

- Oppenheim, Deutsche med. Wochenschr. 1888, 10, p. 194.
 Baginsky, Berl. klin. Wochenschr. 1888, 3.
 Wolff, Ueber Railway-spine. Deutsche med. Zeitg. 1888, 79, 80.
 Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. Berlin 1889.
 Bernhardt, Von den allgem. u. traumat. Neurosen. Berl. klin. Wochenschr. 1889, 18.
 Stepp, Deutsche med. Wochenschr. 1889, 4.
 Grasset, Leçons sur l'hystéro-traumatisme. Paris, Lecrosnier, 1889.
 Meyer, Moriz, Berl. klin. Wochenschr. 1889, 5.
 Auerbach, Die traumatische Hysterie beim Manne. Inaug.-Diss. Strassburg 1889.
 Strümpell, Ueber traumatische Hysterie. Münchner med. Wochenschr. 1889, 11.
 Berbez, Hystérie et traumatisme. Paris, 1887.
 Thyssen, Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Paris, 1888.

c) Traitement.

- Stein, Die allgemeine Elektrisation des menschlichen Körpers. Halle 1883, 2. Aufl.
 Widmer, Schweizer Correspondenzbl. 1886, XVI, 9-11. (Guérison obtenue par la castration).
 Reibmayr, Die Technik der Massage. Wien 1886, 2. Aufl.
 Tait, Lawson, Lancet. 1887, II, 25. (Guérison obtenue par la suppression de pessairs).
 Pitres, Progr. méd. 1887, XV, 8. (Electricité statique).
 Greffier, De l'électricité statique et de ses applications à la thérapeutique. Paris 1887.
 Zabudowski, Zur Indication und Technik der Massage. Berl. klin. Wochenschr. 1887, 36.
 Burkart, Berl. klin. Wochenschr. 1888, XXIV, 45-47.
 Gittermann, Deutsche med. Zeitg. 1888, IX, 24. (Cure de massage).
 Didier, Sur l'électricité faradique dans l'Hystérie. Lyon méd. 1888, LVIII, pag. 356.
 Dutton, Lancet. 23. June 1888, I. (Massage, cure de massage, internement).
 Bielschowsky, Ueber Influenzelektricität etc. Therapeut. Monatsh. März 1889.

TROISIÈME CHAPITRE.

Epilepsie. Mal caduc. Morbus sacer. Mal comitial.

Pris dans son sens le plus restreint, le terme d'épilepsie sert à désigner une névrose fonctionnelle, dont le siège anatomique reste encore inconnu, et qui se caractérise surtout par l'existence de troubles divers, procédant par attaques; celles-ci consistent en une perte de connaissance avec ou sans convulsions. Le nom d'épilepsie est encore donné, dans un sens plus large, à certaines affections reposant sur des lésions anatomiques du cerveau, principalement de l'écorce; les troubles de connaissance sont alors beaucoup moins caractéristiques, mais

les convulsions le sont davantage; parmi ces affections, on range l'épilepsie *jacksonienne*, épilepsie partielle ou épilepsie corticale (v. p. 69). Il est de la plus grande importance, de déterminer exactement à quelle espèce d'épilepsie on a affaire dans un cas donné; on recherchera si les attaques appartiennent bien à la névrose, et si, en dehors de ces attaques, le malade ne présente rien de particulier — ce qui est caractéristique pour l'épilepsie proprement dite — ou si ces attaques ne doivent pas être considérées comme le symptôme d'une autre maladie. La solution de cette question décide si, oui ou non, la guérison peut être envisagée comme possible. Nous nous occuperons en premier lieu de l'épilepsie véritable.

La façon dont l'épileptique passe sa vie, la possibilité de se livrer à ses occupations, de fréquenter la société et d'y jouer un rôle plus ou moins actif, l'espoir de voir améliorer sa situation, même l'espoir de la guérison, tout cela dépend, en réalité, des attaques dont il souffre, de leur caractère, de leur durée, de leur fréquence et enfin, de la gravité de leurs suites. Aussi, lorsqu'il entreprend le traitement d'un épileptique, le premier soin du médecin consiste-t-il à en étudier l'attaque dans tous ses détails.

Symptômes. Attaque.

Chez certains épileptiques, l'attaque éclate tout-à-fait subitement et inopinément: le malade, chez qui, à ce moment, on ne soupçonnerait aucune affection, tombe tout-à-coup par terre, comme foudroyé. Chez d'autres, au contraire, et ce sont les plus nombreux, l'attaque est immédiatement précédée de l'un ou l'autre phénomène prémonitoire: on dit alors qu'il y a aura (souffle, courant), vieille expression qui date de *Gallien* et est encore usitée aujourd'hui. On peut se convaincre, en étudiant l'aura et l'attaque proprement dite, que bien peu de cas d'épilepsie se ressemblent, que presque tous ont une forme qui leur est propre; aussi est-il impossible d'en donner une description générale.

On distingue, en premier lieu, une aura psychique et une aura somatique. L'aura psychique consiste généralement dans un changement particulier de l'humeur: ou bien le malade devient extraordinairement apathique, taciturne, ou bien il accuse de l'excitation, arpente anxieusement son appartement, paraît égaré, etc. Le passage de l'aura épileptique au trouble de connaissance particulier nommé délire préépileptique (*Mendel, Eulenberg's Vierteljahrsschr.* N. F. 1885, Bd. 42, Heft 2), s'accomplit d'une façon insensible. L'aura psychique peut avoir une durée de plusieurs heures, parfois, cependant, elle ne

comporte que quelques secondes ou quelques minutes. Deux épileptiques m'ont appris, qu'immédiatement avant l'attaque, il leur revenait une réminiscence du passé ; un épisode de leur vie leur passait rapidement devant les yeux : c'est là, certainement, une forme peu commune de l'aura psychique. On a encore signalé, chez certains patients, à titre d'aura, une tendance invincible à fuir ; de même que dans l'épilepsie procurative, on voit le malade s'éloigner de sa demeure et courir le plus loin possible ; l'attaque le surprend au milieu de sa course. Il existe des cas, formant la transition entre l'aura psychique et l'aura somatique, où les malades accusent des vertiges, une céphalalgie intense et une certaine obtusion de l'intelligence ; ces symptômes précèdent parfois l'attaque de si près que le patient n'a pas le temps de se garer. L'aura sensorielle, que l'on peut citer ici, se caractérise par des hallucinations des sens : le malade sent, voit, entend ou goûte des choses qui n'existent pas en réalité, ou bien ses sensations sont dépravées. Je connais des cas où, immédiatement avant l'attaque, le malade croit se trouver au milieu d'un océan de lumière, une clarté intense l'environne, des effets lumineux resplendissants frappent son regard ; d'autres, au contraire, se croient plongés dans des ténèbres profondes, une obscurité impénétrable les entoure. On peut citer ici les malades observés par *Heinemann*, (*Virchow's Archiv.* 102, 3, 1885) chez lesquels l'aura consistait en une amaurose bilatérale. L'aura acoustique montre les mêmes variétés que l'aura optique — tel malade croit entendre des accords mélodieux, tel autre pense se trouver au milieu d'un tapage infernal ; je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer la perte complète de l'ouïe, une surdité passagère, analogue à l'amaurose dont il a été question plus haut. Il est rare que le patient perçoive des voix distinctes ; on a alors affaire à une hallucination psychique réelle, et cette aura peut être considérée comme une transition vers le délire préépileptique. L'aura gustative ou l'aura olfactive bien caractérisées sont des variétés beaucoup moins communes de l'aura sensorielle.

L'aura somatique peut être motrice, sensitive ou vaso-motrice. L'aura motrice comporte plus fréquemment des phénomènes d'excitation que des phénomènes de dépression. Ce sont parfois des contractions isolées, débutant par les doigts et les orteils, les bras et les jambes, et s'étendant de la périphérie vers le centre ; d'autres fois, ce sont des contractures de quelques doigts ; il s'y ajoute, dans certains cas, des secousses dans la nuque et la tête, des contractions rapides des muscles de la face, du strabisme ; ces dernières manifestations

peuvent, d'ailleurs, constituer à elles seules toute l'aura. La paralysie, une sensation de lourdeur et de fatigue dans les membres, sont des symptômes plus rares. On doit rattacher à l'aura motrice, le spasme de la glotte, l'asthme bronchique, les palpitations, les mouvements respiratoires convulsifs que l'on observe dans certains cas comme prélude de l'attaque.

L'aura sensitive consiste le plus souvent en de la parésie se manifestant surtout dans les extrémités, engourdissement dans les doigts, etc., avec des irradiations vers le cœur et la tête ; il s'y joint souvent de l'angoisse et de l'oppression. Les sensations que le malade accuse dans les extrémités sont d'ailleurs extrêmement variables sous le rapport du caractère et de l'intensité ; chez l'un, c'est une sorte de chatouillement qui n'a rien de désagréable, chez un autre, c'est une sensation de piqure ou de brûlure très douloureuse, à direction centripète, comme nous venons de le dire.

L'aura vaso-motrice se traduit souvent par la froideur et la pâleur des mains, les veines superficielles paraissent exsangues ; le malade accuse une sensation de froid. On a encore signalé un sentiment de refroidissement général accompagné de claquements des dents (*Douty, Lancet*, 20 mars 1886). Dans d'autres cas, il semble se produire, pendant l'aura, une paralysie des vaso-moteurs ; on constate alors de la rougeur, de la transpiration ; la réplétion exagérée des veines cutanées suffit pour avertir certains malades de l'imminence de l'attaque.

Toutes les transitions et combinaisons entre l'aura psychique et l'aura somatique peuvent se rencontrer ; il n'existe, à cet égard, aucune règle fixe.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible de déterminer si l'aura est de nature centrale ou périphérique ; certains faits plaident pour l'une ou l'autre de ces deux suppositions (*Olliver, Lancet*, 21 avril, 1888). L'observation de *Hughling Jackson* (*Brit. med. journ.* 23 février 1888) prouve à l'évidence que l'aura peut reposer sur une raison anatomique : il s'agissait d'un malade, âgé de 53 ans, qui, immédiatement avant l'attaque, se plaignait régulièrement d'une odeur répugnante indescriptible ; après la mort, on découvrit une tumeur dans la région temporo-sphénoïdale. Remarquons en passant que ce cas vient à l'appui de l'opinion de *Ferrier* concernant la localisation du sens de l'odorat.

L'attaque proprement dite est caractérisée par une perte de connaissance complète : au moment de la chute, le malade pousse souvent un cri guttural ou une sorte de

hurlement bestial. Ce cri ne doit pas être interprété comme l'expression de la frayeur, de l'angoisse ou de la surprise, il a lieu après que la perte de connaissance existe déjà : c'est tout simplement un acte d'origine réflexe ; on l'observe à peu près dans la moitié des cas et peut être remplacé par des larmes, surtout chez l'enfant.

Une contraction tonique de tous les muscles accompagne le cri ; la tête, au moment de la chute, est rejetée en arrière ou de côté, les mâchoires sont pressées l'une contre l'autre, le dos s'arque convulsivement et les doigts se ferment fortement sur le pouce, fléchi et ramené dans l'adduction. La respiration se suspend, les muscles respiratoires participent à la convulsion tonique des autres muscles, la face est cyanosée. Bientôt le corps entier est secoué par un tremblement convulsif, et, dans les muscles de la face aussi bien que dans ceux des extrémités, la raideur tétanique fait place à des contractions qui n'épargnent aucune partie du corps. La tête s'agite violemment et frappe le plancher ou le matelas ; la langue se remue convulsivement dans la bouche, est projetée au dehors et rentrée, les dents y marquent de profondes morsures ; l'œil roule dans l'orbite, les pupilles sont dilatées et ne réagissent plus. Les bras, les jambes et le tronc deviennent le siège d'une succession rapide de contractions violentes et désordonnées ; le réflexe cornéen et les réflexes cutanés ont disparu, les réflexes tendineux, au contraire, peuvent encore être provoqués, à moins que la raideur des extrémités ne s'y oppose. Le pouls est rare, la respiration relativement fréquente ; à chaque expiration, il s'écoule de la bouche une salive souvent écumeuse et mélangée au sang provenant des morsures de la langue ; ce sang se fixe sur les lèvres. La température reste normale ; dans les attaques de longue durée, elle peut cependant s'élever de 1 à 3 degrés Celsius. L'émission involontaire des urines, des matières fécales et du sperme est chose assez commune ; j'ai pu constater, dans un cas seulement, que l'attaque était chaque fois précédée et accompagnée de vomissements. Peu à peu, par suite des contractions musculaires excessives dont il est le siège, le corps se recouvre d'une sueur abondante ; puis, les convulsions perdent de leur énergie, la raideur tétanique des membres se dissipe lentement, la cyanose disparaît, la respiration, bien que toujours laborieuse et bruyante, devient plus régulière, le coma se dissipe et se change insensiblement en un sommeil long et profond, ou bien le malade reprend complètement connaissance ; après quelques minutes déjà, il paraît, dans certains cas, être rentré en pleine possession de lui-même ; jamais il ne se rend compte de ce qui lui est arrivé pendant l'attaque.

On peut retrouver, dans la période qui suit l'attaque, la même diversité et la même variabilité de symptômes qui caractérisent l'aura. Nous pourrions encore diviser ces symptômes postépileptiques en psychiques et en somatiques. Les premiers se font remarquer par leur extrême variété ; on peut rencontrer depuis la démence complète (démence postépileptique) jusqu'à un degré léger d'égarement ; dans le premier cas, le patient doit être considéré comme un dément véritable, irresponsable des actes qu'il pourrait commettre pendant cette période ; dans le second, il est assez comparable à l'ivrogne qui ne peut se rendre compte de ce qui se passe, mais qui répond aux questions répétées faites à haute voix. Immédiatement après le réveil, il existe assez souvent des troubles de langage que l'on peut interpréter en partie comme de l'aphasie motrice, en partie comme de l'aphasie sensorielle ; ils peuvent persister de quelques minutes à plusieurs heures. J'ai vu également de l'aphasie totale se montrer après l'attaque ; elle durait parfois une demi-heure ; le malade était assez bien en possession de lui-même, comprenait manifestement les questions qu'on lui posait, mais ne pouvait y répondre que par gestes. *Fürstner* parle également d'un bégaiement postépileptique (*Archiv. f. Psych. u. Nervenkrankh.* 1886. XVII, 2).

Parmi les symptômes somatiques qui s'observent immédiatement après l'attaque, il convient de citer, outre l'inégalité pupillaire qui peut acquérir une certaine valeur diagnostique, surtout pour les attaques nocturnes, un rétrécissement concentrique du champ visuel pouvant persister pendant 24 heures ; j'ai pu le constater manifestement dans certains cas. On a encore signalé certains symptômes d'excitation motrice (« mouvements corticaux », *Zacher*) consistant, soit en contractions cloniques typiques, soit en mouvements rappelant ceux de la chorée ou ceux de l'athétose ; ils se continuent parfois pendant plusieurs heures ; dans des cas exceptionnels, les contractions se montraient seulement d'un côté du corps, plus souvent aux extrémités supérieures qu'aux extrémités inférieures (*Lemoine, Deutsche Med. Ztg.* 1888, 20). Parmi les troubles vaso-moteurs, citons de l'érythème circonscrit, parfois symétrique, pouvant se montrer sur différents endroits du corps. On a encore signalé l'augmentation des réflexes tendineux, de l'albuminurie passagère, des vomissements répétés.

L'époque des attaques n'a rien de déterminé ; on peut dire que l'épileptique ne présente pas, dans toute sa vie, un seul instant pendant lequel il soit sûrement à l'abri de l'attaque. Il est impossible d'attribuer au jour ou à la nuit une influence

quelconque sur le retour des attaques ; dans des cas particuliers, les paroxysmes ne se montrent que la nuit, pendant le sommeil du patient ; cette épilepsie nocturne présente un certain intérêt pratique ; souvent elle reste longtemps ignorée du patient et de l'entourage, surtout si le patient dort seul ; le diagnostic présente alors certaines difficultés et doit s'appuyer sur quelques signes caractéristiques constatés au réveil, tels que les morsures de la langue, une céphalalgie vague, une légère vascularisation des conjonctives, l'inégalité des pupilles. Chez un de mes malades, atteint d'épilepsie nocturne, il se formait régulièrement sur le front, après chacune des attaques, une tache d'un rouge foncé, large comme la paume de la main, qui persistait pendant 1 à 2 jours. Les attaques nocturnes peuvent se répéter ainsi pendant des années, sans que la vie du patient en soit troublée d'une façon notable ; il est d'ailleurs beaucoup moins exposé que les autres à se blesser lors de la chute ; seulement, on ne peut jamais être sûr qu'à un moment donné, l'attaque ne se produira pas le jour également. L'attaque nocturne s'annonce par une respiration irrégulière, du ronflement, une sorte de grognement, des gémissements ; les convulsions peuvent faire complètement défaut, mais il se développe dans tout le corps une raideur tétanique à laquelle succède un relâchement des muscles ; le malade reste plongé dans son sommeil et n'a nullement connaissance de ce qui s'est passé.

Certains facteurs peuvent influencer défavorablement les attaques en les rendant plus fréquentes et plus violentes, aussi l'épileptique devra-t-il les avoir toujours présents à la mémoire ; tels sont les excitations sexuelles, les excès *in baccho*, les émotions vives, un travail intellectuel trop absorbant, etc.

Une nourriture lourde, indigeste, surtout quand elle est prise le soir, peut aussi compter comme très défavorable. Sous l'influence de ces différents facteurs, les attaques peuvent se rapprocher, se déclarer à une époque où elles ne se seraient certainement pas montrées si l'on s'était gardé de ces causes provocatrices.

L'influence climatérique et l'influence lunaire sur la production des attaques ne sont nullement prouvées. Il est avéré, au contraire, que les affections intercurrentes, le typhus, la pneumonie, la névralgie faciale, etc., lorsqu'elles se déclarent chez un épileptique, le rendent réfractaire à l'attaque pendant tout le temps de leur évolution.

Il existe aussi des facteurs qui peuvent influencer favorablement les attaques en les espaçant ou même en les empêchant complètement ; c'est ainsi que la ligature étroite

d'un membre, d'une main ou d'un doigt, lorsque cette partie est le point de départ de l'aura motrice, parvient en quelque sorte à juguler l'attaque. Parmi les causes qui peuvent retarder les paroxysmes, il convient de citer des épistaxis fréquents ; nous avons été plus d'une fois témoin de ce fait.

A côté des formes classiques de l'attaque épileptique dont nous avons jusqu'à présent donné la description, et qui sont désignées sous le nom de grand mal, il existe des formes larvées, rudimentaires, auxquelles on donne la dénomination de petit mal. Ce petit mal présente également des variétés sans nombre ; tantôt c'est un simple vertige passager, sans perte de connaissance, tantôt ce vertige est remplacé (ou est suivi) par une perte de connaissance de peu de durée, souvent de quelques secondes : c'est alors l'absence épileptique des auteurs français ; cette absence, dont le patient ne se rend aucun compte, se déclare à l'improviste, interrompant le malade au milieu de ses occupations ; on le voit, au milieu de son repas, de sa lecture, pendant qu'il parle, s'arrêter tout à coup, immobile, l'œil fixe, le regard dirigé devant lui ; l'attaque passée, il reprend son travail où il l'avait laissé, comme si rien ne s'était passé, achève la phrase commencée ou porte à la bouche la cuillère que l'attaque avait laissée un instant suspendue. Si l'absence le surprend dans la rue, le patient poursuit machinalement sa route, se trompe de chemin et ne s'oriente à nouveau qu'après que sa connaissance lui est revenue. Dans des cas excessivement rares — on n'en a encore signalé qu'en France — l'absence épileptique est longue, et, pendant sa durée, le patient fait des voyages, compromet sa fortune, conclut des affaires, etc. ; l'accès passé, il ne se souvient de rien, ne remplit aucun de ses engagements, et, parfois, s'attire des désagréments (automatisme comitial ambulatoire, *Charcot*). Bien que le petit mal ne paraisse avoir par lui-même aucune importance sérieuse, il exerce cependant sur l'état général et surtout sur le moral du patient, une influence pernicieuse : cette circonstance devra être prise en considération dans le pronostic.

Il existe des épilepsies dans lesquelles les convulsions caractéristiques de l'attaque font défaut et sont remplacées par de véritables mouvements : course en avant, puis à reculons, course en cercle (mouvement de manège), mouvement de boule pendant lequel le patient se replie sur lui-même, etc. D'autres fois, le malade se sauve de chez lui, court droit devant lui sans savoir où il va ; cette forme de la maladie, décrite par *Bourneville*, *Ladame*, et autres, est désignée sous le nom d'épilepsie procrursive ; elle se montre souvent dans la première jeunesse, pour se transformer plus tard en la forme

classique ; il est remarquable qu'on la trouve souvent combinée à la folie morale ; jusqu'à présent, l'autopsie n'a révélé d'altérations anatomiques.

L'attaque convulsive peut encore être remplacée par des troubles psychiques passagers, se traduisant soit par de l'excitation soit par de la dépression ; on parle alors d'équivalents épileptiques (1) (*Samt*) ; il appartient à la psychiatrie de les juger et de les expliquer. Ils présentent une importance toute spéciale au point de vue médico-légal.

On ne peut établir de règle quant à la fréquence des paroxysmes de l'épilepsie ; certaines personnes ne présentent que quelques attaques, 2, 3, 6, 10, pendant toute la durée de leur existence ; d'autres en subissent une chaque semaine, même plus souvent encore. La fréquence des attaques augmente parfois pendant certaines périodes ; d'autres fois, les attaques disparaissent complètement pendant des mois, des années, mais c'est beaucoup plus rare. L'épileptique peut aussi présenter, à certains moments, une sorte d'accumulation des attaques ; celles-ci se répètent à court intervalle, un jour, et moins encore ; à peine le malade est-il revenu à lui de sa première attaque qu'il en éclate une seconde, puis une troisième ; c'est à cet état que l'on donne le nom d'état épileptique, état de mal ; on observe souvent alors une élévation de la température qui va en augmentant pendant quelques jours et peut atteindre jusque 40° et même 41° centigr. Lorsque le patient ne rentre pas complètement en possession de lui-même pendant les quelques heures qui séparent les paroxysmes, mais qu'il persiste un certain degré d'obtusion et de désorientation de l'intelligence, la mort peut survenir au milieu de l'état épileptique, et l'on fera bien d'avertir les parents de la gravité de la situation. La guérison ne s'observe guère que dans les cas exceptionnels où la température revient à la normale (*Witkowski, Ueber epileptisches Fieber, Berliner klin. Wochenschr.* 1886, XXX, III, 43, 44).

Le **cours général** de l'affection, aussi bien que l'état général du patient entre les attaques et la façon dont celles-ci retentissent sur son activité intellectuelle et physique, tout cela est extrêmement variable.

Le **cours général** de l'épilepsie est essentiellement chronique ; il comporte, dans la majorité des cas, de longues années, souvent même toute la durée de l'existence ; plus tôt se montrent les premières attaques, et moins on a d'espoir de les

(1) Ou encore, d'épilepsie psychique, d'épilepsie larvée (X. F.).

voir disparaître entièrement. Dans l'épilepsie tardive, où le mal ne se montre que longtemps après la puberté ou à un âge assez avancé, on voit bien parfois les attaques cesser à un moment donné pour ne plus reparaitre, mais cette issue favorable est malheureusement rare ; rien ne peut d'ailleurs la faire prévoir. Lorsque l'épilepsie débute pendant l'enfance, l'époque de la puberté exerce d'ordinaire sur ses manifestations, une influence considérable ; les attaques se rapprochent, deviennent plus graves et souvent l'on peut constater, jusqu'à la ménopause, que chaque menstruation est le signal de nouvelles recrudescences. Il ne m'a pas encore été donné de contrôler d'une façon bien certaine l'influence que peut avoir la grossesse sur la marche générale de l'épilepsie ; dans certains cas, cependant, j'ai cru remarquer qu'immédiatement après la conception, il paraissait se produire une sorte d'accalmie ; mais le fait n'était pas général.

Dans l'intervalle des attaques, l'état des patients diffère suivant le cas. Un assez grand nombre d'épileptiques paraissent supporter parfaitement leurs paroxysmes pendant des années ; leur santé générale semble excellente, l'intelligence se développe bien, ou ne subit aucun dommage, l'humeur est gaie, sociable ; le malade recherche d'autant plus la société que rien, dans son état physique, ne l'engage à s'en retirer et que rien ne trahit chez lui l'affection dont il est porteur ; l'existence de l'épilepsie n'exclut pas le développement complet des dons de l'intelligence, l'histoire contient bon nombre d'épileptiques célèbres : César, Alexandre-le-Grand, Rousseau, Napoléon I^{er}, etc.

Dans d'autres cas, au contraire, l'état du patient laisse beaucoup à désirer dans l'intervalle des attaques ; le plus souvent, c'est la sphère psychique qui a le plus à souffrir et qui est atteinte en premier lieu ; tantôt c'est l'humeur qui s'altère ; l'épileptique se montre irritable, irascible, défiant, hargneux, taciturne, d'un commerce difficile ; tantôt ce sont ses facultés intellectuelles qui faiblissent et s'éteignent ; le malade comprend difficilement, devient simple, indifférent, inattentif, néglige son travail et est finalement incapable de continuer sa profession ou d'occuper sa place dans la société. Parfois, on observe des signes de dégénération physique, des altérations de la forme du crâne, du pavillon de l'oreille, de la forme et de l'implantation des dents, etc.

La **terminaison** habituelle de l'épilepsie est facile à déduire de ce qui a été dit antérieurement : le patient reste épileptique jusqu'à la fin de ses jours, les attaques se reproduisent de temps en temps jusqu'au jour où une maladie intercurrente