

## ÉPILEPSIE

L'épilepsie est connue depuis la plus haute antiquité. La tradition veut qu'Hercule en ait été atteint; les Romains suspendaient les comices, lorsqu'un des membres de l'assemblée tombait en attaque, d'où les expressions synonymes de *morbis herculeus* et de *mal comitial*. La brusquerie qui préside au début de ses crises a valu à la maladie son nom actuel (ἐπιληψία, de ἐπιλαμβάνειν, saisir, surprendre).

**Définition.** — Le mot épilepsie désigne pour les classiques une affection chronique souvent héréditaire, caractérisée par des paroxysmes convulsifs plus ou moins fréquents, encadrés par un ensemble de troubles nerveux et psychiques qui n'a rien de fixe. Après l'avoir longtemps considérée comme une névrose, on commence à rattacher l'épilepsie à un substratum anatomique dont les secrets se dévoilent peu à peu, mais qui est loin d'être encore définitivement établi.

Quelques auteurs, en particulier M. Féré, ne veulent voir dans le terme épilepsie que la désignation d'un syndrome toujours identique à lui-même, qu'il soit l'expression passagère d'une intoxication spéciale de l'économie (éclampsie puerpérale, urémique), d'une lésion cérébrale définie (tumeur cérébrale, périencéphalite diffuse), ou qu'il soit au contraire la manifestation extérieure d'une malformation congénitale ou acquise des centres nerveux, dont la nature nous échappe (épilepsie dite essentielle). Quel que soit le bien fondé de cette manière de voir, nous conformant à l'usage traditionnel et pour la clarté de la description, nous ne décrirons ici que la dernière de ces modalités, c'est-à-dire l'ancienne névrose épileptique, celle qu'il n'est possible de rattacher à aucune affection concomitante.

**Symptomatologie.** — I. ÉPILEPSIE PAROXYSTIQUE. — Les paroxysmes constituent les manifestations en quelque sorte fondamentales de l'épilepsie. Tantôt franchement convulsifs, ils caractérisent ce que l'on appelle le *grand mal*; d'autres fois, représentés par des phénomènes nerveux variables suivant les sujets, on les désigne sous les noms de *vertige* ou *petit mal*. Étudions d'abord la grande attaque.

A. GRAND MAL. — a. *Prodromes.* — L'attaque épileptique se passe quelquefois de tout préambule, mais c'est l'exception; presque toujours son approche est révélée au sujet par des sensations anormales

dont les unes la devancent à une distance plus ou moins grande (parfois plusieurs jours), dont les autres, appelées *auras*, la précèdent immédiatement. De ces phénomènes, les premiers n'ont rien de constant. Un tremblement local ou général, des grincements de dents surtout nocturnes, une maladresse manuelle inaccoutumée, de l'embaras de la parole, un changement inattendu du caractère, des bourdonnements d'oreille, du prurit nasal ou glottique, des quintes de toux, des érections rebelles avec ou sans pollutions, une digestion pénible, de la dyspnée, des hallucinations diverses forment autant de troubles qui à différents degrés sont susceptibles, les uns ou les autres, suivant les malades, d'annoncer l'approche de la crise à plus ou moins longue échéance.

b. *Auras.* — On entend par aura une sensation particulière qui naît en un point du corps ou de la périphérie des membres pour remonter à la tête. L'aura, susceptible d'intéresser l'appareil moteur, la sensibilité générale ou spéciale, et même l'état mental de l'individu, offre pour cette raison une extrême variété de formes.

Un tremblement à début périphérique (main) gagnant ensuite la racine du membre, secouant successivement ses divers segments (avant-bras, bras), constitue un type assez répandu d'*aura motrice*. Le clignotement, le mâchonnement en sont d'autres, le bâillement avec ou sans étirement des bras, l'éternuement, le hoquet, la toux sont autant d'exemples d'auras motrices spasmodiques. Dans quelques cas l'aura motrice peut être coordonnée et consister en une course véritable ou en mouvements giratoires.

L'*aura sensitive* est la variété, sinon la plus fréquente, du moins la plus classique. Elle est en général réalisée par une sensation de vapeur chaude ou froide, d'engourdissement, de fourmillement, de douleur ou de boule, remontant d'un point des membres ou du tronc vers la tête.

L'*aura sensorielle* se produit aux dépens de la vue, de l'ouïe, de l'odorat ou du goût. Un éblouissement, une amblyopie passagère, la vue d'une certaine couleur (le rouge), d'un objet étrange, d'une certaine personne peuvent prélude à l'attaque de certains épileptiques. Pour d'autres, ce sont des phénomènes d'hyperacousie ou de surdité, des bourdonnements d'oreille, des sifflements, l'audition hallucinatoire de mots grossiers ou d'injures qui ouvrent la scène. Quelques malades enfin perçoivent soudainement des odeurs infectes (œufs pourris, charogne), un goût amer, métallique ou nauséux. Il existe aussi de véritables *auras viscérales*; telles sont certaines crises de dyspnée, de spasme glottique, de palpitations, de douleurs précordiales, de gastralgie, de vomissement, de colique, de ténésme rectal, crises qui souvent précèdent immédiatement les convulsions.



Une excitation soudaine, un acte impulsif, une dépression mentale inattendue, une crise de mélancolie, de terreur, de répulsion pour l'entourage habituel, constituent les formes principales de l'*aura psychique*.

Tous ces genres d'*aura* peuvent former une foule de combinaisons. Souvent, l'*aura* est toujours identique chez un même sujet. Objectivement, on peut noter pendant l'*aura* un léger accroissement de la température et de la pression artérielle.

c. *Grande attaque*. — La grande attaque typique est constituée par la succession de trois phases à caractères bien tranchés : 1° la phase tonique ; 2° la phase clonique ; 3° la phase stertoreuse.

1° *Phase tonique*. — Qu'il y ait eu ou non *aura* préalable, le patient pâlit soudainement, jette un cri inarticulé et tombe comme une masse. Une raideur tétanique s'empare des muscles du corps entier. Sous les paupières spasmodiquement closes, les globes oculaires sont convulsés en haut, les pupilles dilatées et insensibles. La tête est fixée en arrière ou sur le côté, la face grimace, les arcades dentaires, appliquées l'une contre l'autre par le spasme des muscles masticateurs, enserrant l'extrémité de la langue. Les membres, rigides, sont animés de secousses vibratoires menues et rapides, appréciables au toucher. La cage thoracique est immobilisée dans l'expiration forcée, la figure est congestionnée et cyanosée.

En raison de ce spasme généralisé, la circulation est très gênée, la tension artérielle extrême. Il en résulte des ruptures vasculaires, origines d'ecchymoses palpébrales, d'épistaxis, d'hémorragies auriculaires, bronchiques et même cérébrales. La contraction des parois musculaires de l'abdomen provoque la défécation et la miction involontaires. La phase tonique, pendant laquelle le pouls est ferme et fréquent, dure quelques secondes ; puis les muscles se détendent et la phase clonique commence.

2° *Phase clonique*. — L'agitation gagne vite tout le corps. La tête est tantôt renversée violemment en arrière, tantôt animée de mouvements rotatoires rapides ; les paupières battent sur les yeux qui roulent, convulsés en haut. Les muscles de la face sont tirillés en tous sens, les dents grincent, la langue est tirée hors de la bouche et déchirée par les mouvements de diduction des mâchoires. La respiration est haletante, saccadée, bruyante ; l'air expiratoire produit en forçant la glotte contractée une sorte de rugissement, il chasse hors de la bouche une saveur sanguinolente. Quant aux membres, ils sont le siège de contorsions variées : habituellement, le pouce, en pronation, est recouvert par les autres doigts fléchis, mais ce caractère n'est pas constant.

Quoique généralisées, les convulsions prédominent le plus souvent

d'un côté du corps. Pendant la phase clonique, la tension artérielle reste élevée, le pouls est fréquent, les battements du cœur sont tumultueux, la perte de connaissance est complète, l'insensibilité absolue. La miction involontaire trahit le relâchement du sphincter urétral ; des borborygmes témoignent de contractions intestinales péristaltiques. En quelques minutes, les convulsions s'apaisent pour faire place au stertor.

3° *Phase stertoreuse*. — Épuisé par la crise, le malade tombe dans un assoupissement profond caractérisé par une respiration lente, ample, régulière et ronflante. Pendant ce sommeil spécial, il est plongé dans la résolution complète, insensible à toute excitation. La face est livide, recouverte d'une sueur visqueuse et fétide. Le stertor ne dure souvent pas plus de dix minutes, mais il peut se prolonger une demi-heure ; plus rarement, il persiste une heure ou deux. Dans l'ignorance absolue de ce qui vient de se passer, le patient, sorti de sa torpeur, promène autour de lui un regard hébété. Pendant les premières heures qui suivent, il demeure brisé et somnolent.

Tel est le type de la grande attaque complète ; dans la réalité ce tableau est sujet à mille variantes. C'est ainsi que la phase clonique précède parfois la tonique, que les convulsions peuvent respecter la face, tel ou tel membre, etc.

La nuit, l'accès sans témoins peut demeurer latent. La langue mordue, le lit souillé d'urines en restent les seuls vestiges. Cependant l'amnésie n'est pas toujours complète. Quelques épileptiques se souviennent des prodromes de l'attaque, de l'*aura*, ou même du cri initial.

B. PAROXYSMES INCOMPLETS. PETIT MAL. — À côté de la grande attaque d'épilepsie que nous venons de décrire, prennent place une série de troubles procédant par crises qui ne rappellent celle-ci que de loin, n'en reproduisent qu'une ou partie des phases, toujours d'une façon incomplète. Habituellement décrits sous le nom de petit mal épileptique, ces accidents sont loin d'avoir toujours la bénignité que pourrait faire pressentir ce terme. L'absence et le vertige en représentent les manifestations les plus communes.

L'*absence* consiste en une perte de connaissance fugace, sans chute, ni cri, avec pâleur soudaine du visage et fixité du regard. Au cours d'une conversation, ou de tout autre acte coordonné, le sujet s'interrompt, pâlit, reste muet ou immobile quelques instants, ou prononce quelques syllabes incohérentes (marmottement), puis reprend son entretien ou son occupation au point d'interruption, sans nulle conscience de l'incident, ne ressentant qu'un léger abattement consécutif.

Il y a plus dans le *vertige* que dans l'absence. Quelquefois, mais



non toujours, à la suite de sensations vertigineuses, le malade tombe sans connaissance; il peut présenter alors quelques secousses convulsives, assez légères habituellement pour passer souvent inaperçues, puis un stertor très court termine la crise. L'amnésie consécutive est également complète.

Quelquefois les phénomènes, plus voisins de la grande attaque, n'en diffèrent que par le défaut de signes accessoires, tels que le cri initial, la morsure de la langue, la miction involontaire, la chute, le stertor. Il s'agit néanmoins toujours de paroxysmes incomplets.

Ailleurs, les convulsions se cantonnent soit à la face, soit à l'un des membres, soit à une moitié du corps. Il est alors fréquent que la perte de connaissance manque. Ces cas ressortissent presque constamment à l'épilepsie symptomatique, qui ne doit pas nous occuper ici.

Les convulsions qui n'existent ni dans l'absence ni dans le vertige font également défaut dans deux autres formes de paroxysme épileptique, la *crise soporeuse* et l'*ictus apoplectiforme*. La première consiste en un besoin de sommeil inattendu et impérieux, auquel le malade ne tarde pas à succomber, sommeil accompagné de ronflement stertoreux. L'ictus apoplectiforme simule absolument l'apoplexie vraie, dont on ne le distingue que grâce aux commémoratifs et à ses suites.

Par contre, certains paroxysmes peuvent être uniquement moteurs. A l'attaque peut se substituer une *crise de tremblement* localisé ou généralisé d'une durée de plusieurs heures, ou une *course inconsciente*, désordonnée, consécutive à une aura et même à un cri, susceptible d'aboutir à une phase convulsive vulgaire. Surtout fréquente chez les enfants, cette variété est connue sous le nom d'*épilepsie procursive*.

C. MARCHE DES ATTAQUES. — Quelle que soit sa forme, l'attaque d'épilepsie ne se prolonge guère au delà de deux à trois minutes, rarement ce temps atteint cinq à dix minutes.

Rien n'est variable comme la fréquence des accès. Une première crise peut demeurer unique; quelques épileptiques ne sont atteints qu'une ou deux fois par an, d'autres, tous les mois; chez les femmes, souvent la période menstruelle est l'occasion des crises. Dans les cas sévères, les attaques se répètent tous les jours, une ou plusieurs fois. Toutes les manifestations du mal comitial se montrent de préférence la nuit, et cela avec une prédominance incontestable. L'épilepsie n'affecte pas toujours chez un même malade une forme constamment identique à elle-même. Aux grandes attaques peuvent s'associer en proportions variables les vertiges et les absences.

Cependant quelques sujets ne sont jamais atteints que d'accidents de petit mal.

La marche de l'épilepsie est modifiée par certains phénomènes physiologiques ou pathologiques. La période menstruelle, les excès de toute nature, les émotions morales vives, les fatigues appellent les paroxysmes et sont propres à les multiplier. Les maladies infectieuses fébriles, au contraire (fièvre typhoïde, variole, érysipèle, etc.), en suspendent habituellement le cours, au point de faire croire à une guérison momentanée.

La multiplication excessive de paroxysmes se succédant pour ainsi dire sans interruption, et devenant subintrants, constitue l'état de mal épileptique.

*État de mal.* — L'état de mal débute d'emblée, ou fait suite à des crises banales. Le chiffre des attaques peut atteindre et dépasser cent en vingt-quatre heures, le malade ne reprend pas conscience entre chaque phase convulsive. Dans ces cas, la situation est toujours grave; la température peut atteindre 40 ou 41 degrés; l'accélération du pouls et des mouvements respiratoires est du plus fâcheux augure. La mort met parfois un terme à ces séries; elle est annoncée par la cessation graduelle des convulsions, l'hyperthermie extrême et le stertor avec résolution complète. Le retour moins fréquent des paroxysmes, l'abaissement de la température, le réveil progressif de la connaissance annoncent la guérison. En ce cas, l'épuisement consécutif est proportionnel à la durée de l'état de mal. Celle-ci peut se prolonger deux, trois et même huit ou neuf jours. L'état mental du patient en demeure souvent profondément atteint.

Les *phénomènes d'épuisement consécutif* aux paroxysmes épileptiques ont été, de la part de M. Féré, l'objet d'une étude attentive. Ils portent sur tous les modes de l'activité animale (mouvement, sensibilité générale et spéciale, intelligence, nutrition). Toute attaque d'épilepsie est suivie d'un affaiblissement musculaire constant, qui va parfois jusqu'à la paralysie, très passagère il est vrai, mais réelle (hémiplegie, paraplégie). La diminution ou l'abolition des réflexes, l'embarras de la parole ou même l'aphasie véritable, fugace, observés dans les mêmes conditions, traduisent également l'épuisement des centres médullaires et corticaux. Une anesthésie cutanée, variable en étendue, en intensité et en durée, est aussi la suite habituelle de toute attaque. Ont été notés de même l'amblyopie passagère, le rétrécissement momentané du champ visuel, la dyschromatopsie, l'achromatopsie et la surdité passagère. La stupeur consécutive prolongée, compliquée de troubles de la mémoire et de l'intelligence, révèlent l'épuisement des centres psychiques. La diminution du poids du corps, l'accroissement du taux de l'azote et de l'acide phospho-



rique dans les urines post-épileptiques, l'abaissement de la proportion d'hémoglobine dans le sang témoignent du trouble jeté dans la nutrition générale.

De ces phénomènes, la plupart s'effacent en quelques heures, d'autres subsistent plus longtemps, telles l'anémie et la stupeur. Leur intensité est toujours directement proportionnelle à la violence et au nombre des paroxysmes. Aussi l'état de mal peut-il aboutir à la démence.

D. ÉQUIVALENTS ÉPILEPTIQUES. — On donne le nom d'équivalents épileptiques à des processus sensoriels viscéraux ou psychiques, qui, par leurs allures paroxystiques, leur alternance avec des attaques franches d'épilepsie, et leur apparition chez des sujets de souche névropathique, méritent plus ou moins d'être rattachés au mal comitial. C'est ainsi que, dans certaines conditions données, l'angine de poitrine, l'asthme, le spasme de la glotte, le faux croup, la gastralgie nerveuse, la migraine, le tic douloureux de la face, l'incontinence nocturne d'urine méritent d'être considérés comme des manifestations larvées de l'épilepsie.

*Paroxysmes psychiques.* — Pour la majorité des observateurs, bien moins discutable et moins discutée est la nature épileptique des paroxysmes psychiques. Très fréquemment, du reste, ils précèdent ou suivent un incident convulsif ou vertigineux classique; d'autres fois, ils éclatent chez un épileptique avéré.

Sous sa forme élémentaire, la crise mentale est représentée par un *acte impulsif* bizarre, bref et violent; soudainement, le malade tient des propos grossiers, profère des injures, ou se livre à des manœuvres obscènes, à des voies de fait exécutées avec une brutalité, une vigueur et une sûreté étonnantes. Il revient à lui, totalement inconscient de ce qui s'est passé, pour tomber soit en convulsions, soit dans le stertor.

Dans un autre ordre de cas, l'inconscience ou l'absence peuvent être de bien plus longue durée. Pendant plusieurs heures, plusieurs jours ou même plusieurs semaines, le sujet, en proie à un véritable *automatisme ambulatoire*, exécute des actes compliqués, raisonnables en apparence, tels que voyages, délits criminels combinés plus ou moins adroitement, ayant souvent pour point de départ une hallucination initiale. Exemple: cet épileptique qui prit le train pour le Havre, s'embarqua dans ce port et ne revint à lui qu'en vue de Bombay, stupéfait de s'y trouver.

Le diagnostic de la nature véritable de pareils accidents est, on le comprend, d'importance capitale au point de vue médico-légal. Ils se distinguent par quelques stigmates dont la précision laisse, il est vrai, souvent à désirer, mais dont la valeur n'est pas contestable.

Souvent précédés de prodromes tels qu'inquiétude, irritabilité anormale ou véritable aura sensorielle, les actes paroxystiques des épileptiques sont en général exécutés avec une soudaineté prodigieuse, sans nul calcul des circonstances extérieures, avec une violence qui dépasse le but. Aussi brusque que son début, le terme de l'acte est suivi de phénomènes d'épuisement identiques à ceux qui subsistent après l'attaque convulsive banale. Aucun souvenir ne survit habituellement, sans qu'il soit prouvé que l'inconscience soit absolue. L'amnésie, dans quelques cas, n'est pas complète, quelque irrésistible qu'ait été l'impulsion. Parfois l'épileptique, reprenant conscience, se reconnaît l'auteur d'un acte dont il a les effets sous les yeux et cherche même à l'expliquer.

Chez quelques malades, les paroxysmes psychiques consistent en attaques de *manie aiguë*. Après quelques prodromes, ou sans préambule, éclate une crise de loquacité bruyante et incohérente, ou de violences inouïes entrecoupées d'injures grossières, justifiées par des hallucinations terrifiantes. C'est le *grand mal intellectuel*, caractérisé objectivement par une anesthésie absolue de toute la surface du corps. Sa durée peut ne pas dépasser quelques heures; mais se prolonge-t-elle plusieurs jours, la situation s'aggrave, la voix est éteinte, la langue sèche; la température atteint 39 ou 40 degrés, le malade, épuisé par une dépense nerveuse extraordinaire, tombe dans une dépression profonde qui aboutit fréquemment à la mort. Par contre, l'accès court est suivi d'un retour brusque à la raison et à la santé, ne laissant après lui qu'un peu de céphalée et le souvenir vague d'un incident anormal.

Telles sont les principales modalités paroxystiques du mal comitial. Il nous reste à étudier les caractères physiques et moraux permanents, communs à la plupart des épileptiques.

II. ÉPILEPSIE INTERPAROXYSTIQUE. — Les asymétries faciales et crâniennes, regardées par Lasègue comme d'importants stigmates d'épilepsie, n'ont qu'une valeur très relative. Le mal comitial est compatible avec un état physique absolument normal. La forme de tête « en pain de sucre », l'atrophie ou l'hypertrophie de la boîte crânienne, les anomalies dentaires, l'ogive palatine, le thorax asymétrique ou en carène, la syndactylie, les anomalies de nombre ou de longueur relative des doigts, les oreilles en cornet, l'inégalité pupillaire, tous ces stigmates de dégénérescence ne se rencontrent que d'une façon inconstante chez les épileptiques.

À l'existence et à l'importance de ces tares, on peut mesurer la force de la prédisposition; c'est d'elle que relève la précocité des accidents convulsifs.

La vigueur des épileptiques est un préjugé populaire. Il est plus



juste de les représenter comme des êtres débiles, apathiques, sujets aux grandes déchéances morbides telles que la chlorose, la scrofule, la tuberculose. Leur sensibilité est toujours plus ou moins troublée et obtuse. Des plaques d'analgésie, l'amblyopie, le rétrécissement du champ visuel (dans un tiers des cas, selon M. Féré), l'achromatopsie, la dyschromatopsie sont des phénomènes qu'il est fréquent de constater chez eux, aussi accentués que chez les hystériques.

Moralement et intellectuellement, les épileptiques sont rarement bien équilibrés. D'un naturel à la fois mobile et irritable, ils sont d'habitude méfians, tristes, parfois sombres jusqu'au suicide; ils manquent en même temps de suite et d'énergie. Chez les moins atteints, les conceptions sont lentes, la mémoire affaiblie, surtout après les attaques. On en voit cependant traverser des phases d'hypermnésie et d'hyperidéation.

Ces stigmates mentaux ne font jamais défaut, mais deviennent d'autant plus importants et définitifs que les attaques sont plus répétées. A ce point de vue, la multiplication des crises vertigineuses est aussi grave, sinon plus, que celle des crises convulsives. Trop souvent, elle aboutit à la démence.

La *démence épileptique* consiste en une déchéance de toutes les fonctions nerveuses. Elle atteint simultanément l'attention, la mémoire, l'enchaînement des actes, les instincts et l'affectivité. Elle peut céder momentanément lorsque les attaques s'espacent, pour reparaître à la suite d'une série nouvelle (*démence par épuisement*). Ailleurs, elle relève de lésions corticales constituées et sa marche est progressive (*démence dégénérative*).

L'*idiotie* par atrophie congénitale du cerveau coïncide parfois avec l'épilepsie, dont les paroxysmes fréquents contribuent à l'entretenir.

**Étiologie.** — L'influence de l'hérédité sur la genèse de l'épilepsie a été mise en relief par la plupart des auteurs classiques. Rarement il est permis de relever l'hérédité similaire (épileptique né d'un épileptique); bien plus habituelle est l'hérédité de transformation. Sont susceptibles d'engendrer des épileptiques tous les membres de la famille névropathique : les aliénés, les hystériques, les somnambules, les paralytiques généraux, les ataxiques. L'ivrognerie serait un facteur d'une valeur incontestable. La diathèse goutteuse, certaines infections acquises comme la syphilis ou la tuberculose, les intoxications chroniques, telles que l'alcoolisme et le saturnisme, se retrouvent souvent chez les ascendants des épileptiques. Non toujours directe, l'hérédité saute parfois une génération (hérédité en retour) ou frappe un rameau collatéral (hérédité croisée).

Quelques circonstances accidentelles seraient capables de préparer la prédisposition chez le rejeton. C'est ainsi que l'on a incri-

miné : l'ivresse pendant la conception, le mauvais état de la mère durant la grossesse, les émotions vives pendant la même période, émotions en rapport, il est vrai, avec le degré de nervosité du terrain, les traumatismes au moment de l'accouchement, la mauvaise hygiène de l'enfant et même de la nourrice. La valeur de ces derniers facteurs est bien plus douteuse.

Le sexe, le climat semblent n'avoir aucune influence sur le développement du mal comitial. La variété dite idiopathique éclate le plus habituellement dans l'adolescence; mais cette règle est loin d'être absolue. A ce point de vue, les différentes phases de la vie génitale paraissent influencer sur le début et la marche du mal. La première crise se montre souvent à l'occasion de la puberté, d'une époque menstruelle, de l'aménorrhée, de la dysménorrhée et même de la ménopause. La grossesse n'a pas sur l'épilepsie d'action constante, elle l'aggrave, ou, au contraire, l'améliore. L'alcoolisme et surtout l'absinthisme, le saturnisme seraient très capables d'éveiller la prédisposition. Il en serait de même de certaines maladies infectieuses, telles que la scarlatine, l'impaludisme et la syphilis secondaire. Pour M. Marie, l'épilepsie dite essentielle aurait presque toujours pour origine une infection qui, ayant évolué dans la première enfance, aurait produit des lésions encéphaliques laissant une trace indélébile.

Certains accidents locaux, tels que traumatismes (plaies nerveuses, contusions crâniennes ou cérébrales), troubles viscéraux (pleurotomie, entérite, vers intestinaux, colique hépatique ou néphrétique, tumeur cérébrale, affection de l'utérus ou des annexes) ou sensoriels (corps étrangers des fosses nasales ou de l'oreille externe, otites), seraient susceptibles d'éveiller les manifestations d'une épilepsie latente. Mais nombre de faits en rapport avec ces causes appartiennent nosologiquement au domaine de l'épilepsie symptomatique.

L'épilepsie une fois confirmée, les paroxysmes éclatent à des occasions plus ou moins bien déterminées. La cause du premier accès est souvent obscure; cependant, d'une façon générale, l'influence des émotions dépressives (chagrin, peur, anxiété) ne paraît pas douteuse. Celles-ci provoquent la crise d'emblée, ou à plus ou moins longue échéance. Le rôle de la période menstruelle est également incontestable. Néanmoins, il n'est pas rare de ne pouvoir attribuer l'accès à aucun motif quelconque. Parfois on note, au contraire, une cause toujours identique chez le même individu; souvent alors il s'agit d'une hallucination terrifiante (vue d'un cadavre, du sang, chute dans un précipice) qui, dans certains cas, reproduit un fait réel ayant éveillé le mal pour la première fois.