

délire onirique soient dus non pas à la maladie de PARKINSON elle-même, mais à un processus associé, en particulier à l'artério-sclérose, que j'ai retrouvée chez mes malades et qui existait aussi chez celui de JOHN PUNTON. Mais, que ce soit directement ou indirectement, ils n'en sont pas moins liés à la maladie de PARKINSON et reconnaissent très probablement pour origine, là comme ailleurs, des poussées d'auto-intoxication secondaire. Chaque crise de délire coïncide, chez certains sujets, avec de la céphalée, de la constipation, de la diminution de la miction et la présence d'albumine dans l'urine.

SECTION II

NÉVROSES

Les troubles psychiques liés aux névroses sont décrits dans les traités spéciaux ainsi que dans la plupart des ouvrages consacrés aux maladies nerveuses. Nous ne ferons donc que rappeler ici leurs caractères principaux dans l'épilepsie, dans l'hystérie et dans la chorée. Quant aux troubles psychiques de la neurasthénie, il nous paraît inutile d'en faire l'objet d'un article à part, étant donné que nous en avons maintes fois parlé au cours de cet ouvrage, notamment dans les articles relatifs aux obsessions, à l'arthritisme, à l'artério-sclérose, et que ce serait, par suite, nous répéter une fois de plus.

ARTICLE PREMIER

ÉPILEPSIE

1° **Symptomatologie.** — Nous envisagerons successivement : 1° les troubles psychiques élémentaires dans l'épilepsie ; 2° les psychoses épileptiques.

A. TROUBLES PSYCHIQUES ÉLÉMENTAIRES. — Sous cette rubrique nous comprenons tous les troubles psychiques de l'épilepsie qui n'arrivent pas jusqu'à la psychose confirmée, c'est-à-dire :

1° l'état mental des épileptiques ; 2° les troubles psychiques prodromiques de l'accès et les auras psychiques ; 3° les troubles psychiques consécutifs à l'accès ; 4° les impulsions épileptiques.

a. *Etat mental des épileptiques.* — Il est des épileptiques très intelligents et sans aucune anomalie psychique, au moins apparente. On a même relevé, chez un certain nombre de grands hommes, des accidents épileptiques plus ou moins avérés.

Par contre, beaucoup d'épileptiques sont des dégénérés, à divers degrés, et l'épilepsie est très commune chez les idiots.

Quel que soit leur degré d'intelligence, la plupart des épileptiques offrent certaines particularités morbides dont l'ensemble représente ce que l'on appelle l'état mental des épileptiques.

C'est principalement dans le caractère et l'humeur que se manifestent ces particularités.

Il y a à cet égard deux catégories d'épileptiques : les uns sombres, taciturnes, défiants, ombrageux, toujours prêts à se fâcher, à blesser les gens, à s'emporter, à frapper ; les autres, au contraire, obséquieux, prévenants, calins, pleins d'effusion et de douceur.

Mais ces différences ne portent que sur les dispositions extérieures. Au fond, les épileptiques sont tous ou presque tous des irritables, sujets à des crises de colère et d'emportement subites, violentes et furieuses, pendant lesquelles ils ne s'appartiennent pour ainsi dire plus. Cette irritabilité est la note dominante de leur caractère.

Beaucoup ont en outre des vices et des instincts pervers ; ils sont gourmands, voleurs, menteurs, masturbateurs, érotiques, etc. Ils ont fréquemment une tendance à la piété malade, à une espèce de religiosité outrée mêlée de tartuferie et qui n'est jamais aussi marquée qu'à l'époque de leurs accès.

Le sommeil des épileptiques, bien différent du sommeil des neurasthéniques et des hystériques, est un sommeil profond, lourd, avec des réveils en sursaut, des hallucinations hypnagogiques et des rêves le plus souvent pénibles, terrifiants, parmi lesquels il convient de citer les rêves post-paroxystiques (THOMAYER), les rêves d'accès (FÉRÉ), les songes d'attaques (DUCOSTÉ, FOURNIER).

b. *Troubles précurseurs de l'accès, auras psychiques.* — Durant les heures, quelquefois même durant les jours précédant immédiatement l'accès, l'état psychique des épileptiques subit des modifications plus ou moins marquées. Ces modifications se traduisent dans la sphère affective par de l'inquiétude, de la tristesse, de la mauvaise humeur, de la méchanceté, de la colère, ou au contraire, par de la tendresse, de la gaieté, de la joie insolite, et, intellectuellement, par de la torpeur ou de la suractivité cérébrales. A côté de ces troubles prodromiques plus ou moins éloignés de l'accès, il faut faire une place à part aux auras dites psychiques, c'est-à-dire aux troubles précédant immédiatement l'accès.

Les auras psychiques sont émotionnelles, intellectuelles ou sensorielles, suivant qu'elles consistent en une émotion vive (crainte, terreur, aversion, répulsion, excitation, dépression), en une idée quelconque, en une obnubilation passagère de la conscience, en une réminiscence subite, ou enfin en une hallucination.

Les auras hallucinatoires peuvent consister dans la vue d'un spectre, du feu, d'un objet gigantesque, d'une bête féroce; ce peut être aussi une odeur désagréable, nauséabonde, ou bien, plus rarement, une hallucination de l'ouïe. En général, cette hallucination, comme les autres formes d'auras, du reste, se reproduit telle quelle lors des accès consécutifs. Il est très fréquent de voir les épileptiques prononcer les mêmes paroles, faire le même geste, accomplir le même acte, avant de tomber.

Une particularité importante à signaler, c'est que les auras épileptiques, psychiques ou autres, sont souvent appréciées très nettement par les malades qui reconnaissent en elles les avant-coureurs de l'accès et essaient, soit de se garer contre la chute imminente, soit même d'enrayer la crise. Ces faits sont, quand on examine les choses de près, beaucoup moins rares qu'il ne semblerait au premier abord.

c. *Troubles psychiques consécutifs à l'accès.* — Trois troubles prédominent après l'accès : la torpeur, l'amnésie, l'impulsion.

La torpeur psychique est constante; elle fait partie du stertor ou coma post-épileptique et persiste plus ou moins longtemps

après, sous forme de confusion d'idées, d'obtusion, d'obnubilation de la conscience. C'est ce qu'on appelle à juste titre la phase crépusculaire post-épileptique.

L'amnésie fait également partie de cette phase. Cette amnésie peut affecter tous les types; elle est essentiellement lacunaire, en ce sens que le temps de l'accès, depuis la chute jusqu'au retour de la connaissance, forme une lacune, un trou dans les souvenirs. Elle peut aussi remonter plus ou moins au delà de l'accès et par suite être rétrograde (SÉGLAS, 1902).

Elle peut également se prolonger après l'accès, durant la période crépusculaire, sous forme d'amnésie antérograde, actuelle ou de fixation. Elle peut encore se présenter sous la forme curieuse d'amnésie retardée. Ce type d'amnésie, signalé par OTTOLONGHI, par KOVALEWSKY et bien étudié par J. MAXWELL dans sa remarquable thèse, consiste en ceci qu'un souvenir, présent au sortir de l'accès convulsif, disparaît parfois et généralement peu après. L'importance de cette sorte d'amnésie, au point de vue médico-légal, ne saurait échapper. L'amnésie peut enfin, ainsi que je l'ai observé, prendre le type *ecménisque* et reporter le sujet, à chacun de ses accès, à une période déterminée de sa vie antérieure, toujours la même, avec une attitude, un langage et des actes correspondants.

Les impulsions post-épileptiques sont assez fréquentes. Chez les épileptiques simples, sans délire, elles consistent en un acte instinctif, automatique, inconscient et amnésique, particulièrement sous la forme d'automatisme ambulatoire, d'exhibition génitale, de vol, etc.

Ce n'est pas seulement après l'accès convulsif que les impulsions se manifestent dans l'épilepsie; elles peuvent survenir soit avant l'accès (impulsions pré-épileptiques), soit au lieu et place de l'accès (équivalents épileptiques), soit dans l'intervalle des accès.

Les impulsions ont donc dans l'épilepsie une importance clinique et médico-légale qui nous oblige à rappeler ici à part leurs principaux caractères.

d. *Impulsions épileptiques.* — L'impulsivité des épileptiques, qui a été notée de tout temps et sur laquelle tous les auteurs ont

justement insisté, a été particulièrement mise en lumière par PARANT (1893) qui a successivement étudié les impulsions irrésistibles liées aux manifestations convulsives de l'épilepsie essentielle et jacksonienne et les impulsions irrésistibles indépendantes des attaques convulsives (épilepsie larvée — épilepsie mentale — équivalents épileptiques).

Les impulsions que l'on observe le plus fréquemment, chez les épileptiques, sont : les attentats et violences contre les personnes, y compris l'homicide; les auto-mutilations et le suicide; le vagabondage et l'automatisme ambulatoire; les vols, les incendies; les outrages et les attentats publics à la pudeur, en particulier les exhibitions génitales.

Plus encore que celles des dégénérés, les impulsions des épileptiques portent la marque de l'état pathologique dont elles relèvent. Soudaineté d'apparition; violence aveugle et brutale; rapidité et brièveté; inconscience automatique; amnésie; répétition similaire, intermittente ou même périodique de l'acte, tels en sont les caractères.

Une impulsion se présentant avec ces attributs appartient à l'épilepsie.

Mais il n'en est ainsi que pour les impulsions liées aux accès d'épilepsie ou les constituant elles-mêmes (phases pré- et post-convulsives, épilepsie mentale, équivalents épileptiques). Les impulsions étrangères aux accès, convulsifs ou délirants, sont loin de présenter au complet ce tableau symptomatique; quelquefois même elles ressemblent plus ou moins aux impulsions vulgaires.

Les stigmates considérés comme les plus essentiels des manifestations épileptiques : inconscience et amnésie, ne seraient même pas constants dans les impulsions des accès épileptiques si l'on s'en rapporte à certains faits publiés dans ces dernières années, en particulier à ceux contenus dans la thèse de DUCOSTÉ, qui, dans son étude sur l'*épilepsie consciente et mnésique*, a insisté sur le *suicide impulsif conscient* et sa fréquence relative comme équivalent de l'accès épileptique.

Quoi qu'il en soit, ainsi que le dit fort bien PARANT, « du moment où l'amnésie est presque constante à la suite des impul-

sions épileptiques et que, dans la presque généralité des cas, elle est absolue, complète, réelle, il n'y a évidemment pas lieu, à cause des exceptions, d'en méconnaître la valeur. Des exceptions ne sont pas de nature à infirmer une règle ». Et SOLLIER dit aussi : « L'amnésie simple est tellement caractéristique de l'épilepsie, sous quelque forme que ce paroxysme se présente, que, lorsqu'on la constate, on doit immédiatement y songer. Elle a une importance toute particulière dans l'épilepsie larvée et sa constatation, en présence d'un acte insolite, doit faire rechercher les autres indices capables de révéler l'épilepsie. »

B. PSYCHOSES ÉPILEPTIQUES. — Dans les psychoses épileptiques, on peut distinguer, pour la commodité de l'étude : 1° les *psychoses de l'épilepsie non convulsive*; 2° les *psychoses de l'épilepsie convulsive*; 3° la *démence épileptique*.

a. *Psychoses de l'épilepsie non convulsive*. — On a cru pendant longtemps qu'il n'existait de psychoses épileptiques que celles liées à l'épilepsie convulsive. On admet, depuis MOREL, que les épilepsies non convulsives peuvent aussi se traduire par des syndromes psychopathiques qui sont des manifestations de cette *épilepsie larvée* comme le sont d'autres syndromes tels, par exemple, que la migraine.

Il va de soi que l'accès moteur — véritable marque d'identité de l'épilepsie — faisant ici défaut, la nature comitiale de ces syndromes psychopathiques est souvent difficile et longue à reconnaître, ce qui explique les nombreuses discussions dont l'épilepsie mentale a été l'objet.

Il n'est pas douteux cependant qu'elle existe et la preuve, c'est que généralement les syndromes psychopathiques dont nous parlons se terminent par des accès convulsifs ou alternent avec eux.

Deux cas peuvent se présenter. Ou bien le syndrome psychopathique consiste en une *psychose* variable de forme, mais durable; ou bien il se manifeste par des *crises délirantes* essentiellement *transitoires* et *intermittentes*, voire même périodiques, qui manifestement tiennent la place des accès convulsifs, à titre d'équivalents.

a) Les *psychoses durables* de l'épilepsie larvée, sont, avons-nous dit, de forme variable. On y rencontre en effet soit l'état *maniaque*, soit l'état *mélancolique*, soit plus souvent encore les *délires systématisés*, en particulier le *délire de persécution*. MOREL, LUCKEY y ont signalé également les *psychoses intermittentes et circulaires*, et DOUTREBENTE, qui a cité un cas remarquable de ce genre, est allé jusqu'à se demander si la *folie cyclique* et la *folie à double forme* n'étaient pas des psychoses de nature épileptique.

Ces diverses psychoses durables de l'épilepsie larvée sont très difficiles à reconnaître, parce qu'elles n'ont rien dans leur symptomatologie et dans leur évolution qui leur appartienne en propre. Tout au plus peut-on dire qu'elles affectent un caractère plus violent, plus impulsif et qu'elles sont sujettes d'autre part à des paroxysmes aigus plus ou moins réguliers et à des épisodes fréquents de confusion mentale. Il faut donc ne rien négliger ni de leurs particularités cliniques, ni de celles de l'état général, pour arriver au diagnostic. Dans bien des cas même, ce diagnostic ne deviendra évident que par la manifestation des accès convulsifs.

β) Les *psychoses transitoires et par accès* de l'épilepsie larvée se reconnaissent beaucoup plus aisément.

En règle générale, en effet, tout délire transitoire et par accès doit faire songer à l'épilepsie. Et cette hypothèse se transforme pour ainsi dire en certitude lorsque les accès de ce délire reviennent avec une certaine périodicité, sont identiques les uns aux autres et ordinairement suivis d'amnésie.

Quant à la forme de ces accès délirants à répétition, elle est essentiellement *hallucinatoire et impulsive*. Il s'agit le plus souvent d'une *crise maniaque*, violente et passagère, survenant brusquement, durant quelques heures ou quelques jours et disparaissant très rapidement, ou plutôt d'une *crise de confusion mentale hallucinatoire aiguë*, quelquefois même d'un véritable *somnambulisme*, d'un *état second*. A la suite, il y a d'habitude non seulement *amnésie* de la crise, mais encore *obnubilation crépusculaire* plus ou moins appréciable. Nous avons déjà dit cependant que ces crises délirantes ou impulsives, véritables

équivalents de l'attaque, pouvaient être subconscientes, sub-mnésiques et même parfois conscientes et mnésiques.

b. *Psychoses de l'épilepsie convulsive*. — Les psychoses de l'épilepsie convulsive se distinguent tout naturellement en deux catégories, suivant qu'elles sont indépendantes des accès ou qu'elles font partie de leur processus.

α) Les *psychoses indépendantes des accès* ne relèvent pas toutes de l'épilepsie, il s'en faut. Beaucoup, dans le nombre, sont dues à un facteur surajouté : alcoolisme, dégénérescence, intoxication ou infection occasionnelle, etc. Elles revêtent alors, ainsi que cela a lieu dans toutes les associations psychopathiques (MAGNAN), des caractères en rapport avec leur étiologie.

Les psychoses interconvulsives d'origine épileptique sont de tous points analogues aux psychoses durables de l'épilepsie larvée ; elles affectent, comme elles, une forme variable et on peut leur appliquer exactement ce que nous avons dit plus haut de celles-ci.

β) Les *psychoses qui font partie de l'accès convulsif* sont presque toujours consécutives à l'accès. Avant, tout se borne le plus souvent à des troubles psychiques élémentaires. Les psychoses post-convulsives sont donc les véritables psychoses de l'épilepsie motrice.

La *psychose post-convulsive* peut se traduire par un accès de *mélancolie anxieuse* ou surtout *stupide* avec prostration, immobilité, hébétude, gâtisme, etc. Mais le plus souvent c'est sous la forme agitée qu'elle se manifeste, soit par un *délire hallucinatoire terrifiant*, soit même par un *délire aigu*.

Sous l'influence de leurs délires et de leurs hallucinations, qui font apparaître à leurs yeux les visions les plus horribles et les plus menaçantes, les malades sont dans un état d'agitation et de fureur indescriptible, d'où le nom de *fureur épileptique* donné depuis longtemps à cet état. C'est le moment où les épileptiques sont le plus dangereux. Ils sont hors d'eux-mêmes et prennent un aspect terrible. Vultueux, rouges, les yeux saillants, les forces décuplées, ils brisent, détruisent, frappent, dans l'excès de leur violence, tout ce qui se trouve devant eux ; ou bien ils s'enfuient de tous côtés, affolés, prenant les personnes qu'ils

rencontrent ou qui les entourent pour des ennemis ou des êtres fantastiques, sur lesquels ils se ruent.

Cet accès aigu et souvent suraigu de *confusion mentale*, car il s'agit bien là de confusion mentale, éclate en général brusquement au sortir de l'accès convulsif ou, au maximum, dans les deux ou trois jours qui le suivent; il dure peu de temps, une semaine au plus, et se termine brusquement aussi, laissant après lui et une *amnésie lacunaire complète* et parfois de l'*obnubilation crépusculaire* avec amnésie de fixation qui se prolongent plus ou moins longtemps.

Il est probable que la psychose post-convulsive est due à des auto-intoxications secondaires provoquées par le shock convulsif. Les modifications quantitatives et qualitatives de l'urine à ce moment là, et la présence de l'albumine, qui y est si fréquente, corroborent cette manière de voir.

c. *Démence épileptique*. — Pour en finir avec les psychopathies épileptiques, nous devons signaler la *démence épileptique*, qui est la terminaison habituelle de toutes ces psychopathies.

Cette démence est plus ou moins hâtive, plus hâtive en tous cas que dans la plupart des états morbides, car l'épilepsie a une tendance particulière à affaiblir les facultés. Il va de soi, d'ailleurs, que cette démence survient plus vite chez les dégénérés, chez les alcooliques ou chez les malades à graves atteintes de psychose.

Chez certains sujets, cette démence peut revêtir de plus ou moins près l'aspect de la démence paralytique, au point de rendre le diagnostic parfois difficile. On trouve du reste chez ces malades des lésions de méningo-encéphalite diffuse (PÉON, RÉGIS, SÉGLAS, etc.).

2° **Diagnostic**. — Le diagnostic de psychose épileptique n'est, en général, pas difficile, quand la psychose s'accompagne d'accès; il est quelquefois très difficile, nous l'avons dit, quand l'épilepsie est larvée.

Les *impulsions* soudaines et instantanées, la *répétition* des mêmes faits avec les mêmes particularités, enfin et surtout

l'*inconscience* et l'*amnésie* de la crise, sont, sauf les cas signalés plus haut, caractéristiques des psychoses épileptiques.

3° **Pronostic**. — Le pronostic des psychoses épileptiques est éminemment *variable*. Le malade peut en effet mourir en état de délire aigu post-convulsif. Le plus souvent, si aiguë qu'elle soit, la crise délirante guérit. Mais cette guérison n'est qu'apparente et momentanée, puisque la psychose a de grandes tendances à se reproduire et à prendre le type cyclique.

4° **Traitement**. — Le traitement des psychoses épileptiques est celui de l'épilepsie en général. Il consiste donc avant tout dans l'emploi prolongé des antinerveux et des antispasmodiques, du bromure en particulier qui reste malgré tout, bien qu'insuffisant, le meilleur agent médicamenteux du mal comitial et de toutes ses manifestations morbides.

En dehors de ce traitement, les psychoses épileptiques comportent leur traitement propre. Presque toujours elles nécessitent, par leur gravité et les actes dangereux auxquels elles entraînent, l'*internement*.

Suivant les cas, on aura recours aux *sédatifs*, aux *hypnotiques*, à l'*alitement* et surtout à la *médication antitoxique*.

ARTICLE II

HYSTÉRIE

Les troubles psychiques sont tellement importants et constants dans l'hystérie, « maladie psychique par excellence », comme a dit CHARCOT, que leur description détaillée et complète se trouve dans tous les Traités des maladies nerveuses et dans toutes les monographies consacrées à la névrose. Nous ne ferons donc que les résumer ici très succinctement en y distinguant : 1° les *troubles psychiques élémentaires*; 2° les *psychoses hystériques*. On trouvera d'autres détails dans les belles *Leçons cliniques* de PITRES sur l'hystérie, dans le rapport de BALLET sur les relations de l'hystérie et de la folie, les ouvrages de