

les convulsions cessent, il est rare de les voir reparaître, et presque toujours un sommeil paisible arrive, qui présage une prompte convalescence. Des convulsions très violentes et un coma profond ne laissent presque aucun espoir.

*Traitement.* — Il est *préventif* et *curatif*.

a. La prophylaxie consiste surtout à combattre l'affection albuminurique; malheureusement on ne réussit que très rarement à en arrêter les progrès. La médication tonique est la seule qui compte quelques succès. Si l'on soupçonne l'existence d'un état congestif des centres nerveux dû à l'embarras de la circulation veineuse, si l'anasarque est considérable, quelques auteurs conseillent la saignée générale, mais surtout les dérivatifs intestinaux; l'émétique à dose nauséuse a été vanté par Collins et Johnson. On y joindra les applications froides, aromatiques, sur les membres œdématiés, et au besoin les mouchetures. Les femmes nerveuses, irritables, se trouvent également bien, dit Cazeaux (auteur, certes, peu partisan du traitement débilitant dans la grossesse), d'une petite saignée du bras, de bains tièdes souvent répétés, pendant les derniers mois de la gestation. Les malades éviteront, avec le plus grand soin, toutes les émotions morales vives, etc.

Dès le début du travail, il faudra vider la vessie et le gros intestin, et solliciter le vomissement si l'estomac renferme des alimens indigestes. Pendant le travail, toutes les causes d'accouchement laborieux seront combattues autant que faire se pourra: le bain, la saignée, les narcotiques et surtout le chloroforme seront mis en usage pour ramener les douleurs irrégulières à leur type normal, l'agitation produite par ces douleurs étant souvent le prélude de l'éclampsie. Après la délivrance, afin de prévenir l'invasion ou le retour des accès, on s'assurera de l'état de l'utérus, s'il est bien revenu sur lui-même, s'il ne contient ni caillots ni portion d'arrière-faix.

b. Quant au traitement *curatif*, il faut placer au premier rang des moyens dont il se compose, la saignée du bras, abondante, à plein jet, répétée deux ou trois fois, selon la vigueur des malades et la violence des accès. Aucune préoccupation doctrinale ne doit détourner un médecin consciencieux de recourir à ce moyen empirique, qui a sauvé bien des femmes atteintes d'éclampsie grave; les praticiens les plus renommés considéraient même la saignée comme la seule chance de salut, avant l'introduction dans la pratique obstétricale des inhalations anesthésiques (de chloroforme et mieux d'éther); celles-ci permettent quelquefois d'arrêter les convulsions sans exposer la femme au danger d'un affaiblissement toujours fâcheux; mais il n'est pas facile de déterminer dans quels cas leur emploi dispense de recourir aux émissions sanguines, et d'ailleurs leur administration est pleine de difficultés et d'angoisses. Chez les sujets anémiques, on suppléera à la saignée générale par des applications de sangsues aux oreilles ou de

ventouses scarifiées à la nuque. On y joindra: les purgatifs (calomel, huile de ricin, lavemens), les révulsifs cutanés (sinapismes, vésicatoires, etc.), les ventouses Junod, les aspersion d'eau froide sur la face et la poitrine, le chatouillement de l'intérieur des narines, dans le cas de prostration comateuse profonde; puis tous les moyens que réclament la distension de la vessie, la réplétion de l'estomac, etc. La compression des carotides a donné des résultats variables, quelquefois avantageux; les opiacés présentent des inconvénients; mais la plus infidèle de toutes est la médication antispasmodique. Boerhaave l'apprécie en ces termes: *In curatione prius pervestiganda est causa singularis et locus primario affectus unde convulsio ortum habet; dein oculis medicamenta applicanda... nec unquam specioso antispasticorum titulo fides adhiberi debet.*

Pendant les attaques, il faut prendre des précautions pour contenir sans violence les mouvemens désordonnés des malades; on évitera la morsure de la langue, en repoussant cet organe, au commencement de l'accès, derrière les arcades alvéolaires (les mâchoires une fois serrées, la langue ne sort plus).

Ce n'est pas ici le lieu de discuter l'indication, qui se présente assez souvent, de désempirer promptement l'utérus, et les circonstances qui empêchent ou commandent de prendre le parti parfois très grave de l'accouchement forcé, les chances que l'intervention chirurgicale offre alors à la mère et à l'enfant, etc.

## ARTICLE LVI.

## DE L'ÉPILEPSIE.

2069. *Bibliographie.* — HIPPOCRATE. *De la maladie sacrée* (*Œuvres*, trad. E. LITTRÉ. Paris, 1849, in-8, t. VI, p. 353). — CELSE, *Traité de la médecine en huit livres*, trad. CHAALLES DES ÉTANGS, Paris, 1846, in-4, p. 85. — COELIUS AURELIANUS. *De Morbis chronicis*, chap. IV (dans *Art. med. princ.* de Haller. Lausanne, 1774, in-8, t. XI, p. 3). — ARÉTÉE. *De signis et causis acutorum morborum*, lib. I, cap. 5. *De epilepsia* (*Art. med. princ.* de Haller. Lausanne, 1772, t. V, p. 4).

GABUCINI. *De morbo comitali*. Venise, 1561, in-4.

TAXIL. *Traité de l'épilepsie, vulgairement appelée en Provence la goutète au petits enfans*, etc. Tournon, 1602, in-8.

ALSARIO. *De epilepsia seu comitali morbo*, etc. Venise, 1603, in-4.

M. CARTIER. *In epilepsiam exercitationes*. Toulouse, 1617, in-12.

P. DE VEGA. *Gemma de epilepsia, podagræ, etc., curatione*. Appendice à l'ouvrage intitulé: *Pax methodicorum seu galenicorum cum spargyricis*, etc. Lyon, 1619, in-8; 1620, in-12.

- SANTACRUCE. *Prælectiones Valsiletanæ in Hippocr. libr. de morbo sacro*. Madrid, 1631, in-fol.
- BOUCHE. *De morbo scelesto*. Avignon, 1634, in-8.
- UNZER. *Tract. de epilepsia*. Halle, 1634.
- R. A CASTRO. *De epilepsia posthuma diss.* Florence, 1640, in-8.
- M. ETTMULLER. *Diss. de epilepsia*. Leipzig, 1676, in-4.
- KRONLAND. *Liturgia montis, seu diss. de natura epilepsiæ, illiusque ortu et causis*. Ratisbonne, 1678, in-4.
- MARCI. *Opusc. med. de natura, ortu et causis epilepsiæ*. Ratisbonne, 1678.
- MOOR. *Tract. de epilepsia et convulsionibus*. Amsterdam, 1704.
- PECHLIN. *Diss. de epilepsia et contra eam remediis*. Kiel, 1678.
- RIVINUS. *De remediis antepilepticis*. Leipzig, 1692, in-4.
- H. A. BRA. *Catalogus medicamentorum adversus epilepsiam*. Arnheim, 1693, in-12.
- WEPFER. *De epilepsiæ anatome*. Dans *Miscell. nat. curios.* dec. III, an 2, 1694.
- FR. HOFFMANN. *Diss. de vera mali epilept. causa*. Halle, 1732, in-4; et dans *Opp. omn.* Genève, 1748, t. III, p. 9.
- SEBACHER. *Diss. de epilepsia simulata*. Leipzig, 1732, in-4.
- BRESCON. *Traité de l'épilepsie*. Bordeaux, 1734, in-8.
- BOBET. *Diss. de epilepsia ex depressio cranio*. Kœnigsberg, 1734; et dans *Halleri collect. diss.*, t. I.
- SAMSON. *Diss. de epilepsia et præcipue de ejusdem sic dictis specificis*. Helmstadt, 1756.
- ORLOFF. *Diss. sistens obs. circa nonnulla remedia antepileptica usitata*. Kœnigsberg, 1759.
- BERGER. *De remediis specificis in epilepsia usitatis*. Francfort, 1765.
- WESTPHAL. *De epilepsiæ et motuum convulsivorum infantum præcipuis causis*. Gryphiæ, 1765.
- ANDREE. *Cases of epilepsy, hysteric fits and Sanct Vit's Dance*. Londres, 1764, in-8.
- MANGOLD. *Progr. de epilepsiæ speciebus nonnullis*. Dans les *Opusc. med. phys.* de cet auteur. Altenbourg, 1769.
- FOTHERGILL. *Remarks on the cure of epilepsy, with considerations on the practice of bleeding in apoplexy*. Dans *Med. obs. and inquir.* London, 1784, t. VI, p. 68.
- THREFUL. *Essay on epilepsy*. Londres, 1772, in-8.
- HIRSCHEL. *Gedanken die Heilungsart der fallenden Sucht betreffend*. Berlin, 1770; Mittau, 1774.
- SAILLANT. *Expériences faites sur les animaux pour découvrir le siège et la cause de l'épilepsie*. Dans *Mém. de la Soc. roy. de méd. de Paris*, 1781 et 1783, p. 88.

- TISSOT. *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1770, in-12; formant aussi le tome III du *Traité des nerfs et de leurs maladies*.
- BATT. *Essai médico-pratique sur l'épilepsie*. Gênes.
- HATMANN. *Diss. sistens varias epilepsiæ medendi methodos*. Francfort, 1787.
- MILLER. *Diss. de medicamentis antepilepticis*. Dans *Coll. diss. med.* Marbourg, 1787, fasc. III.
- DOUSSIN-DOUBREUILLE. *De l'épilepsie en général, et particulièrement de celle déterminée par des causes morales*. Leipzig, 1798.
- F. HENNING. *Analecta litteraria epilepsiam spectantia*. Leipzig, 1798, in-4.
- FRAZER. *Treatise on epilepsy*. Londres, 1800.
- MAISONNEUVE. *Rech. et obs. sur l'épilepsie* (thèse de Paris, 1803, in-8).
- LULLIER-WINSLOW. *Propos. méd. sur l'épilepsie* (thèse de Paris, 1803, in-8).
- PORTAL. *Sur le traitement de l'épilepsie*. Dans *Mém. sur la nature et le traitement de plusieurs maladies*. Paris, 1800-1808, 3 vol. in-8, t. III.
- J. WENZEL. *Beob. über d. Hirnanhang, etc.* Mayence, 1810, in-8. Trad. sous le titre : *Observations sur diverses parties du cerveau dans les épileptiques*, par BRETON. Paris, 1811, in-8.
- ESQUIROL. *Obs. sur les altérations trouvées chez plusieurs individus morts d'épilepsie* (*Journal de méd.* de BOYER, CORVISART et LEROUX, 1817, t. XXXII). Article *Epilepsie* du *Dictionn. des sc. médicales*.
- J. COOKE. *History and method of cure of the various species of epilepsy*. Londres, 1822, in-8.
- RENNES. *Autopsie d'un militaire asphyxié par accident pendant une attaque d'épilepsie* (*Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVII, p. 63).
- CALMEIL. *L'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale* (thèse de Paris, 1824, in-8).
- BOUCHET et CAZAUVELH. *De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Recherches sur la nature et le siège de ces deux maladies* (*Arch. gén. de méd.*, 1825, t. IX, p. 510, et t. X, p. 5).
- PAGEAUT. *De l'épilepsie* (thèses de Paris, 1825, in-4).
- BRAVAIS. *Symptômes et traitement de l'épilepsie hémiplegique* (thèses de Paris, 1827, in-4).
- A. PORTAL. *Observ. sur la nature et le traitement de l'épilepsie*. Paris, 1827, in-8.

- L. M. A. HENRI. *De l'épilepsie* (thèses de Paris, 1834, in-4).  
 J. S. H. BEAU. *Recherches statistiques sur l'épilepsie* (Arch. gén. de méd., 1836, 2<sup>e</sup> série, t. XI, p. 328).  
 BILLOD. *Symptômes de l'épilepsie* (Annales méd.-psych., 1843, t. II, p. 381).  
 LEURET. *Recherches sur l'épilepsie* (Arch. gén. de méd., 1843, t. II, p. 33).  
 FAVROT. *De la catalepsie avec hystérie et épilepsie* (thèse de Paris, 1844, in-4).  
 BERNARD DE MONTESSUS. *De l'épilepsie saturnine* (thèses de Paris, 1845, in-4).  
 HERPIN. *Pronostic et traitement de l'épilepsie*. Paris, 1852, in-8.  
 CAVALIER. *De la fureur épileptique* (thèses de Paris, 1853, in-4).  
 DELASIAUVE. *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1854, in-8.  
 J. MOREAU (de Tours). *De l'étiologie de l'épilepsie* (ouvr. couronné) (Mémoires de l'Académie de méd., 1854, in-4, t. XVIII, p. 1-175).  
 LOUAIL. *Essai sur l'épilepsie, avec quelques recherches statistiques sur sa fréquence et sur sa distribution géographique en France* (thèse de Paris, 1854, in-4).  
 DUMÉNIL et LEGRAND DU SAULLE. *Cas rare d'hystéro-épilepsie; larves dans les sinus frontaux* (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1855, n<sup>o</sup> 39).  
 A. DE FOVILLE. *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie* (thèses de Paris, 1857, in-4).  
 BROWN-SÉQUARD. *Researches on epilepsy; its artificial production in animals and its etiology, nature and treatment in man*. Boston, 1857, in-8.  
 A. KUSSMAUL et A. TENNER. *Unters. über Ursprung u. Wesen d. fallsuchtwürigen Zuckungen bei d. Verblutung, sowie d. Fallsucht überhaupt* (dans Moleschott's Unters. z. Naturlehre d. Menschen, etc., 1857, Bd. III, Heft 1).  
 CH. BLAND RADCLIFFE. *Epilepsy and other convulsive affections; their pathology and treatment*. Londres, 1857, in-8; 3<sup>e</sup> édition, 1861, in-8.  
 MICHÉA. *Du pronostic de l'épilepsie et du traitement de cette maladie par le valérianate d'atropine*. Paris, 1858, in-8.  
 J. L. SCHROEDER VAN DER KOLK. *Bay u. Functionen d. medulla spinalis u. oblongata, u. nächste Ursache und ration. Behandlung d. Epilepsie*. Trad. du hollandais, par W. THEILE. Brunswick, 1859, in-8.  
 J. FALRET. *De l'état mental des épileptiques* (Arch. gén. de méd., 1860, t. II, p. 661). — *Des théories physiologiques de l'épilepsie* (*ibid.*, 1862, février et mai).

- C. H. SIEVEKING. *On epilepsy and epileptiform seizures*. Londres, 1851, in-8, 2<sup>e</sup> édit.  
 J. RUSSEL REYNOLDS. *Epilepsy; its symptoms, treatment, and relation to other convulsive diseases*. Londres, 1861, in-8.  
 TROUSSEAU. *De la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie* (Bulletin de l'Académie de médecine, 1860-1861, t. XXVI, p. 250). *Discussion sur ce sujet*: communications de MM. PIORRY, TARDIEU, MALGAIGNE, BAILLARGER, BOUILLAUD, BEAU, DURAND-FARDEL, GIRARD DE CAILLEUX, FALRET, DEVERGIE, GIBERT, BOUSQUET (*ibid. passim*).
2070. *Définition*. — L'épilepsie est une affection chronique dont les accès intermittents sont essentiellement caractérisés par une perte complète de connaissance et le plus souvent par des mouvements convulsifs.
- Synonymie*. — Le terme d'*épilepsie*, dont on retrouve le sens étymologique dans le nom vulgaire de *haut-mal* (επι dessus, λαμβεσθαι, être saisi), ne servait primitivement qu'à exprimer la soudaineté des attaques, sans désigner une maladie particulière. *Morbus sacer, herculeus, divinus, comitialis, major, soniticus, scelestus, demoniacus, deificus, astralis, lunaticus; mal de Saint-Jean, mal de Saint-Valentin, mal de terre, mal caduc*, telles sont les principales dénominations imposées successivement à l'épilepsie (1); elles rappellent les unes quelques symptômes de cette maladie, d'autres sa gravité, d'autres encore les idées superstitieuses auxquelles ont donné lieu de tout temps sa singulière violence, l'obscurité de ses causes et les difficultés de son traitement.
- Divisions*. — On a proposé un grand nombre de divisions de l'épilepsie. Suivant que la cause des convulsions a son siège réel ou supposé dans le cerveau, la moelle ou les nerfs périphériques; suivant la nature de ses causes; quelquefois en se fondant sur la prédominance de tel phénomène particulier, les auteurs ont établi autant de genres et d'espèces d'épilepsie. (Exemples: épilepsie cérébrale, spinale, par affection des nerfs; épilepsie atonique, traumatique, rhumatismale, métastatique, de cause morale; épilepsie apoplectique, cursive, giratoire.) Ces distinctions admises par les uns, rejetées par les autres, trop souvent décevantes pour le thérapeute, présentent encore un médiocre intérêt au point de vue de la pathologie. Les espèces: épilepsie *symptomatique, idiopathique* et *sympathique*, sont à peu près les seules dont nous ayons à tenir compte. Nous nous bornons pour le moment à les indiquer, sauf à en discuter la valeur quand nous traiterons des causes de l'épilepsie et de sa physiologie pathologique.
- (1) V. un travail de M. JOSAT, intitulé: *Recherches historiques sur l'épilepsie*. Paris, 1836, in-8.

2071. *Symptômes.* — L'épilepsie est composée d'attaques et d'intervalles libres.

I. Les *attaques épileptiques* sont loin de se ressembler chez tous les malades, et chez le même sujet elles diffèrent également les unes des autres. D'où la nécessité, pour en faire une description méthodique, d'adopter une sorte de type artificiel qui retrace les phénomènes de l'accès le plus violent, et de noter comme autant de variétés les accès où l'on constate, soit l'absence de quelques caractères importants, soit la présence de troubles insolites.

A. — *Prodromes.* — L'invasion de l'attaque est précédée chez certains sujets de désordres particuliers, tantôt durant quelques secondes ou quelques minutes (*prodromes prochains*), tantôt pendant plusieurs heures ou même plusieurs jours (*prodromes éloignés*). Les auteurs varient beaucoup relativement à la fréquence de ces phénomènes précurseurs : on les rencontrerait, d'après Georget, cinq fois seulement sur cent malades ; dans la moitié des cas, selon M. Beau ; dans presque tous les cas, au dire de M. Piorry.

Quoi qu'il en soit, lorsque l'accès est annoncé par des prodromes, l'épileptique éprouve dans diverses parties du corps des sensations incommodes ou douloureuses : formication, engourdissement, froid, chaleur ; il accuse une lassitude générale, des étouffemens, des palpitations, un resserrement pénible de la gorge et de la poitrine, des douleurs à l'estomac, de l'anorexie, quelquefois un appétit vorace ; il a la tête lourde, il y éprouve des battemens, les artères temporales sont soulevées par des pulsations manifestes, la face est congestionnée ; il existe des tintemens d'oreille, des éblouissemens ; on a noté aussi le strabisme, la cécité. Certains épileptiques ont de véritables hallucinations au moment de leurs attaques : ils perçoivent des saveurs douces, des odeurs fortes, des images fantastiques parfois très compliquées : chez un malade l'accès débutait par la vue d'une rone dentée au centre de laquelle était une tête hideuse ; — un jeune épileptique voyait venir au galop un carrosse dans lequel se trouvait un petit homme en bonnet rouge ; craignant d'être écrasé, le malade tombait roide et sans connaissance ; — un autre voyait venir à lui une femme noire convertie d'un cuir, et il tombait quand elle l'approchait. Ces perceptions morbides se rattachent à la modification profonde que les fonctions encéphaliques subissent à ce moment ; en effet, l'invasion du mal est fréquemment aussi signalée à l'avance par l'insomnie ou un sommeil plus profond que d'ordinaire, par la perte de la mémoire, par la morosité, le pressentiment de l'attaque (les enfans à l'approche de l'accès, se jettent dans les bras de leurs mères), une humeur irascible, des idées de suicide, quelquefois, au contraire, une grande sérénité d'esprit. A ces changemens survenus dans les facultés intellectuelles et morales, à ces désordres de la sensibilité générale et des sens spéciaux, s'ajoutent quelques légères altérations de la motilité :

tremblement, convulsions partielles. Les fonctions de la vie végétative elles-mêmes sont diversement troublées, ainsi que l'atteste chez certains malades l'excrétion d'urines copieuses, pâles, parfois sanglantes, de fèces extrêmement fétides ; les épileptiques qui portent des exutoires remarquent quelquefois une acreté toute particulière du pus à l'approche de l'accès, etc.

Parmi les prodromes, il en est un, signalé par Galien sous le nom d'*aura*, et qui a été l'objet de longues controverses. La sensation proprement dite d'un air froid (*aura quædam frigida*) se dirigeant des extrémités vers la tête, est assez rarement accusée par les malades ; des observateurs bien placés pour voir un grand nombre d'épileptiques disent même n'avoir jamais rien noté de semblable. En outre, la sensation vague qualifiée d'*aura*, au lieu de prendre naissance dans les doigts, les orteils, les hypochondres, les lombes, pour monter peu à peu vers l'encéphale, affecte assez fréquemment une marche inverse, descendante. Le plus souvent tout se borne à un frémissement plus ou moins douloureux des muscles, ou à une crampe douloureuse, c'est-à-dire que l'*aura* est un mélange de sensation et de mouvement, et comme le prélude des contractions plus étendues et plus fortes qui vont se manifester pendant l'attaque.

On appelle *aura motrice*, l'impulsion aveugle au mouvement que présentent quelques épileptiques au moment où leur accès est sur le point de débiter : on les voit s'élançer en avant, ou reculer, ou tourner en rond, avant de tomber convulsés.

B. *Symptômes proprement dits de l'attaque épileptique.* — L'abolition soudaine et complète de l'intelligence et de la sensibilité, ou, pour nous servir du langage des anciens, l'oblitération des sens externes et internes, tel est le caractère constant de l'épilepsie. Sans doute il existe quelques faits rares où la connaissance est en partie conservée, mais ce sont là des exceptions comme la clinique en présente à tout ce que nous appelons règle ou loi en pathologie, et l'on peut à bon droit en faire abstraction. Or, suivant que la perte de connaissance existe seule ou qu'elle s'accompagne de mouvemens convulsifs, on distingue les attaques en petites et en grandes.

a. La *grande attaque*, ou *attaque complète* (grand mal) se produit de la manière suivante :

Après avoir ou non éprouvé les prodromes indiqués plus haut, le sujet pâlit subitement, pousse un cri et tombe comme foudroyé ; à partir de ce moment les excitations les plus violentes, piqûres, incisions, brûlures profondes ; la lumière la plus vive, le bruit le plus intense, les plus pénétrantes odeurs, rien ne provoquera de sa part le moindre signe de perception, de *présence*. Dans l'instant même qui suit la chute, des contractions se manifestent sur quelques points et se propagent rapidement à tout le corps ; ce sont des contractions *toniques* qui immobilisent les

parties et leur donnent une situation fixe : le malade est étendu sur le dos, la tête renversée en arrière ou fléchie ou inclinée sur l'un des côtés, la langue pendante, la bouche s'emplissant de salive. A mesure que cet état tétanique se prolonge, et sa durée n'excède pas quelques secondes, la face de pâle devient graduellement pourpre, livide.

Alors, à cette roideur générale du tronc et des membres, on voit succéder d'abord des secousses brèves, violentes, semblables à autant de commotions électriques, puis des convulsions *cloniques* de plus en plus étendues, presque toujours plus marquées dans une moitié du corps : la tête est étendue, fléchie, tournée, inclinée en divers sens ou rentrée entre les épaules « comme chez ceux que l'on traîne par les cheveux. » (Arétée). Les yeux roulant dans les orbites, par momens fixes et louches, ne laissent le plus souvent apercevoir que la sclérotique; les pupilles, quand on peut les examiner, apparaissent inégalement resserrées ou dilatées, et complètement immobiles; les paupières à demi fermées sont parfois agitées par un clignement incessant. Le plissement du front, les mouvemens des lèvres qui sont allongées en bec ou retirées vers les oreilles, la distorsion de tous les traits, joints à la turgescence veineuse de la face et du col, rendent la physionomie hideuse et y impriment le masque de la colère, de l'épouvante ou de la douleur. Les mâchoires s'écartent ou se rapprochent avec force, les dents grincent, se brisent quelquefois, et si la langue se trouve saisie entre les arcades dentaires, elle est mordue plus ou moins profondément ou même séparée en deux. Du sang se mêle alors à la salive spumeuse, et infecte chez quelques-uns, qui est rendue par jets saccadés; des mucosités sortent en même temps des narines. Le tronc jeté d'un côté à l'autre, les membres agités de secousses continuelles et placés alternativement dans la pronation, la supination, la flexion, l'extension, peuvent à grand'peine être maintenus par les assistans; les doigts sont contractés, les pouces fléchis dans la paume des mains, les pieds tantôt « trépignent violemment comme chez les taureaux qu'on égorge », tantôt se contournent au point d'amener parfois le gros orteil au contact du talon. Tout à l'heure, pendant les contractions tétaniques, la poitrine était immobile, et la suffocation paraissait imminente; maintenant la respiration se rétablit, mais elle est convulsive, inégale, râlante, mêlée de sanglots, de cris, de mugissemens. Le cœur bat avec force, le pouls est désordonné. Sous l'influence de la gêne qu'éprouve la circulation, le sang peut s'échapper par le nez, les yeux, les oreilles, les bronches (1), et même s'épancher dans la trame des organes; parfois une apoplexie cérébrale a lieu. Chez certains épileptiques, l'urine sort en jet, des flatuosités parcourent bruyamment

(1) D'autres hémorragies se produisent chez les épileptiques par un mécanisme bien différent (V. le mémoire déjà cité de M. JULES PARROT sur la *Sueur de sang et les hémorragies névropathiques*, dans *Gaz. hebdom.*, 1859).

l'abdomen, il y a du hoquet, des vomissemens, une excrétion involontaire des matières alvines; chez d'autres le pénis s'érige, les testicules se rétractent vers les anneaux et il se produit des pollutions.

Enfin, après une ou deux minutes au plus, cet orage s'apaise : les convulsions deviennent plus rares, moins fortes, et le pouls plus régulier; la respiration, profonde et large comme pour suppléer à l'arrêt qu'elle vient d'éprouver, s'accompagne d'un ronflement sonore qui rappelle la sterteur des apoplectiques; une sueur abondante, et parfois fétide, apparaît principalement à la tête, au cou et à la poitrine; la face se décolore, se décompose, devient cadavéreuse; le malade tombe dans un profond assoupissement.

Au sortir de ce sommeil, qui se prolonge pendant trois à huit minutes, quelquefois pendant des heures entières, nul souvenir de ce qui vient de se passer : l'épileptique ne se rappelle ni le cri qu'il a poussé, ni la chute qu'il a faite. Quelques-uns se disent soulagés, manifestent un sentiment de bien-être et une humeur enjouée; mais ce cas est des plus rares : presque tous se sentent brisés de fatigue, surtout quand il y a eu émission de sperme; ils accusent de la céphalalgie, des étourdissemens; sont honteux, stupides, sombres, irritables. Puis bientôt ils se rétablissent, et l'on est frappé de les voir, à la suite d'une si grande perturbation, revenir promptement à leur état de santé habituel et reprendre leurs occupations de tous les jours. D'autres, à leur réveil, sont pris de symptômes nerveux particuliers, d'hydrophobie par exemple; d'autres de mélancolie avec penchant au suicide, ou d'un délire furieux. Ils conservent souvent pendant plusieurs heures et même un ou deux jours, de l'aphonie, de la faiblesse dans un bras, une jambe; la paralysie peut même revêtir le caractère d'une véritable *hémiplegie* (du sentiment et du mouvement) qui va se dissipant jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque la ramène. Il est digne de remarque que l'hémiplegie ne s'observe pas seulement quand les contractions se sont montrées, comme cela a lieu presque toujours, avec une prédominance évidente dans une moitié du corps, mais encore lorsque les deux côtés ont été également convulsés (Todd).

Un phénomène très fréquent à la suite des attaques, consiste en l'apparition d'une foule de petites taches, semblables à des piqûres de puce, sur la face, le cou, les épaules; ces rougeurs, les unes érythémateuses, les autres hémorrhagiques, produites par la stase sanguine qui accompagne les accès, s'effacent au bout de quelques heures, ou persistent pendant plusieurs jours.

*Durée de l'attaque complète.* — A l'exemple de M. Beau, nous admettons dans une attaque complète quatre phases bien distinctes :

Premier stade : *état tétanique*; il dure de cinq à trente secondes.

Deuxième : *convulsions cloniques*; elles se prolongent pendant une ou deux minutes;

Troisième : *stade de ronflement*, de trois à huit minutes ;

Quatrième : *retour* de la sensibilité et de l'intelligence. Il n'est complet qu'au bout d'un temps variant de dix à trente minutes.

Ce qui porte pour une attaque complète le maximum de la durée habituelle à plus d'une demi-heure, et à dix minutes environ la durée des symptômes convulsifs de l'attaque (tétaniques et cloniques) réunis au coma qui leur succède.

*Attaques composées.* — Mais, loin de parcourir toutes les phases de cette évolution régulière, l'attaque peut être à peine terminée, le coma avoir à peine succédé à l'agitation du système musculaire, que déjà un nouvel accès se produit, puis un autre, et ainsi de suite. C'est l'attaque *composée* ou *paroxysme*, ou encore, comme on dit dans les hospices d'épileptiques, l'*état de mal*. La durée individuelle de chaque accès est alors beaucoup moindre, mais on en voit pendant une ou plusieurs heures se dérouler une série presque continue (attaques *imbriquées* pour emprunter une expression heureuse de M. Trousseau), et, dans leurs courts intervalles, on observe du coma, des vertiges, un délire sombre, des idées de suicide, etc.

*b. Attaques convulsives incomplètes.* — Nous avons décrit l'accès convulsif de l'épilepsie dans toute sa violence ; mais ce type ne se retrouve pas toujours en clinique, composé qu'il est de tous les phénomènes *possibles* de l'attaque. Souvent l'un ou l'autre de ces phénomènes est absent, ou présente des modifications.

Ainsi le cri peut manquer totalement ou être remplacé par une exclamation : une malade de J. Frank s'écriait « Jésus ! » au commencement de chaque accès ; elle ne gardait aucun souvenir de ce cri en quelque sorte machinal ; — une épileptique observée par M. Foville avant de tomber, faisait plusieurs signes de croix en s'affaissant sur elle-même, et ne se rappelait plus ces gestes automatiques quand elle revenait à elle, etc.

Beaucoup de malades ne tombent pas ; ils restent debout pendant toute la durée des convulsions, et généralement celles-ci ont alors une faible étendue. Chez d'autres on voit les convulsions débiter par l'estomac, par la vessie : une épileptique citée par Tissot, se trouvait tout à coup obligée de rendre son urine, et perdait tout de suite connaissance. D'autres faits nous montrent une sorte d'alternance entre la convulsion des parties extérieures et celle des organes internes : ainsi chez un homme, dont parle Maisonneuve, les membres étaient dans le relâchement quand la suffocation et les efforts de vomissement avaient lieu, et cet état cessait quand les convulsions s'emparaient des muscles du tronc et des membres, etc.

Le plus souvent c'est sur l'intensité et la durée des contractions spasmodiques que portent les variations de l'accès ; celui-ci peut se réduire à une roideur générale, à un tremblement, à une secousse unique

de la tête et des membres, à la projection d'un bras ou d'une jambe, à la clôture des mains, à un serrement des mâchoires, à une grimace, à un clignement ou à quelque autre mouvement de ceux qu'on qualifie de *tic*. C'est dans ces cas surtout que l'on note l'absence du cri, de la chute, d'un coma prolongé ; cependant on remarque encore assez souvent un peu d'écume au coin de la bouche chez des malades dont les convulsions sont très partielles et d'une très courte durée. Constatment le caractère épileptique de ces accès incomplets se trahit par la pâleur qui couvre subitement la face et par l'absence de tout souvenir au moment où les malades reprennent connaissance.

On conçoit qu'il serait facile d'établir une sorte d'échelle des accès depuis le plus fort jusqu'au plus faible, et d'imposer des appellations particulières à ces différens degrés d'intensité. Les noms d'*accès incomplets*, d'*accès intermédiaires* et même, ce qui est un tort, le nom de *vertiges*, sont employés pour marquer la participation de moins en moins grande de la motilité à l'attaque épileptique, et l'isolement de plus en plus complet de l'autre élément de cette attaque, savoir la perte de connaissance.

*c. Vertige épileptique.* — Dans la *petite attaque* (*petit mal*, *attaque vertigineuse*), cet isolement est frappant. C'est aux travaux modernes que l'on doit principalement la connaissance de cette forme importante de l'épilepsie.

Le type du *vertige* est l'état que M. Calmeil a décrit sous le nom d'*absence*, et le nom de vertige épileptique devrait même être exclusivement réservé à l'*absence*, dans un langage rigoureux. Nul prodrome : c'est au milieu de la santé la plus parfaite en apparence, au moment où le malade s'y attend le moins, que tout à coup son intelligence, ses sens se trouvent annihilés, et cela quelquefois pendant un instant si court, que, revenu à lui, il n'a pas conscience de cette subite éclipse du *moi* : si c'est au milieu d'un entretien que l'arrêt a eu lieu, il achève la phrase, le mot interrompus. Un moment sa face a pâli, son regard est devenu fixe, sa physionomie nulle, puis tout est rentré dans l'ordre. Et cependant si profonde est dans ces cas la perte de toute conscience, que durant le vertige on a vu des épileptiques être précipités d'un lieu élevé, se faire des brûlures, des blessures mortelles.

En clinique, on comprend habituellement sous le nom de *vertiges* non-seulement les *absences*, mais encore les attaques dans lesquelles la perte momentanée des facultés se trouve associée à quelques convulsions très légères ; ici se rapportent quelques-unes des variétés que nous avons indiquées tout à l'heure en parlant des accès incomplets. On doit y ranger également ceux qui, à peine signalés par quelques secousses dans les muscles ou par un peu de trismus, sont néanmoins suivis d'un coma très long (c'est ce que certains auteurs ont appelé *épilepsie apoplectique* ou encore *apoplexie nerveuse*).

d. *Délire épileptique*. — Ce n'est pas ici le lieu d'étudier les désordres intellectuels chroniques qui peuvent survenir comme complication de l'épilepsie ancienne; mais nous devons signaler ce fait, qu'au lieu des vertiges ou des convulsions générales, on voit quelquefois apparaître chez les épileptiques un délire dont l'invasion, ou soudaine ou très prompte, la courte durée et les caractères spéciaux révèlent la nature de la maladie tout aussi sûrement que les accidens précédemment décrits.

Tantôt c'est une simple *absence* de quelques secondes ou de quelques minutes, pendant lesquelles le malade, l'œil fixe, le visage hébété, profère des paroles incohérentes et inintelligibles, se livre à quelque acte déraisonnable ou déplacé (tel ce magistrat, observé par M. le professeur Trousseau, qui, pendant les délibérations de ces collègues, se levait tout d'un coup pour aller uriner au milieu de la salle); le tout avec une inconscience profonde et une absence complète de souvenirs au réveil.

Ailleurs c'est un désordre mental plus compliqué, un délire furieux, d'une violence affreuse, avec impulsion aveugle au suicide, à l'incendie, au meurtre; une profonde prostration intellectuelle y succède, et, revenu à lui, le malade ne se rappelle rien: là encore on retrouve la marque de l'épilepsie dans la brusquerie du début, dans l'intensité excessive de la perversion cérébrale suivie de collapsus, dans son caractère transitoire et dans la netteté même de l'intermission (*épilepsie larvée* de M. Morel. Ces faits, d'une haute portée médicale et sociale, ont été très bien étudiés dans ces derniers temps, notamment par M. Jules Falret).

La preuve de l'intime connexion qui existe entre toutes ces formes symptomatiques, de l'équivalence du délire d'une part, des vertiges et des convulsions de l'autre, cette preuve on la trouve dans les faits où les attaques vertigineuses, convulsives, délirantes, au lieu de s'isoler et d'alterner entre elles, ce qui a lieu quelquefois, se mêlent et se combinent diversement, ce qui est beaucoup plus fréquent. Chez tel malade le délire ouvre la scène, et comme pour en démontrer la signification, on voit à sa suite des accidens convulsifs éclater; chez tel autre, c'est le délire qui succède aux convulsions; chez un troisième, il se surajoute aux vertiges. Ce dernier cas est loin d'être rare: M. Beau l'a rencontré 76 fois sur 219, et le décrit dans les termes suivans:

« L'individu a le temps de s'asseoir, ou bien il tombe ou fléchit; la face est pâle, immobile, les yeux sont fixes et hagards, ou bien il y a quelques légers tremblemens des membres supérieurs et de la face. Il reste ainsi pendant quelque temps; peu à peu il s'anime, il se lève d'un air étonné, cherche autour de lui, fait des paquets, veut se déshabiller, prononce souvent des paroles mal articulées et essaye de se débarrasser des personnes qui le retiennent; si on le laisse aller, il se promène d'un air

égaré, a une démarche un peu choréique et bat quelquefois ceux qui se trouvent sur son passage. Enfin, l'intelligence reparait, l'individu est fatigué et honteux et conserve seulement la mémoire d'une partie de ce qui s'est passé. Cet ensemble de phénomènes dure de deux à trois minutes; le délire dont je viens de parler est toujours sombre ou même furieux. Le vertige est dès lors un ensemble de symptômes d'épilepsie et d'aliénation mentale; le délire qui se manifeste aussitôt après la perte de connaissance, rappelle l'état nerveux que l'on observe dans certaines fièvres sous le nom de *carphologie*. »

*Fréquence des attaques*. — La fréquence des attaques est extrêmement variable; certains sujets ont un seul accès dans le cours de plusieurs années, d'autres en éprouvent un grand nombre (jusqu'à cent cinquante!) dans le même jour. Le retour de ces manifestations morbides est subordonné à une foule de conditions qui seront indiquées à propos de l'étiologie. Quant à la fréquence comparée des attaques convulsives et des vertiges, l'observation tend à établir en faveur de ces derniers une différence très marquée: en effet, d'une part, il y a plus de malades ayant seulement des vertiges qu'il n'en existe dont l'épilepsie se traduit exclusivement par des attaques convulsives; et d'autre part, lorsque le même individu présente tantôt l'une, tantôt l'autre de ces formes, la somme des vertiges l'emporte sur celle des attaques. Les accès caractérisés par le délire seul sont les plus rares.

II. *Intervalles des accès*. — En dehors de leurs attaques les épileptiques jouissent d'un état de santé qui étonne quand on songe aux violents et dangereux désordres qui signalent souvent leurs paroxysmes. Mais ici une question d'un grand intérêt se présente: ces paroxysmes doivent-ils être envisagés comme la manifestation intermittente et discontinue d'une condition morbide qui, elle, persisterait même pendant les intervalles de calme, ou ne faut-il y voir qu'autant d'accidens isolés, presque autant de courtes maladies, sans autre lien qu'une prédisposition toute latente?

Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où l'épilepsie se rattache à une lésion organique évidente des organes de l'innervation, et où, par conséquent, dans l'intervalle des attaques on peut observer des symptômes à marche continue, en rapport avec cette lésion. Quant à l'épilepsie sans lésion matérielle appréciable, la question que nous venons de soulever, a reçu des solutions contradictoires. Pour les uns, toute la maladie consiste dans la production même des accès, ou plutôt dans l'aptitude à les éprouver sous l'influence de diverses causes. Pour d'autres, l'épilepsie est une maladie, et l'attaque n'en est qu'un symptôme, le plus grave, si l'on veut, le plus éclatant de ses symptômes, mais non le seul; le système nerveux tout entier de l'épileptique est affecté d'une manière particulière, et ce trouble se révèle par des phénomènes nombreux qui, pour ne consister ni en convulsion, ni en perte