

ce que professait Ménière dont l'opinion est d'une incontestable autorité en pareille matière.

« La surdi-mutité, dit encore M. Boudin (1), ne se produit pas toujours *directement* par les parents consanguins ; on la voit se manifester parfois *indirectement* dans les mariages croisés, entre individus parfaitement sains et exempts de toute espèce d'infirmité, mais dont l'un était issu d'un mariage consanguin. »

A l'appui de cette proposition, l'auteur rapporte (2) l'observation suivante qu'il transcrit de la thèse de M. le docteur Chazarain (3).

« M. L..., maire de C... (Dordogne) avait épousé la fille de son cousin. Il eut de cette union un garçon et une fille, non-seulement exempts d'infirmités, mais encore doués, comme leurs parents, de la meilleure santé. Mademoiselle L..., mariée avec un jeune homme plus âgé qu'elle de quelques années, et avec lequel elle n'était parente à aucun degré, a donné le jour à une fille atteinte de surdi-mutité congénitale. Le père et la mère de cette enfant habitent un pays élevé, très-salubre, leur habitation est à l'abri de l'humidité ; leur position pécuniaire leur permet de vivre, sinon dans le luxe, du moins dans l'aisance. Aucun autre sourd-muet n'existe à C... Il n'y a jamais eu d'autre sourd-muet dans la famille... Enfin, la grossesse de la mère n'a été signalée par aucun fait particulier. »

Ce qui, dans ce cas, s'applique à la surdi-mutité ne pourrait-il pas s'appliquer aussi à toutes les fâcheuses conséquences des alliances consanguines ?

Un négociant de Paris et sa sœur épousent, lui sa cousine germaine, elle un cousin germain d'une autre branche. La sœur n'a pas d'enfants ; le frère a trois filles parfaitement constituées, parfaitement bien portantes. De ces trois filles, la plus jeune, moins âgée de sept ans que la seconde, a trois enfants très-bien conformés ; la cadette n'en a qu'un, quel que soit son désir d'en avoir plusieurs ; l'aînée, mariée depuis plus de dix ans, reste stérile à son grand désespoir.

Ces faits, le dernier surtout, ont, il faut en convenir, une signification très-contestable, mais s'ils venaient à se multiplier, maintenant qu'on recherche attentivement tout ce qui touche à la question des unions consanguines, ils acquerraient une certaine valeur, et, à ce titre, les plus insignifiants méritent d'être notés.

Pour en finir avec cette digression à laquelle je me laisse aller sans regrets, personne n'a prétendu que les alliances entre proches parents eussent nécessairement, fatalement, des suites fâcheuses. Ce que l'on a cherché à établir, ce que démontre d'une manière incontestable l'observation médicale, d'accord

(1) Boudin, *loc. cit.*, p. 31.

(2) Id., *ibid.*, p. 40.

(3) L. T. Chazarain, *Du mariage entre consanguins, considéré comme cause de dégénérescence organique et particulièrement de surdi-mutité congénitale*, thèse de Montpellier, 1859.

en cela avec celle des législateurs qui, dans un grand nombre de pays, se sont, pour cette raison, opposés à ces sortes d'alliances, c'est que la proportion des accidents que nous avons indiqués est relativement beaucoup plus forte chez les individus issus de mariages consanguins que chez ceux nés de mariages mixtes ; c'est que, en définitive, et cela aussi bien chez l'homme que chez les animaux sur lesquels l'expérimentation peut être faite et a été faite sur une grande échelle, « ces mariages entre parents compromettent l'espèce par la stérilité, par les infirmités et les maladies qui peuvent atteindre les produits, lorsque ces unions sont fécondes ; c'est que, à ne considérer que l'espèce humaine, ces mariages, lorsqu'ils se répètent pendant plusieurs générations, amènent la dégénérescence physique, morale, intellectuelle et finalement l'extinction de la famille. » Telle est l'opinion de M. Chazarain (1), opinion que partagent avec lui un grand nombre de médecins.

Relativement au sujet qui nous occupe aujourd'hui, les influences fâcheuses des alliances consanguines se traduisent souvent par des affections mentales. C'est là un fait signalé par Esquirol et après lui par tous les aliénistes, que l'idiotisme et l'aliénation mentale étaient, dans un grand nombre de cas, la conséquence de mariages entre proches parents.

Il en est de même de l'épilepsie.

Entre autres exemples : J'étais mandé naguère dans une famille napolitaine. L'oncle avait épousé sa nièce ; il n'y avait dans la famille aucun antécédent fâcheux. Sur quatre enfants, la fille aînée est de nature fort bizarre, le second fils est épileptique, le troisième enfant est très-sensé, le quatrième est idiot et épileptique.

Je suis lié d'amitié avec une autre famille dont l'un des chefs a également épousé sa nièce. De cette union sont issus quatre enfants, l'un a été pris à sa naissance de convulsions éclamptiques graves, un autre fils est idiot et épileptique.

Dernièrement encore je voyais avec MM. les docteurs Moynier un jeune garçon épileptique né de cousins germains ; et à quelque temps de là j'avais occasion d'observer deux faits analogues : l'un chez un jeune homme de trente-deux ans, l'autre chez un enfant idiot et épileptique.

Maintenant que je m'enquiers avec soin chez mes malades de ce qui a rapport à la consanguinité, alors que j'ai affaire à des sourds-muets, à des idiots, à des épileptiques, je ne saurais vous dire combien cette influence me paraît active dans l'étiologie de ces affections.

§ 5. — Diagnostic entre l'épilepsie et l'éclampsie. — Transformation de l'éclampsie en épilepsie. — Diagnostic différentiel avec l'hystérie. — Épilepsie symptomatique. — Traitement de l'épilepsie.

Messieurs, dans la question du diagnostic différentiel entre l'épilepsie et les autres affections convulsives, l'éclampsie occupe la première place, en raison

(1) Thèse citée.

même de l'extrême difficulté que ce diagnostic présente. Bien souvent, en effet, j'ai déjà signalé ce fait, l'éclampsie et l'épilepsie sont confondues l'une avec l'autre ; et cette confusion, vous ai-je dit aussi, est presque inévitable, car, à ne tenir compte que des accidents convulsifs qui les caractérisent, rien ne distingue ces deux affections.

Considérez une femme atteinte d'éclampsie au huitième, au neuvième mois de la grossesse ou au moment de l'accouchement ; observez un enfant pris de convulsions, soit au début d'une fièvre éruptive, soit au moment de la dentition, et quelque prévenus que vous soyez, quelque attention que vous y apportiez, vous ne saurez saisir aucune différence entre ces attaques et la forme convulsive du mal caduc.

Rappelez-vous ce qu'est l'éclampsie chez la femme enceinte, par exemple. Tout à coup les convulsions surviennent, quelquefois précédées d'un grand cri poussé par la malade ; ses membres se tordent principalement d'un côté, sa tête est renversée sur l'épaule, la face dirigée du côté opposé ; la langue, sortie de la bouche, peut être blessée, coupée, déchirée par les dents ; une écume ensanglantée souille les lèvres et les joues, absolument comme nous le voyons chez l'individu tombé du haut mal. Cette attaque convulsive dure une, deux minutes ; la stupeur apoplectiforme lui succède. Tout ressemble ici à l'épilepsie ; mais ce qui tout de suite nous permettra de reconnaître l'éclampsie, c'est d'une part, le retour ordinaire des attaques qui se succèdent assez rapidement ; ce sont, d'autre part et surtout, les circonstances dans lesquelles elle est survenue ; ce sont certains phénomènes qui l'ont précédée et qui l'accompagnent.

Tandis que l'épilepsie est une maladie qui, lorsqu'elle affecte la forme convulsive très-prononcée, se reproduit à des intervalles assez éloignés, — je laisse de côté, bien entendu, l'état de mal ; — tandis que les grandes attaques ne reviennent généralement qu'à un an, six mois, trois mois, deux mois, huit jours de distance, l'éclampsie a une marche plus continue, ses accès sont très-rapprochés, ils restent imminents tant que la cause de laquelle ils dépendent persiste et est en pleine activité. Mais aussi, cette cause ayant disparu, les retours de l'affection convulsive ne sont plus à craindre en général, tandis qu'une première atteinte du mal comitial donne toujours lieu d'en redouter d'autres et engage presque fatalement l'avenir.

Chez la femme en état de grossesse ou en couche, par exemple, les attaques d'éclampsie vont se répéter huit, dix, quinze, vingt fois dans les vingt-quatre heures ; nous allons retrouver là quelque chose d'analogue à ce *status epilepticus*, à cet état de mal, dont je vous ai parlé, et auquel tout à l'heure encore je faisais allusion. La malade n'est pas encore quitte d'un accès qu'un autre commence, les accidents convulsifs se reproduisant alors que dure encore la stupeur qui constitue la seconde période de l'attaque.

Il en est de même des convulsions de l'enfance. Les attaques se pressent, et lorsqu'elles ne consistent pas en de grands mouvements musculaires, nous

voyons souvent se manifester, deux ou trois jours de suite, ces phénomènes décrits sous le nom de *convulsions internes*, qui rappellent, en quelques points, les accidents vertigineux de l'épilepsie. Ou bien ce sont des mouvements singuliers des globes oculaires qui se renversent sous la paupière supérieure ; ou bien le visage du petit malade prend une expression grimaçante ; ou bien c'est un spasme de l'appareil respiratoire, la respiration étant momentanément interrompue pour reprendre, quelques secondes après, la régularité qu'elle présentait auparavant.

Cette fréquence dans la répétition, cette continuité dans la succession des attaques d'éclampsie a souvent pour résultat d'entraîner la mort. Celle-ci peut être occasionnée par la commotion des centres nerveux qui accompagne les phénomènes convulsifs ; elle peut arriver aussi par asphyxie, lorsque la convulsion tonique persistant trop longtemps dans les muscles qui servent à la respiration, les fonctions de l'hématose ont été plus ou moins longtemps suspendues.

Vous comprenez dès lors comment, en ne considérant que la convulsion, la terminaison fatale est bien plus souvent la conséquence immédiate de l'éclampsie que de l'épilepsie. Il est rare, en effet, de voir un épileptique enlevé dans une attaque, en dehors des cas où il succombe accidentellement, comme lorsque, dans sa chute, il s'est fait des blessures graves et mortelles ; il n'est que trop fréquent, au contraire, de voir mourir des femmes dans des attaques d'éclampsie ; il est encore plus commun que des enfants soient emportés dans les convulsions.

Ce que je viens de dire de l'éclampsie des femmes enceintes, des convulsions des enfants, s'applique à l'éclampsie saturnine, à l'éclampsie albuminurique. Rien, quant à la forme des accidents convulsifs, ne saurait les faire distinguer de l'épilepsie. Ce qui les en distingue assez bien, c'est ce retour incessant des attaques, c'est leur continuité, qui est le fait habituel dans les unes, et qui, je le répète, ne se retrouve qu'exceptionnellement dans l'épilepsie.

Mais ce qui permet surtout d'établir le diagnostic entre l'éclampsie et le mal comitial, ce sont les circonstances dans lesquelles les accidents se sont manifestés, c'est l'existence ou l'absence de certains phénomènes précurseurs ou concomitants dont il importe essentiellement de tenir compte.

Dans la presque universalité des cas, l'épilepsie frappe l'individu au milieu de la plus parfaite santé. Rien n'annonce l'attaque ; une minute avant qu'elle ait lieu, qu'elle commence par une aura, qu'elle survienne sans avoir été précédée de ce symptôme prémonitoire, l'individu qui va l'éprouver était aussi bien portant que huit jours auparavant. Telle est la règle, et les exceptions sont bien plus apparentes que réelles, car généralement elles ont trait seulement aux attaques de l'épilepsie symptomatique, laquelle, à vrai dire, ne devrait pas être séparée de l'éclampsie.

L'éclampsie, au contraire, ne survient que dans certaines conditions don-

nées, plus ou moins facilement appréciables; elle se lie à un état pathologique caractérisé par d'autres symptômes. C'est au début, c'est dans le cours, c'est au déclin d'une maladie aiguë ou chronique; souvent même il sera permis de prévoir la possibilité de ces attaques.

Ainsi l'albuminurie, qu'elle soit idiopathique, que ce soit la maladie de Bright, qu'elle se rattache à une scarlatine antécédente, qu'elle s'observe chez une femme grosse, l'albuminurie, dans ces deux derniers cas, encore plus que dans le premier, nous fait redouter la possibilité des accidents éclamptiques. Lorsque ceux-ci sont déclarés, indépendamment des autres symptômes généraux ou locaux qui appartiennent à l'albuminurie, la présence seule de l'albumine dans les urines nous dit assez à quelle affection nous avons affaire. Il est, bien entendu, des cas où ce diagnostic est tout à fait impossible: ce sont ceux dans lesquels les individus pris d'éclampsie dans les conditions que nous venons de signaler étaient antérieurement épileptiques.

Ainsi, encore, en présence de convulsions survenant chez un enfant à l'époque de la dentition, ou bien au début d'une maladie aiguë fébrile, vous reconnaîtrez tout de suite que vous avez affaire à de l'éclampsie, ou du moins l'idée de l'épilepsie ne se présentera que secondairement à votre esprit.

Toutefois, messieurs, il est des réserves à faire. Ces convulsions éclamptiques, quelle qu'ait été leur cause occasionnelle, sont souvent, en effet, de véritables attaques du mal caduc. Alors surtout que ces accidents convulsifs surviennent chez des enfants qui ont passé l'âge de cinq à six ans, et même chez des enfants plus jeunes, lorsqu'ils se répètent fréquemment à la moindre occasion, il y a lieu de redouter l'épilepsie pour l'avenir. De même, j'ai quelquefois rencontré celle-ci chez des femmes qui, plus ou moins longtemps auparavant, avaient eu pendant leurs couches des attaques d'éclampsie. Je me suis toujours demandé si, dans ces cas, il n'y avait pas de relations à établir entre cette éclampsie et l'épilepsie, inclinant à résoudre la question par l'affirmative.

Ces considérations, relativement à l'éclampsie de l'enfance, sont surtout applicables à cette forme de convulsion partielle qui frappe les muscles du larynx, et que l'on a fort improprement appelée l'*asthme thymique*.

Vous en avez eu un exemple chez un enfant de notre crèche, âgé de huit mois et très-bien portant d'ailleurs: ce petit malade était fréquemment pris d'accidents dont sa mère nous rendait ainsi compte.

Qu'il fût assis dans son berceau, qu'il fût tenu dans les bras, il poussait tout à coup un grand cri, comme s'il éprouvait une vive douleur. Ce cri ressemblait à celui de la colère, mais il était immédiatement suivi d'une inspiration bruyante et sifflante, analogue à celle de la coqueluche. La face était rouge, les veines du cou étaient gonflées; après quelques secondes, le calme renaissait et tout rentrait dans l'ordre.

Cet enfant avait eu, en outre, de grandes attaques convulsives.

Dans ces cas, — je reviendrai un jour sur ce point qui est de la plus haute im-

portance pratique, — soyez très-réservés dans votre pronostic. Bien qu'en général ces accidents ne soient pas graves, déjà, cependant, la vie du malade peut être immédiatement menacée, lorsque l'accès convulsif laryngé se prolonge au delà d'un certain temps; il suffit qu'il dure deux minutes pour amener l'asphyxie. De plus, je le répète, ces convulsions partielles peuvent être une manifestation de l'épilepsie qui, tôt ou tard, se traduit par des phénomènes plus nettement caractérisés.

Messieurs, le *diagnostic différentiel entre l'hystérie et l'épilepsie* doit à son tour nous occuper. Ce diagnostic présente en certaines circonstances de grandes difficultés, c'est là un fait que je vous ai déjà signalé. Ainsi, généralement précédée de symptômes nerveux très-caractéristiques, la grande attaque convulsive de l'hystérie peut quelquefois être soudaine; ou bien la femme qui l'éprouve a accusé dès le début une sorte d'aura, une sensation spasmodique qui, partant d'un point du corps, s'est propagée partout et présente quelque analogie avec l'*aura epileptica*. Hâtons-nous d'ajouter que ce sont là des cas tout à fait exceptionnels. Le plus ordinairement les convulsions hystériques sont annoncées par des phénomènes qu'il suffit d'avoir une fois observés pour ne plus les méconnaître; quant à l'*aura hysterica* elle-même, elle est bien différente de l'*aura epileptica*. J'ai déjà appelé votre attention sur ce fait, mais il me paraît d'une trop grande importance pour que je ne craigne pas d'y revenir. Partant à peu près constamment du même point, l'*aura hysterica* est une sensation que les malades comparent à celle d'un corps étranger, d'une boule exerçant une constriction à la région ombilicale et à la région épigastrique, puis qui, remontant le long de l'œsophage, arrive à la gorge où elle détermine un sentiment de strangulation. Quelque courte que soit cette sensation, elle dure ordinairement beaucoup plus longtemps que celle qui constitue l'*aura epileptica*, dont la rapidité est presque toujours comparable à celle de l'éclair.

Un autre fait important, c'est que l'hystérie s'observe presque exclusivement chez la femme; déjà cela doit vous mettre en garde, et vous éclairer sur la nature des accidents dont vous êtes témoins.

La physionomie des hystériques présente en outre une expression toute différente de celle des épileptiques.

Quant à l'attaque en elle-même, elle est tumultueuse dans l'hystérie, elle est plus silencieuse dans l'épilepsie. L'individu tombé du haut mal s'agite quelques instants dans les convulsions; puis, après quelques secondes, il reste immobile, frappé de stupeur; à la pâleur cadavéreuse du visage a succédé une rougeur plus ou moins livide et violacée. Les convulsions hystériques sont, si je puis ainsi dire, à plus grand spectacle: ce sont de grands mouvements, n'affectant pas spécialement un côté, comme dans l'épilepsie, mais à peu près également les deux côtés du corps, excepté dans les cas où il y a complication de catalepsie ou de paralysie. Il faut le concours de plusieurs personnes pour contenir la malade. Que l'épileptique soit pris de son

accès au moment où il est couché, il reste dans son lit; s'il est debout, il tombe et quitte rarement la place où il est tombé. L'hystérique, au contraire, s'agite dans tous les sens; si elle était au lit, elle se lève, se jette à droite, à gauche. Tandis que le premier, après avoir poussé le cri qui précède habituellement sa crise, demeure silencieux, la seconde continue de crier pendant l'attaque, de se plaindre, ou bien, vers la fin, elle se met à pleurer ou à rire sans motifs. Enfin, tandis que la grande attaque d'épilepsie dure rarement trois minutes, les convulsions hystériques se prolongent pendant un temps beaucoup plus long.

Tels sont, d'une manière très-générale, les caractères distinctifs de la grande attaque du mal comitial et de l'attaque d'hystérie; quant aux différences fondamentales entre ces deux maladies, je n'ai pas besoin d'y insister ici.

Pendant, messieurs, il est certains cas dans lesquels les accidents qu'on observe se trouvent réellement sur la limite des deux névroses. Vous vous rappelez une infirmière que nous avions dans notre salle de femmes, et qui maintenant est à la Salpêtrière. Elle était bien certainement hystérique; mais ses attaques avaient quelquefois au début les caractères de l'accès épileptique. Dans la même salle vous pouviez voir en même temps cette jeune fille dont je vous ai déjà parlé, et qui, pendant ses attaques épileptiques, qui, à vrai dire, ne duraient qu'une minute, s'agitait assez souvent avec la violence et l'espèce de jactitation qui appartiennent à l'hystérie.

Disons encore (les exemples en sont assez nombreux à la Salpêtrière) que certaines femmes sont en même temps hystériques et épileptiques; en vérité, on ne comprendrait pas pourquoi l'épilepsie serait une cause d'immunité pour l'hystérie, et réciproquement.

J'arrive maintenant à un autre point de la question du diagnostic de l'épilepsie.

Un individu est affecté d'une tumeur cérébrale, production tuberculeuse, syphilitique, cancéreuse, etc.; il a des accidents éclamptiques. Doit-on appeler cela de l'épilepsie? Un grand nombre de médecins répondront affirmativement, mais en ajoutant au nom de la maladie l'épithète de *symptomatique*. Il est vrai de dire que ces convulsions épileptiformes ne diffèrent en rien, quant à leur manière d'être, des convulsions de la véritable épilepsie, mais l'attaque est quelquefois annoncée par des douleurs de tête plus ou moins violentes, et dont le malade précise souvent le siège; quelquefois aussi il existe une paralysie plus ou moins complète, limitée à l'un ou à l'autre côté du corps, aux muscles de la face, aux yeux, au voile du palais; paralysie du mouvement à laquelle s'ajoute en quelques cas celle de la sensibilité; il peut y avoir, enfin, des désordres intellectuels, tous symptômes qui témoignent de l'existence d'une altération organique plus ou moins profonde de l'encéphale.

Voici un remarquable exemple, un des premiers que j'aie été à même d'ob-

server et, bien que plus de trente ans se soient écoulés depuis cette époque, j'en ai gardé le fidèle souvenir.

Un jeune homme tombe un soir frappé d'épilepsie dans les salons de l'ambassade d'Angleterre: c'était sa première attaque, mais, à quelque temps de là, les accidents se reproduisent. Un jour, entre autres, il est précipité de cheval au milieu d'une promenade aux Champs-Élysées et se fait à la tête une blessure assez grave; il renonce alors à aller dans le monde, puis, après avoir consulté Dupuytren qui lui conseilla les remèdes vantés contre l'épilepsie, et qui restent aussi inefficaces qu'ils le sont malheureusement le plus souvent, le malade se met entre les mains d'Alexandre Lebreton, praticien fort habile. Lebreton l'interroge avec soin; en remontant dans ses antécédents par un scrupuleux examen, il apprend que ce jeune homme a eu, à une certaine époque, de violentes céphalées revenant principalement la nuit. Il m'adjoint alors à sa consultation; nous étudions attentivement les symptômes de la maladie, nous reconnaissons que les douleurs nocturnes occupent presque exclusivement un même côté du crâne. La périodicité des accidents, leur exacerbation nocturne, nous font penser à la vérole; nous apprenons qu'en effet ce jeune homme en a été affecté cinq à six ans auparavant, et qu'elle a passé pour lui inaperçue. Nous plaçant alors au point de vue d'une exostose intracrânienne, d'une tumeur de nature syphilitique, nous prescrivons un traitement dont la liqueur de Van Swieten fait la base. Les accidents cessent dès lors complètement, et le malade guérit radicalement.

Nous avons donc affaire à des convulsions épileptiformes ou à de l'éclampsie, en acceptant la dénomination qui a cours dans la science; mais à coup sûr ce n'était pas là de l'épilepsie dans le sens que l'on attache ordinairement à ce mot.

Dans quelques cas la forme des attaques rappelle encore davantage l'épilepsie.

L'année dernière, je voyais dans mon cabinet une dame âgée de soixante et un ans, qui depuis l'âge de quarante ans était sujette à des accès se répétant avec une fréquence de jour en jour croissante, à ce point qu'elle était arrivée à en avoir jusqu'à vingt et un dans les vingt-quatre heures.

Chez cette dame le diagnostic était inscrit en gros caractères sur sa figure. Elle portait, en effet, au front une cicatrice large, profonde, qui, placée au-dessus et en dehors de la région sourcilière droite, pénétrait jusqu'à l'os coronal qui avait été nécrosé; il y avait eu en outre une nécrose des os propres du nez, et celui-ci était écrasé, cassé.

Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, des mercuriaux, de l'iodure de potassium, les accidents s'amendèrent rapidement, de telle sorte que dès le premier mois il n'y eut qu'une seule attaque et ce fut la dernière.

Dans quelques circonstances la lésion qui provoque l'attaque est si légère, qu'il est difficile d'en soupçonner l'importance. M. le docteur Foville voyait avec mon excellent collègue de l'Hôtel-Dieu, Alph. Robert, un jeune clerc