les parents le conduisent parce que, l'état général étant bon, le malade est affecté de secousses.

Ces secousses ne tardent pas à se manifester et à se renouveler pendant l'examen médical; elles se distinguent par leur instantanéité, leur brusquerie, parfaitement comparables à une secousse électrique. Il s'agit d'un spasme musculaire, très rapide, et qui va se reproduire, toujours pareil à lui-même, avec une fréquence variable, sans que la volonté du patient ait la moindre influence pour le provoquer ou l'empêcher. Ce spasme a pour siège ordinaire les muscles de la tête et des membres supérieurs : le malade aura l'air de hausser les épaules, la tête étant brusquement jetée en arrière ou en avant, les membres supérieurs étant fortement appliqués contre le tronc.

Dans un autre type, le spasme contractera les muscles de la face, provoquant des grimaces, ou ceux d'un seul membre, supérieur ou inférieur, ou d'un segment de membre seulement. On voit combien les types peuvent varier, mais le type classique siège sur les muscles de la tête et des membres supérieurs.

Dans les cas types et non associés, la caractéristique des secousses sera d'être rythmiques et brusques, et non ondulées, comme dans la chorée de Sydenham. Cela n'empêche pas certaines bizarreries de se produire, mais par un procédé autre que dans la chorée de Sydenham; par exemple une secousse brusque de la tête, la projetant en avant ou en arrière, au moment où le petit malade porte son verre à ses lèvres, le contenu du verre s'écoulera sur ses vêtements ou sur sa face. Si le membre inférieur d'un côté est atteint, il sera projeté deux ou trois fois, avant que l'autre fonctionne, d'où gêne de la marche.

Contrairement à ce qui se passe dans la chorée de Sydenham, les mouvements s'établissent d'emblée dans les régions atteintes et ne se propagent pas.

L'état général est bon; aucune observation ne signale les lésions cardiaques qui peuvent accompagner la chorée de Sydenham. La contractilité électrique est conservée. Les fonctions générales s'accomplissent bien, l'intelligence est saine. L'affection est résumée dans la secousse musculaire.

Le début des accidents est ordinairement brusque, et peut se manifester à la suite d'une frayeur, d'une émotion. Quelquefois les secousses brusques seront précédées ou suivies d'une chorée de Sydenham. Dans d'autres cas le stade des secousses rythmiques a été précédé pendant quelques semaines par une période d'agitation.

Une fois la maladie installée, on est peu renseigné sur sa durée. Il semble qu'elle ait peu de tendance à la guérison naturelle : deux des malades de Cadet de Gassicourt étaient atteints depuis deux ans; il est vrai que, pour

ces deux enfants, le traitement par le tartre stibié, qui réussit ordinairement, échoua complètement. On peut donc se demander s'il ne s'agissait pas d'une autre affection. L'observation 2 de Berland est plus concluante : un garçon de onze ans était atteint depuis quatre mois; l'acide arsénieux ne donna aucun résultat; la guérison par le tartre stibié fut immédiate; ce qui est la règle.

On est donc autorisé à admettre, jusqu'à preuve du contraire, que la maladie n'a pas de tendance naturelle vers la guérison, si on l'abandonne à elle-même, mais qu'elle cède brusquement à l'intervention.

Étiologie, pathogénie. — Les garçons semblent plus atteints que les filles; l'âge de prédilection paraît être de six à quinze ans. La cause occasionnelle peut être une frayeur; la maladie débute souvent sans cause apparente.

Les antécédents personnels ou héréditaires sont souvent entachés de nervosisme; souvent les enfants sont préalablement affaiblis ou infériorisés.

On tend à faire de la maladie de Bergeron plutôt un syndrome qu'une maladie spéciale, et plusieurs ont demandé son rattachement à l'hystérie. Cette manière de voir, acceptée, aujourd'hui, par les neurologistes, a été mise en avant par Casimir Janowicz (Thèse de Paris, juillet 1891), à l'inspiration du professeur Grancher. Après avoir étudié les difficultés du diagnostic entre la chorée électrique, le paramyoclonus multiplex et les tics convulsifs chez l'enfant, il conclut : « Ces trois affections convulsives ne sont que des syndromes cliniques qui se confondent le plus souvent, tant au point de vue de la séméiologie qu'au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie. Leurs liens de parenté sont très étroits, leur souche commune sont l'hystérie et la neurasthénie ».

Massalongo a soutenu la même opinion, disant que la chorée de Bergeron-Henoch n'est qu'une variété du paramyoclonus, et propose l'appellation de myoclonus électroïde. Le même auteur rapporte cependant deux observations dans lesquelles les troubles digestifs doivent être incriminés; il compare ces cas à la tétanie d'origine gastrique, d'où un traitement devant s'adresser à la cause.

La plupart des malades présentent, dans leurs antécédents, des signes d'hystérie infantile (terreurs nocturnes, colères). D'autres, comme celui dont j'ai rapporté l'observation à la Société de médecine de Toulouse (février 1892), ont des zones d'anesthésie, ou de la chorée de Sydenham (observation 5 de la thèse de Berland). Or, la parenté de la chorée de Sydenham et de l'hystérie semble se révéler chaque jour davantage, et Sonnevillie en rapporte plusieurs cas dans sa thèse (*Chorée arythmique hystérique chez les enfants*, Lille, 1901).

En résumé, il semble de plus en plus que la maladie de Bergeron doive être rattachée à l'hystérie.

Diagnostic. — Autant le diagnostic avait paru simple aux premiers qui décrivent la maladie, autant il nous semble compliqué aujourd'hui, que certains états analogues sont plus connus.

La chorée de Sydenham se distingue par ses mouvements ondulés, illoquiques, ordinairement généralisés.

La chorée rythmée, qui peut exister chez les enfants (Hadden : trois ans et vingt et un mois), sera souvent plus difficile à diagnostiquer, sauf dans les cas très nets de chorée saltatoire, malléatoire, etc. Dans certains cas mixtes le traitement sera le seul élément de diagnostic.

Plus difficile, encore, sera la distinction avec les affections caractérisées aussi par des secousses musculaires brusques et localisées : le paramyoclonus multiplex et la maladie des tics convulsifs.

La maladie des tics, telle qu'elle a été décrite par G. Guinon, est caractérisée par « des mouvements convulsifs, habituels et conscients, résultant de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps, et reproduisant le plus souvent, d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire ». Il est bon d'ajouter que si le ticqueux adulte est le plus souvent atteint de coprolalie ou d'écholalie, il n'en est pas de même chez l'enfant, chez qui la maladie des tics se réduit, d'après Janowicz, au symptôme convulsion.

Guinon assigne trois caractères à la chorée électrique : signe de Joffroy (cessation du spasme de la face par la compression du nerf facial), bénignité de l'affection, influence décisive du traitement. Janowicz fait observer que le premier signe, qui existe du reste dans le paramyoclonus, n'a de valeur que lorsque la face est atteinte; il ajoute, pour l'action de l'émétique, que plusieurs malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour que l'on pût affirmer une guérison définitive. Il en arrive à conclure que le diagnostic est souvent difficile.

Charcot insiste sur ce fait que le tic a un pronostic fâcheux parce que le ticqueux n'est pas un hystérique. Il y a donc lieu de rechercher comme élément diagnostique les stigmates de l'hystérie, que l'on rencontre ordinairement dans la chorée électrique. Malheureusement, un hystérique peut être en même temps atteint de la maladie des tics, et l'hystérie est très souvent monosymptomatique chez l'enfant.

En somme, dans les cas difficiles, la réussite du tartre stibié sera le seul élément de diagnostic.

La difficulté sera encore accrue quand il s'agira de ces petits tics hystériques et curables sur lesquels Pitres a insisté notamment au Congrès de Toulouse (1897), ou des tics post-choréiques. Elle sera, au contraire, moins grande lorsqu'il s'agira des petits tics dus à de mauvaises habitudes (Letulle), ou à une lésion anatomique, comme une lésion de la cornée amenant un spasme de la paupière.

Le diagnostic, avec le paramyoclonus de Friedreich, est ordinairement très difficile; pour cet auteur, la caractéristique serait : convulsions cloniques, involontaires, brusques, sans déplacement du membre, symétriques, localisées aux membres, sans atteindre la tête. Marie croit que la symétrie peut être considérée comme caractéristique et que ces contractions peuvent produire le déplacement des membres atteints. Plus tard on a vu aussi que la tête pouvait être intéressée. Janowicz, après avoir fait ces réflexions, en arrive à conclure que ces deux affections se confondent. Cette opinion était aussi celle de Remak qui, lors de la communication d'Henoch, en 1885,

avait déjà appelé l'attention sur la ressemblance qui existait entre le paramyoclonus et la chorée électrique, dénomination dont il demandait la suppression.

En somme, dans les cas difficiles, on ne pourra être renseigné que par l'essai du tartre stibié.

Pronostic. — Si l'on admet que le tartre stibié à dose vomitive amène toujours la guérison, on doit admettre, avec les auteurs, que le pronostic est toujours bénin.

D'autre part, il faut reconnaître que la non-réussite du traitement, ayant presque toujours fait éliminer le diagnostic de chorée électrique, on a pris l'habitude d'en faire une affection absolument curable.

Mais si le cadre s'élargit à mesure que ces divers états sont mieux connus, peut-être sera-t-on moins affirmatif. Si, au contraire, la maladie de Bergeron est définitivement rattachée à l'hystérie, son pronostic sera celui de cette névrose dans l'enfance, c'est-à-dire le plus souvent bénin, à la condition surtout que le malade soit traité de bonne heure.

Traitement. — Cadet de Gassicourt a guéri son malade par les courants interrompus. Bergeron a obtenu la guérison avec le tartre stibié à dose vomitive; chacun de ses malades a reçu 5 centigrammes en une dose. Ce traitement a réussi en d'autres mains.

Comment agit ce médicament? Dans un cas de Joffroy, il a semblé qu'il agissait en vidant l'estomac; la théorie gastrique de Massalongo trouverait, dans ce cas, sa confirmation.

Sans entrer dans une discussion qui ne pourrait être basée que sur des hypothèses, il faut se borner à constater l'excellence de ce médicament. Dans le cas que j'ai observé, la réussite a été immédiate. Je dois dire cependant que le médicament a été administré deux fois de suite à un jour d'intervalle. J'ajoute que j'avais appelé à mon aide la suggestion à l'état de veille (encore un argument en faveur de la nature hystérique); j'avais dit à mon jeune malade que je lui faisais prendre un remède extraordinaire, et que la guérison était certaine si le vomissement arrivait.

La suggestion et le traitement général de l'hystérie ne seront donc pas à négliger.

XXII

CONVULSIONS

(Éclampsie.)

PAR LE D^r PAUL SIMON

Professeur à la Faculté de Nancy.

Envisagées d'une façon générale, les convulsions des enfants reconnaissent des origines très diverses qui permettent de les distinguer en plusieurs catégories. Dans un certain nombre de cas, elles relèvent manifestement d'une lésion anatomique aisément appréciable des centres nerveux : méningite, encéphalite, tumeur cérébrale, etc., dont elles constituent l'expression symptomatique principale : ce sont les convulsions *symptomatiques* ou *secondaires*. D'autres fois, au contraire, on ne relève à l'autopsie aucune lésion du névraxe, ou, s'il en existe quelque'une, elle est la conséquence et non la cause des convulsions, à moins toutefois que celles-ci ne résultent, comme la lésion anatomique elle-même, d'une affection générale à localisation cérébro-spinale dont elles sont une manifestation éphémère et d'ailleurs inconstante. Dans tous ces cas, les convulsions sont dites *primitives*, *idiopathiques* ou *essentiels*; comme les premières, elles sont la conséquence d'une perturbation plus ou moins grave du système nerveux central, mais il s'agit cette fois d'un phénomène purement fonctionnel et sans substratum anatomique.

C'est ici que se rangent les convulsions de l'épilepsie et de l'hystérie, mais, à côté d'elles, il faut faire une place aux *convulsions essentielles de l'enfance*, qui peuvent être parfois un signe précurseur de l'une ou l'autre de ces deux grandes névroses, mais dont le caractère accidentel et passager, l'évolution souvent favorable et les circonstances étiologiques établissent nettement l'indépendance. A vrai dire, elles constituent moins une espèce morbide proprement dite qu'un symptôme survenant au début ou au cours d'autres affections, ou apparaissant spontanément par le seul fait de la nature spéciale du terrain, mais elles n'en sont pas moins un des traits saillants de la pathologie infantile, et c'est pourquoi elles ont attiré de tout temps l'attention des cliniciens.

F. Hoffmann et, après lui, Sauvages, Macbride, Rosen, Underwood, avaient divisé déjà les convulsions en convulsions essentielles et en convulsions symptomatiques; Brachet (1824) sépara l'épilepsie des convulsions et distingua les convulsions qui dépendent d'affections cérébrales de celles dont la cause existe en dehors de l'encéphale. Plus tard, Duclos (1847) décrit les convulsions internes déjà entrevues par Copham et Jolly; Rilliet et Barthez étudient longuement les causes et les symptômes de l'éclampsie; les pages que Trousseau lui a consacrées dans sa Clinique de l'Hôtel-Dieu sont un