

de connaissance, n'en sont pas moins spéciaux aux épileptiques. Cette dernière manière de voir se rapproche certainement de la vérité. Il y aurait peut-être quelque exagération à assimiler l'épilepsie à Phystérie, en admettant dans l'une et l'autre une production également continue de phénomènes morbides dans l'intervalle des accès; néanmoins c'est là un rapprochement utile à faire et vrai dans des limites données; et souvent un examen attentif permettra de saisir des indices peu marqués, mais certains, d'une innervation anormale, là où une observation superficielle laisserait croire à l'intégrité absolue des fonctions pendant les périodes de calme.

Ces symptômes intermédiaires, presque toujours assez légers, paraissent suivre une sorte de progression décroissante à la suite des accès, croissante à leur approche; comme si l'irritabilité du système nerveux allait augmentant de plus en plus, jusqu'à ce que surviennent les attaques qui la dissipent et l'épuisent. C'est principalement dans l'épilepsie invétérée que les malades présentent des accidens nerveux multipliés, et des modifications importantes de toute l'économie. Et d'abord quelques-uns parmi les symptômes de l'attaque peuvent, en persistant longtemps à sa suite, s'élever au rang de véritables maladies; de ce nombre sont: l'aphonie, les paralysies diverses, la dysphagie, le trismus, l'ischurie, une tympanite douloureuse (Romberg). En outre on constate dans les facultés mentales et affectives de ces malades des changemens particuliers: leur mémoire s'affaiblit, leurs idées deviennent moins nettes, leur appétit génésique dégénère parfois en une salacité dégoûtante. Ils sont souvent ombrageux, bizarres, fantasques, hypocrites, obséquieux, colères, perfides: un ami épileptique n'est pas un don du ciel, dit Esquirol. Beaucoup de ces malheureux finissent dans la démence; forme de la folie qui n'a ici rien de spécial, et apparaît comme le dernier terme de l'affaiblissement des facultés. Il n'en est pas de même du délire aigu qui éclate parfois entre les attaques convulsives, et dont les caractères indiqués plus haut dénotent un rapport si intime avec la condition organique quelle qu'elle soit qui fait le fond de l'épilepsie. La physionomie des anciens épileptiques a quelque chose de particulier, qu'on explique assez naturellement par la fréquente répétition des contractions musculaires convulsives et de l'hyperémie céphalique qui les accompagne: « La maladie comitiale est envieuse de la beauté » (Arétée): les paupières et les lèvres s'épaississent; les sourcils sont plus arqués que de coutume, les yeux saillants, souvent strabiques; la cornée cachée en partie sous la paupière supérieure rend le regard vague, incertain; l'expression du visage est l'abattement, l'hébétéude, la stupidité. La démarche devient vacillante, tous les mouvemens sont lents et roides.

D'autres faits encore ont été indiqués comme signes de la modification profonde imprimée par l'épilepsie à l'organisme tout entier: les sai-

gnées mal supportées, une tolérance remarquable pour les vomitifs à haute dose; une certaine immunité à l'égard des maladies contagieuses, ou une mortalité moindre pendant le règne des épidémies; le peu de gravité des affections accidentelles, telles que phlegmasies, hémorrhagies (Romberg). Mais ces assertions manquent de preuves suffisantes.

2072. *Marche. — Durée. — Terminaisons.* — L'épilepsie est une maladie apyrétique et chronique, avec intermittence des principaux symptômes; cela ressort suffisamment de la description précédente. Mais il convient d'ajouter un mot sur le mode d'invasion et de développement de l'affection. Tantôt elle débute brusquement: un homme bien portant éprouve une forte perturbation morale, et soit immédiatement, soit quelque temps après, on le voit tout à coup pâlir, pousser un cri, tomber. D'autres fois, et ce cas est moins fréquent, les caractères de l'affection s'ajoutent les uns aux autres et se complètent graduellement: d'abord il y a de simples *absences*, si courtes qu'elles échappent aux malades et aux assistans; ou même la connaissance n'est pas d'abord entièrement perdue, mais de petites convulsions se manifestent: flexion du pouce, clignement, strabisme passager; enfin, un jour arrive, où une attaque complète vient démontrer que ces symptômes, d'une si grande bénignité en apparence, étaient déjà de l'épilepsie.

Ailleurs encore l'*aura* seule existe pendant des mois et même des années: partant d'un point de la périphérie nerveuse, elle s'avance de plus en plus vers la tête qu'elle finit par atteindre; alors la perte de connaissance et les convulsions s'y joignent, et l'attaque devient complète.

Qu'ils se soient établis d'emblée avec tous leurs caractères, ou qu'ils n'aient acquis que par degrés leur physionomie définitive, les accès se reproduisent avec une *uniformité* non absolue, sans doute, mais très remarquable dans une foule de cas. Ainsi, les accès sont-ils annoncés par des prodromes, les malades en auront à chaque accès, et ces sensations prémonitoires seront presque toujours les mêmes; l'*aura* partira du même point; le cri sera ou non proféré; la chute aura lieu du même côté, les mêmes muscles se convulseront. L'intensité, qui est l'élément le plus variable, diffère elle-même moins selon les accès que selon les malades. L'un a des accès nocturnes seulement, l'autre seulement diurnes. S'il existe des vertiges, isolés ou mêlés aux attaques, l'épileptique en a presque invariablement telle ou telle variété; quelques-uns possèdent deux variétés qui alternent. Quelques exemples feront mieux ressortir cette reproduction fidèle et comme stéréotypée des mêmes symptômes: une jeune fille tombait toujours sur l'un des côtés du corps, et, en la disposant dans sa chaise de façon que la chute eût lieu du côté opposé au foyer près duquel elle était assise, on pouvait l'abandonner à elle-même, sans crainte d'accidens; un jour elle se place autrement; prise d'une attaque, elle se fait de profondes brûlures aux jambes... Une malade tombait constamment, la tête en arrière; il en était résulté une

umeur sanguine à l'occiput, et l'on fut obligé de lui faire porter un bourrelet pour prévenir de nouvelles contusions... Une épileptique de la Salpêtrière se luxait la mâchoire inférieure dans chacune de ces attaques, etc.

Lorsqu'un accès a eu lieu et que la nature épileptique de cet accès a été positivement reconnue, il faut s'attendre à le voir suivi d'un deuxième et d'une série d'autres. Mais l'époque de ces retours est extrêmement variable. Des années entières s'écoulent quelquefois entre les premières attaques; plus le mal est ancien, plus en général elles vont se rapprochant, pour s'éloigner de nouveau avec le progrès de l'âge. Généralement aussi, mais non toujours, leur violence est en raison inverse de leur nombre.

Une véritable *périodicité* est très rare (si l'on élimine, bien entendu, les fièvres à forme épileptique). Cependant les recherches statistiques ont donné ce résultat intéressant que le retour à peu près régulier des accès est plus fréquent que leur irrégularité absolue. Au premier abord le fait a lieu de surprendre, et il semble difficile de le concilier avec la multitude des circonstances accidentelles qui, intervenant à chaque instant dans la vie des épileptiques, peuvent provoquer de nouvelles manifestations de leur maladie. Pour se rendre compte de cette quasi-régularité, il faut réfléchir au rôle borné et secondaire des causes occasionnelles productrices des accès; loin d'être également efficaces à toutes les époques, elles peuvent trouver l'organisme tantôt dans un état d'indifférence presque complète à leur action, tantôt, au contraire, dans un état d'extrême susceptibilité, et le plus souvent elles n'agissent qu'à la condition d'être secondées par une aptitude morbide spéciale et transitoire; or, celle-ci paraît assujettie à une certaine périodicité dans ses retours. En considérant les accroissemens et les diminutions qu'elle présente, on serait tenté de croire qu'il se fait dans le système nerveux des épileptiques une sorte de saturation graduelle, que l'excitabilité s'y accumule peu à peu, comme nous le disions tout à l'heure, jusqu'à ce qu'elle arrive à une somme donnée; alors elle éclate sous l'influence de la cause la plus légère. De là vient que, lorsque la maladie est devenue habituelle, le seul fait de n'avoir pas eu d'accès depuis longtemps, constitue une prédisposition à en éprouver de nouveaux; de là vient que certains épileptiques, inquiets, agités, moroses, travaillés par un malaise inexprimable, souhaitent une attaque, vont au-devant des émotions ou des écarts de régime qui peuvent la faire naître, et la provoquent pour ainsi dire à dessein. — Le type le plus ordinaire des accès presque réguliers est le *mensuel*, et cela non-seulement chez la femme, où leur retour est lié à celui d'une fonction elle-même périodique, mais encore chez les hommes. — A titre de curiosité nous citerons l'observation suivante: « Une jeune fille née à sept mois, devenue épileptique à sept ans, présente les paroxysmes de la maladie tous les sept jours, et régulièrement à sept heures du matin

de chaque jour. Certes, elle eût été un sujet de choix pour démontrer l'influence du nombre sept, dans les écoles italiques et plus tard chez les cabalistes » (Josat).

Une circonstance dont il est essentiel d'être prévenu, si l'on veut éviter des erreurs de pronostic et des illusions trop fréquentes sur l'efficacité de certaines médications, c'est que l'épilepsie subit quelquefois spontanément des temps d'arrêt, de longues interruptions: sans qu'aucune cause appréciable soit intervenue, on voit des malades rester des mois et des années sans éprouver ni convulsions, ni vertige; il est vrai qu'à la suite de ces suspensions, les attaques reviennent presque toujours avec leur ancienne force, et quelquefois plus graves qu'auparavant.

A mesure que l'épilepsie vieillit, les malades dont les accès sont annoncés par des prodromes, apprennent à bien connaître la signification de ces phénomènes précurseurs; aussi les anciens épileptiques ont-ils souvent le temps de s'isoler, de se cacher à l'approche des attaques, et de se mettre ainsi à l'abri des accidens funestes auxquels leurs chutes les exposent. C'est moins l'instinct de la conservation qui les fait agir ainsi, qu'une sorte de pudeur. « Ainsi nous avons encore honte de notre misère! » (J. Frank.)

L'épilepsie peut entraîner la mort: par les lésions traumatiques, conséquences de la chute; par asphyxie, par hémorrhagie, surtout par hémorrhagie cérébrale; par les lésions congestives et même inflammatoires du cerveau et de ses membranes qui se produisent quelquefois à la suite des accès violens; par le seul fait de cette violence enfin, car toutes les autopsies d'épileptiques qui succombent *en état de mal* sont loin de montrer des altérations organiques considérables; l'asphyxie et l'épuisement nerveux sont les seules causes de la mort en pareil cas: des mucosités énormes se sont accumulées dans les voies aériennes, surtout l'attitude du malade s'opposant à leur issue, et d'autre part l'innervation s'est dépensée par une suractivité tumultueuse dont la prolongation au delà de certaines limites n'est pas compatible avec celle de l'existence.

2073. *Complications.* — a. L'aliénation mentale est considérée comme l'une des complications les plus fréquentes de l'épilepsie, puisque, d'après les relevés d'Esquirol, « les quatre cinquièmes des épileptiques ont plus ou moins complètement perdu la raison »; mais il ne faut pas oublier que cette statistique a pour base la population des hospices, celle où nécessairement prédominent les formes les plus graves de la maladie.

b. L'hystérie est une autre complication fréquente; elle se rencontre une fois sur cinq environ, sur un nombre donné de femmes épileptiques. L'*hystéro-épilepsie* (tel est le nom de la névrose ainsi compliquée) se présente sous diverses formes: ou bien la même personne a des attaques épileptiques et hystériques séparées; ou bien les attaques sont con-

situées par les phénomènes de l'hystérie et de l'épilepsie convulsive mêlés en proportion variable; enfin le vertige épileptique peut être associé avec des attaques d'hystérie pure ou alterner avec elles. (Beau.)

c. Les congestions persistantes, les hémorrhagies, les inflammations des centres nerveux que l'on observe à la suite des attaques, peuvent acquérir assez de gravité pour devenir autant de complications; toutefois cela est fort rare.

2074. *Étiologie.* — Les causes de l'épilepsie sont nombreuses. On les divise en prédisposantes et en efficientes, sans qu'il soit toujours aisé de tracer la limite qui sépare les unes des autres. Il faut tenir compte, dans une troisième classe, des causes qui provoquent le retour des attaques.

A. *Causes prédisposantes.* — L'épilepsie peut être transmise héréditairement; mais on n'est pas encore bien fixé sur la fréquence des faits de ce genre: ils seraient presque exceptionnels au dire des auteurs qui tiennent compte seulement des épileptiques nés d'autres épileptiques; ils paraissent nombreux, au contraire, si l'on envisage les affections nerveuses quelconques des parens comme susceptibles de créer chez les descendans une prédisposition au mal caduc. D'après Boerhaave, l'épilepsie peut sauter une génération, passant des aïeux aux petits enfans, etc.

Existe-t-il une épilepsie *connée*, ou congénitale, en ce sens qu'un enfant issu de parens sains doit uniquement la prédisposition épileptique à quelque accident survenu dans le cours de la grossesse, à quelque émotion vive éprouvée par la mère, comme par exemple la frayeur inspirée par la vue d'une attaque de haut mal? Quelques faits, rares à la vérité, portent à croire que les choses peuvent se passer de la sorte.

La maladie est, dit-on, plus fréquente dans le sexe féminin; le jeune âge et surtout l'époque de la puberté en favorisent la première manifestation; elle débute rarement passé quarante ans; cependant aucun âge n'en préserve complètement, pas même l'extrême vieillesse.

Quant à la constitution et au tempérament, quelques médecins ont fait de la vigueur exagérée et du développement précoce du système musculaire l'apanage d'une prétendue habitude épileptique: le nom de *morbus herculeus*, d'après l'étymologie la plus probable, viendrait de ce que le héros fabuleux, emblème de la force physique, aurait été lui-même affecté d'épilepsie. Mais assez généralement cette maladie se rencontre chez les individus délicats, grêles, lymphatiques et nerveux. La même prédisposition peut être acquise par le fait d'un affaiblissement accidentel de la constitution: c'est ainsi que l'état cachectique produit par la misère, les excès, les pertes considérables de liquides (hémorrhagies, flux intestinaux, salivation, leucorrhée, pertes séminales, sueurs copieuses, lactation trop prolongée, suppurations abondantes, etc.), ou déterminé par des maladies générales qui altèrent profondément les

fonctions nutritives (syphilis, scrofules, scorbut, fièvre d'accès, etc.), prépare quelquefois le développement de l'épilepsie. Ce qu'on pourrait appeler le *tempérament moral*, exerce ici une influence plus évidente peut-être que celle de l'organisation physique: l'épilepsie se montre souvent chez les personnes d'un caractère timide, peureux, irascible, et qui, originellement ou par suite d'une éducation vicieuse, sont promptes à sentir vivement les émotions de toutes sortes; état des facultés affectives qui ne coïncide pas toujours, quoi qu'on en dise, avec les attributs physiques d'un tempérament délicat.

Et comme ces mêmes conditions de *mobilité nerveuse* sont aussi celles qu'on trouve dans l'étiologie d'une foule d'autres névroses, il en résulte que la migraine, la chorée, l'hystérie, lorsqu'elles précèdent l'épilepsie, sont enregistrées comme autant de causes de cette dernière maladie, alors qu'elles ne sont, en réalité, toutes (y compris l'épilepsie), que les expressions pathologiques variées d'une même manière d'être de l'économie.

L'influence des climats et des saisons est peu connue; on a seulement noté la grande fréquence du mal caduc dans les pays froids (peut-être serait-il plus exact de dire: dans les pays à température excessive), et le chiffre considérable des invasions pendant le printemps.

B. *Causes efficientes.* — Elles sont en si grand nombre que pour les passer en revue, il nous faut étudier à part l'épilepsie *symptomatique*, *idiopathique* et *sympathique*. Gardons-nous, toutefois, de supposer que telle ou telle variété d'épilepsie doive présenter toujours, de par la cause qu'on lui assigne, des caractères sémiologiques propres, une marche déterminée, des indications thérapeutiques spéciales: l'observation viendrait trop souvent montrer qu'il n'y a rien d'absolu dans ces groupemens toujours un peu arbitraires.

1° Cela posé, l'épilepsie est dite *symptomatique* lorsqu'elle se lie à la présence d'une lésion matérielle des centres nerveux ou de leurs enveloppes. Les altérations les plus diverses peuvent y donner lieu. On a coutume de distinguer sous le nom d'*épileptiformes* les accès convulsifs qui accompagnent les maladies cérébrales avec altération organique manifeste, mais il est souvent impossible de découvrir la moindre différence entre les attaques dites épileptiformes et celles auxquelles on donne le nom d'épileptiques. Les symptômes convulsifs sont-ils isolés, et la lésion qui les occasionne demeure-t-elle d'ailleurs latente, ne suscitant aucun autre trouble fonctionnel? On n'hésite pas à reconnaître l'épilepsie; au contraire, que les mêmes accès apparaissent au milieu d'autres manifestations morbides, symptomatiques de la même altération des centres nerveux, aussitôt ils déchoient du rang de maladie, pour n'être plus que des épiphénomènes et recevoir le nom d'*épileptiformes*; c'est-à-dire que nous sommes réduits à interpréter diversement le même fait pathologique, suivant le plus ou moins d'obscurité

dont ses causes sont environnées. N'oublions pas d'ailleurs d'ajouter que l'épilepsie symptomatique peut devenir idiopathique, quand elle a duré pendant longtemps : c'est ce qu'on voit lorsqu'une lésion curable (par exemple un enfoncement des os du crâne) ayant été la première cause de la maladie, et cette lésion étant guérie, la maladie persiste. Et d'autre part, aussi, d'idiopathique l'épilepsie peut devenir symptomatique, quand sous l'influence des attaques répétées l'encéphale devient le siège d'altérations congestives permanentes; celles-ci à leur tour jouent le rôle d'une nouvelle cause organique provoquant des convulsions générales.

Si l'on appelle symptomatique l'épilepsie qui se rattache à une souffrance matérielle quelconque des centres nerveux, il ne répugnera nullement de placer à côté des changemens de texture de l'encéphale ou de la moelle, les modifications plus difficilement appréciables, mais non moins matérielles assurément, qui accompagnent les altérations diverses du sang (pléthore, anémie, etc.), ou que détermine l'absorption de certains poisons, comme la ciguë, l'alcool, le plomb, le mercure, ou l'empoisonnement dit urémique, complication de la maladie de Bright. On se rappelle que des accès convulsifs peuvent survenir pendant l'invasion des fièvres éruptives et dans le cours de certaines fièvres palustres. Mais dans tous ou presque tous ces cas, il s'agit à proprement dire d'attaques d'éclampsie plus ou moins aiguë et transitoire; seules les intoxications lentes (alcoolique, mercurielle, saturnine) qui produisent dans les centres nerveux des modifications persistantes, chroniques, peuvent être considérées comme des causes d'épilepsie véritable.

2° La maladie prend le nom d'*idiopathique* quand elle résulte ou semble résulter d'une cause directe et toute dynamique agissant d'emblée sur les centres nerveux, et y déterminant soit instantanément, soit au bout d'un certain temps, l'état morbide qui se traduit par la perte de connaissance et les mouvemens convulsifs. Les émotions violentes occupent ici le premier rang, et la plus fâcheuse de toutes est la frayeur : souvent c'est la vue d'un épileptique en convulsions qui est suivie de l'apparition de la maladie chez un individu prédisposé, jusque-là bien portant (mais en pareil cas il faut faire aussi la part de l'*imitation*). La colère, la joie, le chagrin, agissent de la même manière; viennent ensuite l'excitation immodérée et l'épuisement du système nerveux par les veilles, les travaux intellectuels, l'abus des liqueurs, le coït (acte en quelque sorte spasmodique que l'on a comparé à une *courte épilepsie*), l'onanisme, les vives douleurs résultant d'une blessure, d'une névralgie, etc.

Les impressions *sensorielles* d'une intensité immodérée deviennent également et souvent des causes d'épilepsie : ainsi la vue d'une lumière éclatante, la détonation du canon ou le bruit du tocsin, les saveurs âcres, les odeurs aromatiques ou fétides ou simplement antipathiques et agissant en vertu d'une *idiosyncrasie* particulière; pour le sens cutané,

le chatouillement prolongé, une chaleur excessive, un froid intense, l'immersion des pieds dans l'eau.

3° Les causes, que nous venons d'énumérer en dernier lieu n'agissent point directement sur l'encéphale, mais elles ébranlent presque immédiatement cet organe par l'entremise des nerfs sensoriaux. Si nous passons à l'étude de l'épilepsie *sympathique* ou *réflexe*, nous trouvons que l'action pathogénique, moins directe encore, atteint les centres nerveux sans produire de commotion instantanée, avec le concours du *consensus* qui relie ensemble toutes les parties du système cérébro-spinal et du système ganglionnaire. Un nerf sensitif de la face ou des membres est-il blessé dans un point quelconque de son trajet par un instrument piquant ou contondant, est-il irrité par un corps étranger ou des esquilles qui tiraillent ses fibres, comprimé par une tumeur des parties molles ou des os du voisinage, un névrome se développe-t-il sur son trajet? le mal caduc pourra être la conséquence de ces divers états morbides. C'est par un mécanisme semblable que la dentition, la carie dentaire, la présence de larves d'insectes logées dans les *sinus* frontaux (Duménil et Legrand du Saulle; Sauvages avait signalé dans l'étiologie de la maladie « les insectes qui picotent les *sinus* des narines »), occasionnent quelquefois le développement de l'épilepsie; les excitations morbides du nerf trijumeau méritent à cet égard une attention toute particulière, et que justifient la distribution étendue de ce nerf sensitif, la multiplicité de son rôle physiologique, ses connexions avec l'encéphale dont il est comme un prolongement direct, et surtout avec les foyers d'innervation motrice renfermés dans la moelle allongée.

Les nerfs viscéraux plus encore que ceux de la vie de relation sont exposés à des excitations anormales très multipliées, surtout ceux des voies digestives et génito-urinaires; aussi l'épilepsie sympathique a-t-elle souvent pour foyer ces deux appareils organiques (les organes respiratoires et circulatoires ne semblent pas exercer une influence aussi marquée) : substances irritantes, alimens indigestes; chez l'enfant, l'ingestion d'un lait trop séreux ou trop riche en principes alibiles, le sevrage prématuré; les affections chroniques de l'appareil digestif, la présence de vers dans l'intestin, une constipation opiniâtre, un développement abondant de gaz, voilà autant de causes possibles d'éclampsie et quelquefois d'épilepsie sympathique. Nommons encore les concrétions biliaires, les maladies du foie, l'engorgement de la rate; les calculs contenus dans la vessie, les uretères, les bassinets; les états pathologiques les plus divers de l'utérus et des ovaires, depuis la simple leucorrhée jusqu'aux plus graves lésions de tissu, et même les actes physiologiques qui paraissent s'accomplir sans aucun trouble local, tels que l'apparition des règles, la grossesse; à plus forte raison devons-nous indiquer les congestions cataméniales douloureuses, les grossesses accompagnées de perturbations sympathiques plus ou moins graves.

L'influence de la menstruation sur le développement et la marche de l'épilepsie est une des mieux établies et des plus importantes à connaître : beaucoup d'épileptiques ont vu leurs premiers accès coïncider avec l'établissement difficile de cette fonction (il est vrai que souvent à cette cause, s'ajoutent une émotion vive, un refroidissement des extrémités par suite de l'immersion imprudente dans l'eau). Les cas assez graves d'épilepsie qui surviennent chez les femmes à l'âge de la ménopause, ont été envisagés par quelques auteurs comme résultats de la sympathie utérine. Quant à la grossesse, son influence n'a rien de constant : on la voit quelquefois enrayer les accès épileptiques, d'autres fois les occasionner pour la première fois ou les rappeler ; ailleurs des attaques, apparues au début de la grossesse et revenues plusieurs fois dans son cours, cessent avec la délivrance. Un fait plus étrange encore est celui d'une femme (citée par van Swiéten) sujette à des attaques quand elle était enceinte d'un garçon et qui n'en éprouvait pas lorsqu'elle portait une fille dans son sein ! L'acte de l'accouchement, nécessitant des efforts considérables, s'accompagnant de vives souffrances, d'émotions morales souvent profondes, pouvant entraîner des hémorrhagies, des blessures douloureuses, semblerait à tous ces titres, devoir souvent occasionner l'épilepsie ; l'observation montre qu'il est loin d'en être ainsi ; car si l'on maintient la distinction rigoureuse de l'épilepsie et de l'éclampsie puerpérale, l'importance de cette cause se trouve réduite à des proportions minimes. Chez l'homme les blessures du testicule méritent une mention particulière. Dans les deux sexes, la continence a été accusée, mais avec moins de raison certainement que l'excitation abusive du sens génital, de donner lieu au développement de l'épilepsie.

Nous devons présenter au sujet des causes qui précèdent quelques observations qui s'appliquent au moins à un grand nombre d'entre elles. Sans mettre en doute que des affections viscérales puissent devenir un foyer d'irradiations nerveuses et conséquemment une cause d'épilepsie, il est essentiel de reconnaître que dans bien des cas les points d'où le mal semble partir ne présentent point de lésions évidentes et incontestables, et que leur situation profonde a dû plus d'une fois donner le change à l'observateur. Quand le malade accuse une *aura* montant des mains ou des pieds vers la tête, si l'examen de ces parties n'y fait rien constater d'anormal, on se gardera bien d'y supposer une affection morbide et d'y admettre un foyer d'irritation sympathique ; mais si l'*aura* paraît naître de l'estomac, trop souvent on se hâte de conclure à une affection de cet organe, et l'épilepsie est dite *gastrique* ; de même pour l'intestin, le foie, etc. Bien plus, si la sensation est rapportée par l'épileptique à plusieurs points simultanément, par exemple aux lombes, à l'épaule et à l'estomac, c'est ce dernier organe qui volontiers sera pris pour la source principale de la maladie et qui lui imposera son nom. Il est certain que des erreurs de ce genre ont contribué à grossir démesurément la

liste des épilepsies sympathiques, le seul fait de l'*aura* épileptique ayant fait supposer, à tort, dans l'organe d'où elle *semble* se diriger vers la tête, la présence de quelque état morbide important ; combien souvent ce qui n'est qu'un symptôme a-t-il été ainsi pris pour le point de départ de la maladie !

Une autre erreur consiste à ériger en causes de simples phénomènes concomitans : presque toujours le médecin, mis en présence d'une affection dont l'étiologie est obscure, a une extrême tendance à la rattacher à quelque état pathologique facile à apprécier ; aussi subit-il facilement l'espèce d'illusion qui convertit une coïncidence tout indifférente en une source d'effets sympathiques.

Peut-être est-ce de cette manière également que l'on a été conduit à envisager la suppression des dartres, des suppurations anciennes, d'un exutoire, comme des causes d'épilepsie ; mais peut-être aussi y a-t-il quelque chose de réel dans l'action qu'on suppose exercée sur le système nerveux et peut-être sur la composition du sang, par la cessation brusque d'une sécrétion devenue habituelle.

C. *Causes occasionnelles des accès.* — Toutes les causes déjà énumérées, par cela même qu'elles sont susceptibles de donner lieu à une première attaque chez un sujet sain, peuvent à plus forte raison en amener le retour dans l'épilepsie ancienne, et cela même quand leur intensité est assez faible : la moindre émotion morale, une excitation médiocre des sens, la seule continence forcée chez les personnes qui peuplent les hospices, les écarts de régime et principalement (on n'y saurait trop insister) les excès alcooliques, deviennent l'occasion de nouvelles attaques. L'époque menstruelle a sur leur apparition une influence incontestable. En est-il de même des phases lunaires ? C'est un sujet qui réclame de nouvelles recherches. Quant aux effets des variations de température, des changemens dans l'état hygrométrique et électrique de l'atmosphère, on n'est pas encore arrivé non plus à leur égard à des résultats bien concluans.

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans mentionner l'influence que le sommeil exerce sur la répétition des attaques, chez les épileptiques dont les accès sont habituellement nocturnes : si ces malades restent éveillés la nuit, leurs accès deviennent diurnes. (Leuret.)

2075. *Anatomie pathologique.* — Quoi qu'en ait dit J. Frank, alors même que l'on soumet le cadavre des épileptiques à l'examen le plus attentif, très souvent on y cherche vainement une lésion matérielle du système nerveux.

D'autres fois on trouve une ou plusieurs altérations, qu'il faudrait pouvoir distinguer en *primitives*, c'est-à-dire ayant précédé le développement des symptômes épileptiques, et *consécutives*, paraissant n'être que le résultat ou le produit de ces symptômes eux-mêmes. Il nous suffira pour le moment de les diviser en anciennes et récentes.

a. Pour ce qui est des altérations anciennes, il s'en faut qu'on les ait trouvées semblables par l'étendue, le siège, la nature; rien de moins exact, par exemple, que l'assertion de Wenzel relativement aux altérations du cervelet qu'il disait être constantes chez les épileptiques. Voici le catalogue des principales lésions constatées par divers anatomo-pathologistes; on verra que ce sont à peu près toutes celles dont les centres nerveux ou leurs enveloppes sont susceptibles :

Crâne petit, déformé, épaissi, déprimé avec ou sans fracture, concrétions tophacées, exostoses, corps étrangers fixés dans les os; *dure-mère*: ossifications de la faux du cerveau, de la tente cérébelleuse; épaississements cartilagineux, fungus, abcès; polype des sinus veineux; *pie-mère* épaissie, infiltrée, adhérente à l'encéphale, contenant des concrétions, des tumeurs de diverse nature; calculs, kystes des plexus choroïdes; lamelles cartilagineuses ou osseuses de l'*arachnoïde* céphalo-rachidienne; *encéphale*: pâleur, congestion, suppuration, ramollissement, induration de la substance blanche, de la substance grise, de la surface ou des parties centrales; développement imparfait, atrophie plus ou moins étendue des lobes cérébraux antérieurs, moyens, postérieurs; tubercules, cancer, hydatides, corps étrangers; hydrocéphalie interne, etc.

Ne suffit-il pas de l'énumération de tant d'états organiques différens et même opposés pour montrer qu'on ne saurait, dans l'étude de l'épilepsie, établir une relation *directe et simple* entre l'altération anatomique et le trouble fonctionnel? Ni le point occupé par la lésion, ni la profondeur à laquelle elle s'étend, ni son espèce, ne contiennent l'explication de la maladie. L'épilepsie peut exister avec la lésion la plus légère, telle qu'une ossification partielle de la faux du cerveau, elle peut manquer dans les cas de désorganisation profonde, comme un vaste ramollissement cérébral; elle peut prendre naissance à l'occasion de toutes, et toutes peuvent exister sans la produire; souvent on la voit sévir gravement et pendant de longues années, alors que l'examen de l'encéphale ne montre rien, du moins rien de reconnaissable à nos moyens actuels d'investigation. Faut-il en conclure que les modifications organiques des centres nerveux, lorsqu'on en constate, sont de simples coïncidences? Nullement; mais ce qu'il faut reconnaître, c'est qu'entre la lésion et le symptôme épilepsie se place une condition intermédiaire; un élément moins saisissable, mais seul nécessaire, toujours le même au milieu de la diversité des conditions apparentes, et pouvant se réaliser alors que tous les autres font défaut. Ce sera à la physiologie pathologique de nous apprendre quel est cet élément. — Un mot en attendant sur les lésions *consécutives*.

b. Quand les épileptiques succombent en *état de mal*, on trouve dans le cerveau et dans tous les organes les lésions consécutives récentes qui appartiennent à l'asphyxie; rien de spécial par conséquent.

Toutefois l'hypérémie cérébrale avec ses caractères propres (rougeur

due à la dilatation des vaisseaux capillaires) et les changemens de texture qui s'y ajoutent à la longue (induration ou ramollissement, exsudat albumino-fibrineux ou graisseux, hypertrophie de l'encéphale), quoique ne pouvant évidemment être envisagées que comme les effets des attaques répétées, méritent de fixer toute notre attention. Des études récemment faites ont, en effet, conduit à ce résultat intéressant que l'hypérémie, ainsi que les modifications organiques développées sous l'influence de ses fréquens retours, a pour siège principal la moelle allongée, notamment les foyers de substance grise de l'isthme encéphalique; et suivant que les convulsions ont prédominé dans la distribution de tel ou tel nerf moteur, on voit les masses grises où plongent les racines de ces nerfs être atteintes du maximum de dilatation vasculaire, d'induration, de ramollissement, d'infiltration séreuse ou graisseuse. Ainsi, par exemple, on trouve ces altérations très prononcées à l'origine du nerf hypoglosse, chez les malades qui se mordent la langue pendant leurs accès; on constate leur absence plus ou moins complète chez les épileptiques qui ne présentent pas ou présentent rarement des convulsions linguales; de même pour les origines du nerf de la huitième paire, suivant que les attaques s'accompagnent ou non de signes d'asphyxie très marqués. (Schroeder van der Kolk.)

2076. *Physiologie pathologique*. — L'analyse de l'épilepsie, au point de vue de la physiologie pathologique, est pleine de difficultés; elle n'a pu être sérieusement abordée, on le conçoit, qu'à la suite d'une série de travaux ayant pour objet d'isoler l'action particulière des différens élémens qui composent le système nerveux; travaux tous assez récents, et dont à peine quelques-uns peuvent être considérés comme terminés. Cependant, malgré des lacunes en grand nombre et d'inévitables divergences d'opinions, cette étude a conduit déjà à quelques résultats intéressans que nous croyons devoir exposer en détail, tout en nous efforçant de n'insister que sur les points les mieux démontrés.

Pour rendre cet exposé plus clair et plus facile à suivre, nous le diviserons en deux paragraphes. Dans le premier, nous examinerons l'*attaque épileptique*, afin de saisir le mode de production des phénomènes qui la constituent et leur enchaînement réciproque; dans le second, nous rechercherons quelle est la condition morbide d'où ces attaques dérivent, qui préside à leur apparition et souvent subsiste dans leur intervalle. *Physiologie pathologique de l'accès d'épilepsie*; — *physiologie du mal épileptique*, tels sont les deux problèmes dont nous poursuivrons la solution; ce qui nous conduira à discuter une troisième question, celle de savoir comment l'épilepsie doit être envisagée au point de vue nosologique. Mais parlons d'abord des attaques.

I. *Physiologie pathologique de l'attaque d'épilepsie.*

1° *Accès convulsifs complets*. On se rappelle que les accès de ce

genre sont caractérisés par les symptômes suivans : le malade, après avoir éprouvé telle ou telle variété d'*aura*, pâlit, tombe sans connaissance, en proie à une rigidité comme tétanique; l'instant d'après, sa face rougit, s'injecte, et l'on voit survenir une agitation convulsive clonique générale, qui souvent prédomine dans l'un ou l'autre côté du corps; la respiration, d'abord violemment gênée, se rétablit par degrés; puis le coma survient, coma suivi d'un sommeil calme et du retour à l'état normal dans le cas d'attaque simple, et, dans les paroxysmes composés, de nouvelles convulsions, d'abord toniques, ensuite cloniques, etc.

Tel est l'accès d'épilepsie ordinaire réduit à ses principaux phénomènes apparens, extérieurs; reprenons maintenant ces phénomènes un à un, et voyons quels sont dans le système nerveux les actes intérieurs qui leur correspondent.

a. *Aura*. Sous ce nom, synonyme de *prodromes prochains*, nous avons décrit l'ensemble des signes qui annoncent l'imminence de l'attaque épileptique, et qui sont assez variés : tantôt c'est quelque sensation insolite (*aura sensitive*) de froid, de chaleur, de chatouillement, de nausée, de douleur; tantôt (*aura motrice*) quelque mouvement spasmodique : clignement, strabisme, contorsion des traits, secousses dans les membres, palpitations, mouvement de propulsion ou de recul, etc.; ou bien, c'est une réunion de sensations et de mouvemens pathologiques (*aura mixte*); tantôt enfin, on constate un trouble plus ou moins accusé des facultés, depuis la bizarrerie d'humeur jusqu'au délire furieux, qui présage l'arrivée de l'attaque convulsive (*aura intellectuelle* ou *psychique*).

Le simple rapprochement de ces divers ordres de prodromes prochains suffit pour faire soupçonner leur véritable signification, et l'espèce de promiscuité où nous y rencontrons les phénomènes morbides de sensation, de mouvement, d'intellection, nous engage, jusqu'à un certain point, à rapporter aux mêmes organes la production des uns et des autres, c'est-à-dire à placer l'*aura sensitive* ou motrice sur la même ligne que l'*aura intellectuelle* et affective. Et, en effet, sans anticiper sur ce qui sera dit plus loin à l'occasion de l'épilepsie sympathique, nous pouvons établir dès à présent que l'*aura sensitive*, l'*aura* par excellence, n'est et ne peut être, dans la plupart des cas, que l'expression d'un état morbide, non point local, périphérique, mais bien central, cérébral; qu'elle est le symptôme, et non le prodrome réel d'une souffrance encéphalique perçue comme si elle avait lieu à la périphérie nerveuse; en d'autres termes, c'est une sensation illusoire analogue à ces douleurs bien connues que les amputés accusent dans leurs orteils absens quand la cicatrice de leur moignon vient à être irritée (Willis, Sauvages et d'autres). La preuve qu'il s'agit bien ici d'une sensation virtuelle et non réelle, c'est d'abord l'intégrité souvent

absolue des parties du corps d'où l'*aura* semble se diriger vers la tête; c'est ensuite que l'*aura* s'observe assez fréquemment dans l'épilepsie manifestement céphalique, due par exemple à un enfoncement des os du crâne, à une tumeur cérébrale, etc. Combien, au surplus, les caractères de cette hyperesthésie prodromique des convulsions sont particuliers, et combien différens de ceux que présentent les névralgies! Nul rapport n'existe d'ordinaire entre le siège de cette hyperesthésie et le trajet de telle ou telle branche nerveuse déterminée; souvent ce n'est même pas de la douleur que la malade éprouve, mais quelque chose de vague, d'indéfinissable, qu'aucune comparaison ne peut rendre; puis, comment concevoir cette marche ascendante de la sensation, coupée brusquement par la perte de connaissance? Il y a plus: quand il existe à la périphérie nerveuse, soit à l'un des membres, quelque lésion, une tumeur, une cicatrice, etc., d'où l'*aura* paraît s'élever vers la tête, il s'en faut que l'observation nous montre un rapport habituel entre les accès d'épilepsie et une modification quelconque, une aggravation surtout, de l'état morbide périphérique. Nous reviendrons tout à l'heure sur la part qu'il convient de faire à ce dernier; pour le moment, nous voulons seulement répéter que, à l'égard de l'*aura epileptica*, on commet bien souvent une double erreur:

1° En considérant les sensations accusées à la périphérie du corps comme ayant leur raison d'être dans cette périphérie même, alors qu'en réalité, elles ne sont que l'écho lointain d'un état pathologique des centres nerveux;

2° En envisageant ces sensations (et conséquemment aussi la modification locale qu'on imagine pour s'en rendre compte) comme le point de départ de l'attaque épileptique, tandis qu'il n'y faut voir que le commencement même de cette attaque.

L'étude de l'*aura motrice* nous conduirait aux mêmes conclusions; rappelons surtout ces phénomènes de locomotion involontaire et comme irrésistible (propulsion, recul, rotation, etc.), signalant quelquefois le début des attaques, et qui rappellent d'une manière si saisissante les résultats des lésions cérébrales et surtout des incisions pratiquées chez les animaux sur les diverses portions de l'isthme encéphalique.

Assez souvent, l'*aura* manque, et c'est soudainement, sans préliminaire aucun, que l'épileptique tombe comme sidéré. M. le professeur Piorry propose pour les cas de cette espèce une explication originale, mais dont les considérations qui précèdent permettront d'apprécier le degré de vraisemblance: toute attaque d'épilepsie serait précédée d'*aura*, selon M. Piorry; seulement, quand la sensation occupe le nerf optique, ce qui serait fréquent, elle s'élancerait comme un trait jusqu'au cerveau, et par sa rapidité même échapperait à la perception!

b. *Pâleur de la face*. *Perte de connaissance*. — La décoloration de la face au début des attaques est un fait à peu près constant (bien que telle-