

idée d'une modalité morbide du système nerveux, quand on a sous les yeux une épilepsie se rattachant, par exemple, à la présence d'une tumeur intra-crânienne, et, en cas pareil, peut-on nier l'intime corrélation du fait anatomique et du fait fonctionnel? L'une de ces tendances nous a valu les théories erronées qui voient dans toute épilepsie le symptôme d'une méningo-encéphalite ou d'une congestion chronique du cerveau, ou encore d'une oscillation trop forte des molécules nerveuses, etc.; à l'autre tendance nous devons les spéculations oiseuses sur la perversion de la force ou des forces vitales!

Revenons, à cette occasion, sur quelques points fondamentaux que nous avons déjà traités dans les *Remarques préliminaires*.

Les maladies comprises sous le nom de névroses présentent, avons-nous dit, avec les autres plusieurs points de contact; mais il y a aussi de notables différences. Voici en quoi se résument les unes et les autres:

La *similitude essentielle* c'est que la douleur, la convulsion, la paralysie, etc., loin d'être, dans les névroses, de simples perversions des forces vitales, n'y sont et n'y peuvent être que les effets d'une modification matérielle survenue dans les organes vivants. En veut-on la preuve pour l'épilepsie? Nous ne nous appuierons pas sur les faits où des accès convulsifs accompagnent la présence d'un tubercule ou d'un cancer du cerveau; non, nous attesterons les observations d'épilepsie idiopathique, aussi dégagés qu'on le voudra de toute altération appréciable. Qu'y voyons-nous? les malades accusant l'*aura*, l'un constamment au bras, l'autre à la jambe; tombant toujours de la même façon, si bien que dans leurs chutes, ils se font perpétuellement les mêmes contusions, les mêmes luxations, les mêmes morsures de la langue; les convulsions prédominant dans chaque accès, du côté droit chez l'un et chez l'autre à gauche, etc.; en un mot, les attaques, très dissemblables chez deux malades, présentant au contraire souvent, chez le même individu, une très grande analogie, sinon une identité parfaite. Comment comprendre ces faits, on reconnaît, dans toute épilepsie, l'affection d'un même organe (et nous avons vu que cet organe est le bulbe rachidien), mais avec tous les *à peu près* que comporte cette localisation anatomique passablement étendue? S'il nous était donné de concevoir des propriétés vitales perverses sans modification organique correspondante, évidemment il n'y aurait jamais, entre deux cas d'épilepsie, d'autres différences que des nuances d'intensité, et tout ce qui est en rapport avec l'affection présente ou absente, forte ou faible, des pyramides, des olives, des origines du nerf facial ou du nerf hypoglosse, etc., seraient une énigme inexplicable! Donc, et nous ne craignons pas d'y insister, dans l'affection nerveuse, il ne faut voir que l'organe nerveux affecté; donc à ce point de vue il serait chimérique de chercher des différences entre les névroses et les autres maladies; donc ce n'est point sa nature soi-disant *dyna-*

*mique* qui empêcherait l'épilepsie de prendre rang à côté de l'encéphalite ou de telle autre maladie dite *organique*.

La *différence fondamentale* et la seule réelle entre les névroses et les autres maladies consiste dans le *mode* d'affection des organes, et pour ne pas nous écarter de notre sujet, nous dirons qu'entre l'encéphalite, par exemple, et l'épilepsie essentielle il y a toute la distance (mais rien que la distance) qui sépare certaines altérations matérielles grossières de la trame nerveuse, de certaines autres inconnues ou impossibles à connaître, les unes continues et progressives, les autres exacerbantes, irrégulières dans leur développement. Ces dernières, dont l'existence nous est démontrée par le trouble des fonctions, peuvent sans doute exister seules, c'est-à-dire indépendamment de tout autre changement qui porte sur le volume, la couleur, la consistance, etc., et nous disons alors que l'épilepsie est *idiopathique*; mais ces mêmes modifications peuvent aussi ne survenir qu'à la suite d'un changement de texture: épilepsie *symptomatique*. Ainsi, sur le cadavre de deux épileptiques, on pourra trouver le bulbe rachidien, 1° exempt de toute altération de couleur, de consistance, de vascularité; 2° présentant un ramollissement ou une induration, un tubercule, une hydatide; l'identité des symptômes épileptiques observés ayant été complète, on pourra dire indifféremment ou 1° que le bulbe en apparence parfaitement sain, est en réalité aussi malade que celui dont l'altération frappe les yeux, ou 2° que l'altération visible et tangible n'a donné lieu à l'épilepsie que parce qu'elle était accompagnée d'une autre altération intangible et invisible, laquelle existe aussi dans le premier bulbe d'aspect normal. De quelque manière qu'on l'énonce, la conclusion sera la même: il existe une *modification épileptique* du bulbe rachidien, se rattachant ou non à d'autres altérations du même organe. C'est ainsi que le fer (qu'on veuille bien nous passer cette comparaison) peut devenir magnétique par le procédé de l'induction qui ne change rien à sa constitution moléculaire apparente, comme il peut aussi le devenir par son passage à l'état de sesquioxyde où il augmente de poids et acquiert de nouvelles propriétés chimico-physiques.

Entre ces deux ordres de faits, entre l'épilepsie idiopathique et symptomatique, se place l'épilepsie sympathique, c'est-à-dire le même état morbide du bulbe rachidien se réalisant à la suite d'une excitation, soit de la périphérie nerveuse, soit de diverses parties centrales autres que le bulbe rachidien; nous avons déjà dit combien il est difficile parfois de tracer une ligne de démarcation entre les névroses sympathiques et symptomatiques.

Si nous reconnaissons comme constante dans l'épilepsie l'existence matérielle d'une modification des centres nerveux, modification qui peut se surajouter à des altérations d'autre nature, mais sans en être le produit direct et obligé, nous arrivons à comprendre comment l'épilepsie,



en tant qu'affection convulsive, se présente toujours la même, ou peu s'en faut, soit qu'il y ait ou non des lésions appréciables (voy. sur-tout plus haut : passage de l'épilepsie idiopathique à l'épilepsie symptomatique, par suite du développement d'altérations secondaires); nous concevons comment, avec des lésions permanentes, les convulsions surviennent par attaques plus ou moins espacées; comment l'aspect identique des attaques se concilie avec la diversité de nature et même jusqu'à un certain point avec le siège différent de ces altérations. Telles sont, en effet, les névroses: résultantes dynamiques semblables des circonstances apparentes les plus diverses, elles échappent à toute synthèse qui chercherait, en dehors de la modification nerveuse elle-même, l'unité de leur cause prochaine.

a. — Naguère toute épilepsie était mise sur le compte d'une hyperémie cérébrale. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Sans doute il y a de la congestion cérébrale dans l'épilepsie (et, réduit à sa véritable valeur, cet élément de la maladie doit encore être pris en considération très sérieuse); mais il peut n'y en avoir pas; il en existe dans tant de maladies fort éloignées de l'épilepsie; quand survient ce *fluxus*, n'est-ce pas consécutivement à un *stimulus* antérieur? Or, ce stimulus, c'est l'épilepsie même.

b. — Nous pensons qu'un prochain abandon attend aussi d'autres théories plus récentes. Tout en admettant, par exemple, que le cerveau s'anémie au début de l'attaque épileptique, on n'est nullement fondé à prendre l'anémie pour la condition organique commune à toutes les épilepsies. MM. Tenner et Kussmaul qui admettent cette doctrine, allèguent des expériences dans lesquelles ils ont réussi, par des saignées abondantes ou par la ligature des artères carotides et vertébrales, à produire chez des animaux des convulsions épileptiformes; de là, avec une promptitude qui a lieu de surprendre, ils arrivent à cette conclusion que l'épilepsie se rattache constamment à l'anémie; ils vont même, ce qui peut paraître plus grave, jusqu'à proscrire la saignée du traitement des convulsions générales *quelles qu'elles soient*. Il serait facile de citer un grand nombre de faits qui sont en opposition avec ces idées (tels que la disposition aux congestions céphaliques ou l'abus des spiritueux, favorisant la réapparition des attaques; les excellents effets de la saignée dans l'éclampsie; la compression des carotides arrêtant les accès épileptiques, etc.); mais il suffira peut-être d'avoir montré la disproportion entre le résultat direct des expériences et l'importance de la thèse générale qui en a été déduite. Les sages paroles de M. Andral (*Clinique médicale*, 2<sup>e</sup> édition, t. V, p. 287) devraient toujours être présentes à notre esprit: « C'est une loi en pathologie, dit M. Andral, que dans tout organe, la diminution de la quantité de sang qu'il doit normalement contenir produit des désordres fonctionnels, aussi bien que la présence d'une quantité de sang surabondante. *Mais de plus, dans l'un*

et l'autre cas, ces désordres fonctionnels sont parfois exactement semblables. »

De même, il n'est pas exact de dire que dans toute épilepsie il existe une altération du sang, parce que certains empoisonnements (par le plomb, la ciguë, etc.) produisent des convulsions générales, etc. — En un mot, tant qu'on s'efforcera d'assigner à l'épilepsie une cause organique autre que le fait même de la névrose, c'est-à-dire autre que la surexcitabilité des centres nerveux, il nous semble qu'on s'exposera toujours au danger des généralisations prématurées par un désir mal entendu de précision scientifique.

2077. *Nosologiquement*, qu'est-ce que l'épilepsie? C'est une maladie dont les symptômes attestent un état d'irritabilité chronique, trop souvent irrémédiable, des centres nerveux et plus spécialement des centres moteurs; différente de l'éclampsie par le fait de cette chronicité, et aussi par le développement possible de troubles fonctionnels étrangers au domaine de la motilité. En d'autres termes, l'épilepsie convulsive est une éclampsie habituelle, et l'épilepsie prise dans son ensemble est une névrose ayant des accès éclamptiques pour symptôme. En tant que maladie chronique, l'épilepsie a dans le système nerveux des racines bien plus profondes que l'éclampsie, se lie même à un autre ordre de causes organiques, aux diathèses par exemple. C'est au point que l'une de ces maladies ne prédispose pas sûrement à l'autre. L'irritation motrice du bulbe rachidien, voilà tout ce qu'il y a de commun entre elles, de même que l'irritation sensitive du nerf de la cinquième paire est ce qu'on trouve identique et dans l'endolorissement occasionné par une dent cariée et dans le tic douloureux de la face: hors le symptôme, tout le reste diffère.

Qu'elle soit symptomatique ou idiopathique, l'épilepsie est *une*, parce que l'irritabilité chronique du système nerveux, principalement du bulbe rachidien, dérive manifestement dans tous les cas d'une même modification matérielle des centres nerveux. C'est l'épilepsie sympathique qui tend le plus à se confondre avec l'éclampsie; elle n'en diffère même par aucun caractère positif au début; mais, à mesure que l'irritabilité morbide, de moins en moins subordonnée à sa cause primitive, s'en isole et acquiert une existence plus indépendante, d'accidentelle elle tend à devenir permanente, et d'épiphénomène maladie.

2078. *Diagnostic*. — A. Plusieurs maladies offrent une assez grande ressemblance avec l'épilepsie pour qu'il y ait lieu d'insister sur leurs caractères différentiels. Examinons rapidement celles qui se rapprochent des manifestations convulsives, puis celles qui peuvent simuler les manifestations non convulsives de la maladie.

a. Une attaque d'éclampsie peut présenter l'ensemble symptomatique complet d'une attaque d'épilepsie; nous nous sommes déjà expliqué sur ce point, et si nous y revenons, c'est pour répéter encore que le



diagnostic, en pareille circonstance, doit se fonder moins sur la violence plus grande des convulsions épileptiques, leur prédominance latérale, le cri qui les précède, la présence de l'écume à la bouche, la flexion du pouce, etc., etc., que sur les antécédens du malade; moins sur l'observation de l'épisode pathologique auquel on assiste que sur l'examen de la maladie à toutes ses phases. Tout en tenant compte des caractères accessoires énoncés tout à l'heure, n'oublions pas qu'il s'agit au fond de décider, à l'aide de tous les signes que l'on peut recueillir, si l'on a affaire à une maladie aiguë, quelquefois fébrile, où les convulsions générales se rattachent presque toujours à une cause accidentelle bien déterminée (éclampsie), ou bien si l'on a sous les yeux l'exacerbation momentanée d'une maladie chronique, habituelle, de cause généralement obscure, qui est compatible, pendant ses longues intermissions, avec un état de santé parfaite, ou présente, entre les attaques convulsives, divers autres troubles de l'innervation (épilepsie). On conçoit, d'après cela, combien le diagnostic peut devenir difficile dans certains cas, soit qu'on manque de renseignemens sur les antécédens, soit surtout qu'on se trouve en présence d'une première attaque d'épilepsie; encore pourra-t-on ici tirer parti de ce fait d'observation que l'épilepsie, dans une première attaque, n'offre qu'exceptionnellement la violence extrême de certaines attaques éclamptiques. (Voy. d'ailleurs l'article *Éclampsie*.)

b. Il est plus facile de distinguer l'hystérie de l'épilepsie, par les seuls caractères des accès convulsifs : l'aura avec ses variétés, le cri souvent unique proféré au début; la perte immédiate de connaissance, et conséquemment l'absence de tout souvenir; les contractions toniques, puis cloniques, désordonnées et sans aucune apparence de combinaison dans un but fonctionnel donné; la pâleur, puis la lividité de la face; la distorsion hideuse des traits; la morsure de la langue; l'écume quelquefois sanglante rejetée vers la fin; le coma consécutif; au réveil, l'air étonné et stupide des malades, voilà ce qui appartient en propre à l'épilepsie. A ces phénomènes on peut opposer, comme particuliers à l'hystérie : les plaintes souvent prolongées et variées, provoquées par une boule qui monte vers la gorge et y détermine une constriction pénible; la connaissance quelquefois conservée, ou ne se perdant pas dès l'invasion de l'attaque; l'agitation clonique, mêlée de contractions toniques, mais avec combinaisons instinctives de mouvemens ayant pour but de changer d'attitude, de fuir la douleur, etc.; pas de lividité, pas d'asphyxie malgré la violence de la dyspnée; la langue n'est pas mordue; le coma avec respiration stertoreuse manque, et l'accès terminé, la malade rit, sanglote, verse des pleurs, etc. Il n'est pas jusqu'aux dispositions des facultés affectives qui ne puissent servir au diagnostic des deux maladies : la concentration et la violence des épileptiques sont bien différentes de l'exaltation, de l'impressionnabilité, de la mobilité extrême de caractère,

qu'on note en général dans l'hystérie. Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ce parallèle où nous avons opposé l'hystérie pure à l'épilepsie. Pour le diagnostic de l'hystéro-épilepsie, il faudra faire concourir et les phénomènes de l'attaque participant à la fois des deux névroses, et les caractères que présente la série entière de ces attaques : époques ou fixes ou irrégulières de leur retour; influence des causes physiques et morales sur leur apparition; nature des prodromes éloignés et prochains; accès décidément épileptiques et d'autres franchement hystériques, qui se produisent alternativement; présence ou absence de phénomènes anesthésiques, hyperesthésiques, d'une sensation de boule ascendante, etc. En un mot il faut tenir compte de tous les troubles qui constituent dans l'hystérie un état de souffrance nerveuse presque continue, sujette seulement à des exaspérations temporaires.

c. Pour le vertige épileptique, l'erreur la plus commune consiste à en méconnaître l'existence, tant sa durée est parfois imperceptible, surtout dans cette forme que M. Calmeil a appelée l'absence. Souvent aussi on prend le vertige pour une syncope, en raison de la pâleur du visage; mais on évitera aisément cette méprise, en ayant égard à la soudaineté de l'invasion, à la perte complète de toute perception, à l'air hébété que prend la physionomie de l'épileptique, à la rapidité avec laquelle, revenu à lui, il continue la phrase ou l'acte musculaire interrompu par le vertige; quelquefois aussi une légère grimace, un peu d'écume aux lèvres, achèveront de caractériser la maladie; la répétition fréquente des mêmes accidens devra rendre suspectes les prétendues syncopes de ce genre, et leur alternance avec des attaques convulsives n'éclairera que trop souvent sur leur véritable nature.

A l'aide de la plupart des signes qui viennent d'être indiqués, on parviendra également à distinguer le simple vertige nerveux de l'attaque épileptique vertigineuse; n'oublions pas d'ailleurs que dans celle-ci il s'en faut que la sensation de *tournoiement* soit un fait constant.

d. Les accès de vertige ou les accès convulsifs de médiocre intensité peuvent passer inaperçus, si, comme cela a lieu quelquefois, ils se manifestent exclusivement pendant la nuit : la perte de connaissance se confond alors avec le sommeil, la respiration stertoreuse est prise pour un simple ronflement, quelquefois le délire pour un rêve agité; au réveil, le malade accuse une lourdeur de tête, un brisement des membres, qui n'éclaireraient pas encore suffisamment le diagnostic, s'il ne s'y ajoutait souvent l'émission involontaire du sperme, de l'urine et des matières fécales. Quand un adulte se réveille ayant souillé son lit d'urine ou de matières fécales, soyez sûr qu'il a eu un accès nocturne d'épilepsie. (Trousseau.)

e. Le médecin appelé auprès d'un malade qui vient de tomber dans le coma, à la suite d'une attaque convulsive inaperçue ou mal observée, pourra croire à une attaque d'apoplexie (hypérémie, hémorrhagie, ra-



mollissement, etc.); et même, si l'accident se renouvelle à plusieurs reprises, il admettra d'autant plus facilement l'existence d'une congestion sanguine du cerveau, qu'il pensera expliquer aisément par cette hypothèse, d'une part la production soudaine de certains phénomènes morbides, tels que la paralysie d'un bras, d'une jambe, d'une moitié de la face, d'autre part, le peu de persistance des symptômes comateux et paralytiques. Ce genre d'erreur, qui aboutit presque toujours à un traitement ou inutile ou nuisible, a été signalé par M. le professeur Trousseau avec une vive insistance, d'autant plus légitime que les auteurs eux-mêmes n'ont pas toujours évité l'illusion signalée par M. Trousseau aux praticiens. Ainsi, pour citer l'exemple d'un maître illustre, l'auteur de la *Clinique médicale* (2<sup>e</sup> édition, Paris, 1847, t. V, p. 238) a peut-être décrit l'épilepsie même dans le passage suivant consacré à la sixième forme de la congestion cérébrale : « En même temps qu'il y a perte de connaissance, on observe, soit différens mouvemens convulsifs, soit la contraction permanente d'un certain nombre de muscles; tous ces accidens durent tout au plus quelques heures, puis ils disparaissent sans laisser aucune trace. » — Quoi qu'il en soit, il faudra tenir pour suspect le retour plus ou moins fréquent d'accès, dits de congestion cérébrale, caractérisés par la perte de connaissance, le coma et des symptômes de paralysie passagère, et songer à la possibilité d'attaques épileptiques; bien souvent, l'attention étant éveillée, on recueillera d'autres renseignemens confirmatifs: il y aura eu quelques mouvemens convulsifs au début des attaques, des vertiges alternant avec celles-ci, le malade se sera blessé dans sa chute, se sera mordu la langue, etc.

B. La difficulté sérieuse du diagnostic consiste moins à reconnaître l'existence de l'épilepsie qu'à en déterminer la cause. Et d'abord s'agit-il d'une névrose idiopathique? ou est-elle liée à la présence de quelque lésion organique des centres nerveux?

a. Dans ce dernier cas, il se pourra qu'on découvre l'existence d'une maladie générale à localisations multiples, avec possibilité de localisation intra-crânienne (tubercules, cancer, syphilis); on notera souvent une céphalalgie fixe, bornée à une moitié de la tête; lorsqu'une *aura* précède les convulsions, le malade accusera la sensation prodromique dans la moitié du corps opposée au siège de la céphalalgie; les sens spéciaux présenteront des troubles bien marqués et persistans, tels que surdité ou amaurose; il y aura quelquefois paralysie du mouvement, etc., en un mot, on trouvera des signes révélant une affection matérielle des centres nerveux, où les attaques épileptiques ou épileptiformes font partie d'un ensemble complexe de symptômes, et où ils ne marquent que par leur intensité prédominante. Mais il est loin d'en être ainsi dans tous les cas, et la lésion organique dont il s'agit d'admettre ou de repousser l'existence pourra se présenter dans des conditions telles de

siège, d'étendue, de nature, que, sans se révéler d'ailleurs par aucun phénomène morbide, elle donne lieu par intervalles à des convulsions générales, en apparence complètement semblables à celles de l'épilepsie idiopathique. Celle-ci sera admise de préférence si l'on constate: le manque de tout autre symptôme que l'épilepsie même, la transmission héréditaire, l'intervention d'une cause morale puissante ayant été immédiatement suivie de l'apparition d'une attaque, l'intégrité des fonctions nutritives, etc. Une attention spéciale devra être accordée aux névroses diverses qui peuvent avoir précédé l'épilepsie, ou qui la compliquent actuellement (hystérie, folie, névralgies, etc.); leur existence, jointe aux autres faits qui viennent d'être indiqués, rendra la supposition d'une pure névrose épileptique au moins très vraisemblable.

b. L'épilepsie se rattache-t-elle *sympathiquement* à l'affection de tel ou tel organe, de tel ou tel point de la périphérie nerveuse? est-elle produite ou entretenue par l'anémie, la pléthore, un empoisonnement? On ne reconnaîtra évidemment point toutes ces particularités étiologiques aux caractères mêmes de l'épilepsie, du moins dans la plupart des faits; car dans quelques-uns, une bizarrerie dans la marche des accidens, un phénomène insolite, pourront mettre sur la voie du diagnostic un praticien familiarisé avec les symptômes ordinaires de la maladie. Mais presque toujours ce n'est que par l'examen scrupuleux de tous les organes, de toutes les fonctions, de tout ce qui concerne l'hygiène du malade, ses habitudes, ses affections morbides antérieures, qu'on réussira à déterminer l'origine véritable de l'épilepsie.

2079. *Pronostic.* — L'épilepsie appartient aux maux les plus graves, les plus déplorables dont l'homme puisse être frappé. Sans être presque jamais mortelle par elle-même, elle expose les malheureux qui y sont sujets à périr d'accidens à la suite de leurs chutes (brûlures, submersion, fractures du crâne); aussi est-il rare de leur voir atteindre un âge avancé. Incurable le plus souvent, elle empoisonne l'existence des malades par la crainte perpétuelle d'un accès dont parfois rien ne leur signale l'invasion, et par l'horreur bien injuste qu'ils inspirent même à leurs proches. La crainte de leur voir transmettre à leurs descendans un mal si redoutable ou d'autres affections nerveuses graves, achève de les mettre en quelque sorte au ban de la société.

Toutefois le pronostic varie selon plusieurs conditions.

1<sup>o</sup> Il varie avec l'origine et la cause de l'épilepsie. Celle-ci dépend-elle d'une altération matérielle elle-même incurable des centres nerveux, est-elle héréditaire ou congénitale, les chances de guérison sont à peu près nulles; tandis qu'on conservera quelque espoir de la voir cesser, si elle date d'un enfoncement des os du crâne que la trépanation peut détruire, ou se lie à une affection syphilitique justiciable d'un traitement spécial, ou reconnaît pour cause l'irritation d'un rameau nerveux (production accidentelle, corps étranger, etc.) à laquelle on puisse opposer une opé-



ration chirurgicale. On a vu l'épilepsie ayant débuté avec la grossesse, céder après la délivrance.

Les auteurs s'accordent à déclarer très rebelle l'épilepsie due à la frayeur; mais comme il s'agit précisément là de l'une des causes les plus fréquentes, cela ne reviendrait-il pas simplement à signaler l'incurabilité habituelle de la maladie?

2° Selon l'âge des malades: l'épilepsie qui débute dans l'enfance guérit quelquefois (bien rarement) à l'époque de l'évolution pubère; celle qui survient après cette période, a une tendance plus grande à persister indéfiniment.

3° Selon la forme de la maladie. D'une manière générale, les violents accès convulsifs sont plus fâcheux, plus susceptibles d'entraîner des accidens mortels. Mais on admet assez communément, peut-être sans preuves suffisantes, que les vertiges ont une action particulièrement nuisible sur les facultés intellectuelles, et mènent plus promptement à l'aliénation mentale. Les attaques nocturnes passent également pour être, à ce point de vue, plus funestes que les autres.

4° Selon le rapprochement ou l'éloignement des accès. Il est des épilepsies qui, grâce aux longs intervalles des accès, constituent une maladie fort tolérable, tandis que l'extrême rapprochement des accès vertigineux et convulsifs, tel surtout qu'il se rencontre dans l'état de mal, menace l'existence d'un danger immédiat. Une interruption plus longue que de coutume doit faire redouter, au retour des accidens, une attaque plus violente que les autres.

5° L'ancienneté de la maladie en aggrave singulièrement le pronostic, au point que la suppression de la cause déterminante peut devenir insuffisante pour la guérison, dans les cas en apparence les plus favorables.

6° La complication d'hystérie, loin d'être fâcheuse, paraîtrait, au contraire, diminuer un peu le danger de l'épilepsie, tandis que le développement d'affections secondaires, telles que l'aliénation mentale, la paralysie progressive, etc., achèvent de rendre le pronostic désespéré.

2080. *Traitement.* — Le nombre des remèdes vantés contre l'épilepsie est incalculable. Depuis la thaumaturgie de l'antiquité et du moyen âge, jusqu'aux inqualifiables drogues qu'y oppose encore aujourd'hui une matière médicale aux abois, que n'a-t-on pas mis en œuvre pour guérir cette terrible maladie, *opprobrium artis*, comme on l'appelait encore naguère! Tout a semblé réussir, tout ou presque tout a échoué. C'est que souvent les accès de l'épilepsie se suspendent pendant quelque temps, ou spontanément, ou par l'effet de l'impression que fait sur l'esprit des malades l'emploi d'une médication nouvelle; malheureusement ces sortes d'améliorations ne sont jamais de bien longue durée. De là, chez la plupart des médecins, un découragement profond contre lequel les affirmations les plus convaincues ne peuvent plus prévaloir. Et, on ne saurait le méconnaître, cette tendance à rejeter

d'avance, comme une illusion de plus, tout nouvel essai thérapeutique, n'est pas moins funeste au progrès que l'enthousiasme, sincère ou non, de tous les prôneurs de remèdes. Sans prétendre donner la liste des moyens si nombreux mis en usage contre l'épilepsie, nous allons brièvement signaler les indications principales de son traitement. Celui-ci peut avoir pour but de combattre la maladie, c'est-à-dire de prévenir les accès, ou seulement d'enrayer ou de modérer les attaques épileptiques, quand elles se sont manifestées.

A. *Traitement du mal épileptique.* — Ici plusieurs cas doivent être distingués :

a. L'épilepsie est-elle reconnue symptomatique, c'est à la lésion primitive que la médication devra s'adresser; c'est dire que, sauf un bien petit nombre de cas (fractures du crâne avec enfoncement ou corps étranger, syphilis, etc.), on échouera presque constamment.

b. Est-on parvenu à découvrir un état morbide auquel l'épilepsie puisse être rattachée comme névrose sympathique ou réflexe de la motilité, on tentera avant tout la guérison de cette affection locale, de cette irritation des nerfs périphériques quelle qu'en soit la cause: blessure, séjour d'un corps étranger, présence d'une tumeur, d'une cicatrice vicieuse, etc. L'intervention chirurgicale a procuré, dans bien des cas de ce genre, des succès complets et vraiment admirables (voy. par exemple les faits de J. Frank, de Dieffenbach, etc.); malheureusement aussi on en a abusé, en pratiquant sans aucun profit et souvent au grand préjudice des malades, des cautérisations, de grandes incisions, des excisions, l'amputation même des parties où l'épileptique accuse le sentiment de l'aura. Une grande réserve est ici doublement commandée, d'abord en raison du caractère illusoire de l'aura (voy. *Physiologie pathologique*, 2076, a), puis aussi par tout ce que l'ancienneté de la maladie lui enlève de chances de curabilité. On sait que Marshall Hall, guidé par des idées théoriques qui lui faisaient envisager les accès convulsifs comme la conséquence du *laryngisme*, avait été conduit à pratiquer la trachéotomie ou la cautérisation du larynx, dans le but de prévenir le développement des attaques épileptiques. Quelle que soit la valeur de l'interprétation, les faits se sont montrés assez peu favorables à ces tentatives pour qu'au bout de peu d'années on ait renoncé à les renouveler.

c. Afin de satisfaire à l'ordre logique, nous avons dû mentionner en premier lieu les indications que peut fournir l'étiologie de l'épilepsie; mais il nous faut bien reconnaître maintenant que c'est en dehors d'elles que l'action médicale s'exerce dans la plupart des cas: presque toujours c'est la névrose que nous avons à combattre, sans pouvoir rattacher le trouble fonctionnel à aucun fait pathologique plus élevé que l'état morbide même de l'innervation. L'hygiène et la matière médicale devront être l'une et l'autre mises à profit pour modifier cet état.



L'importance des moyens hygiéniques n'a pas toujours été appréciée à sa juste valeur; pour obtenir le calme du système nerveux et principalement l'apaisement de la motricité toujours prête à s'exalter, l'action des remèdes a besoin d'être secondée par un bon régime d'où les excitans, et surtout les alcooliques (1), doivent être rigoureusement proscrits: il est des épileptiques, dit M. Delasiauve, qui n'auraient jamais d'accès s'ils ne s'enivraient pas, et cette assertion émanant d'un observateur aussi compétent, et placé dans des conditions si favorables pour juger les faits, suffit pour faire sentir toute l'importance du précepte. Repos de l'esprit et des sens, nourriture substantielle, exercice modéré, gymnastique, auxquels s'ajouteront utilement les bains, les frictions, l'hydrothérapie, quelquefois un changement de climat.

Quant aux médications proprement dites, il n'en est presque pas une seule qui n'ait eu ses partisans: antiphlogistiques, révulsifs cutanés et intestinaux, toniques et antispasmodiques. Aujourd'hui les émissions sanguines sont à peu près universellement abandonnées; leur usage, dicté par des hypothèses erronées sur l'origine prétendue pléthorique ou inflammatoire de la plupart des cas d'épilepsie, est réservé généralement à quelques cas exceptionnels, ou sert seulement à combattre les congestions qui suivent les grandes attaques. Les vésicatoires à demeure, les cautères, l'incision sincipitale, les sétons au voisinage de la tête, l'administration répétée de purgatifs drastiques, sont également tombés en désuétude. Les toniques de toutes sortes sont souvent utiles, rarement on les emploie seuls; on les associe volontiers aux médicamens stupéfiants ou antispasmodiques, tels que les préparations d'opium, de jusquiame, de belladone, de valériane, l'oxyde de zinc et d'autres encore. La belladone, la jusquiame, l'oxyde de zinc, comptent parmi les médecins contemporains de zélés défenseurs dont le témoignage, s'ajoutant à celui d'observateurs plus anciens, paraît bien propre à inspirer confiance. Pour retirer de ces médicamens quelque avantage sérieux, il faut en continuer l'usage pendant longtemps, au besoin pendant plusieurs années, avec une persévérante régularité.

Nous passons une foule de prétendus spécifiques et anti-épileptiques, tels que l'arsenic, l'indigo, le sulfate de cuivre ammoniacal, le nitrate d'argent, puis encore le caille-lait, la peau de taupe grillée, la poussière de crâne humain, de placenta, etc., etc.

B. *Traitement des attaques.* — Au moment où un accès convulsif va éclater, on parvient quelquefois à l'arrêter en agissant sur les parties

(1) Puisque nous parlons ici de l'alcool, réparons un oubli fait au paragraphe 2074, où nous avons omis de mentionner l'influence que l'ivresse du père au moment de la conception exercerait, d'après M. DEMAUX (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1860, t. LI, p. 576) sur la santé des enfans, et principalement sur le développement de l'épilepsie.

d'où la sensation d'*aura* s'élève vers l'encéphale: une ligature fortement serrée, des frictions énergiques, la cautérisation peuvent être employées dans ce but. On voit ces manœuvres réussir alors même que le point de départ des attaques est complètement étranger à la périphérie du système nerveux, et qu'il se trouve dans les centres mêmes; sans doute parce que tous ces moyens produisent une sorte de dérivation utile, grâce à l'excitation violente des nerfs sensitifs qui est leur effet immédiat. Chez quelques épileptiques, on peut également faire avorter l'excès ou en modérer l'intensité par la compression des deux carotides ou par des inhalations anesthésiques. — On appréciera toute l'utilité que présentent ces sortes de moyens palliatifs, si l'on réfléchit au danger que peut entraîner la répétition des attaques, au double point de vue des accidens propres à l'accès, et aussi de l'accroissement dans l'irritabilité morbide des centres nerveux, et du développement plus facile des complications secondaires.

Mais le plus souvent l'accès ayant éclaté, il s'agit simplement de surveiller le malade, de le contenir sans violence, de le préserver des chutes, des contusions, et quand les convulsions commencent à s'apaiser, de faciliter le rétablissement de la respiration en plaçant la tête dans une attitude favorable à l'expulsion des mucosités écumeuses, etc. Si le coma se prolonge d'une manière insolite, il devient quelquefois urgent de recourir aux émissions sanguines, aux révulsifs cutanés, etc.

## ARTICLE LVI.

## DE LA CATALEPSIE.

*Bibliographie.* — Depuis le *Traité de la catalepsie*, de M. BOURDIN (Paris, 1841, in-8°), l'ouvrage le plus complet sur cette maladie est celui de M. le docteur T. PUEL (*De la catalepsie*, dans *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1856, t. XX, p. 408). Nous y renvoyons le lecteur; il y trouvera la liste complète des travaux publiés sur la catalepsie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, et surtout l'indication précieuse de cent cinquante observations cliniques relatives à cette névrose.

J. SKODA. *Geschichte einer durch mehrere Monate anhaltenden Katalepsis* (*Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte zu Wien*, 1852, 8ter Jahrg., 2ter Bd., p. 404).

2081. Affection très rare, d'une nature énigmatique, la catalepsie a quelquefois pour synonymes: *lethargus*, *catochus*, *coma vigil*, *vigilans stupor*, *contemplation*, *extase*. Quelques auteurs la confondent avec l'hystérie; à tort, car la catalepsie paraît être au moins aussi fréquente chez l'homme que chez la femme; elle se rencontre d'ailleurs assez souvent isolée de tout signe d'hystérie.

Sa définition peut être donnée en ces termes: Névrose intermittente