

après une grande fatigue, l'autre après une attaque d'apoplexie, a pu conduire les médecins à attribuer à la même cause des états qui n'ont qu'une ressemblance mensongère.

Mais cette opinion singulière, qui n'était établie sur rien d'expérimental, a eu une étrange influence sur l'idée que l'on se formait de l'action des poisons.

L'opium faisait dormir, c'est qu'il causait une congestion du cerveau; les solanées vireuses, les colchicacées, les renonculacées, la digitale, l'acide cyanhydrique, etc., etc. causaient de la stupeur, c'est qu'ils provoquaient une congestion cérébrale. Il en était de même des venins; il en était de même des poisons animaux, soit qu'ils fussent formés de toutes pièces dans l'économie vivante, dans le cours des maladies septiques, soit qu'ils nous vissent du dehors. Du moment qu'il y avait stupeur profonde, c'était de la congestion. J'ai dit ce que je pensais de la congestion sanguine et de son innocuité, et il n'est nullement besoin d'invoquer la congestion pour expliquer l'action des poisons, car, puisqu'ils sont absorbés et qu'ils circulent avec le sang, ils se mettent en contact avec toutes nos parties, qu'ils troublent plus ou moins profondément, indépendamment du liquide qui leur sert de véhicule, et souvent, comme le démontrent les expériences de Magendie, en raison inverse de la masse de sang qui est accumulée dans l'encéphale, par exemple.

Pardonnez-moi, messieurs, d'avoir si longtemps insisté. L'opinion que j'avais émise devant vous au début de cette conférence avait semblé d'abord étrange : je suis persuadé qu'elle ne l'est plus autant à vos yeux, et que maintenant, comme moi, vous demeurez convaincus que les phénomènes apoplectiques subits et transitoires sont le plus souvent liés à l'épilepsie ou à l'éclampsie.

## XLI. — DE L'ÉPILEPSIE.

§ 1. Observations. — La grande attaque d'épilepsie. — Caractères auxquels on peut reconnaître la maladie simulée. — Trois périodes : convulsions toniques, convulsions cloniques, stupeur. — Synonymie : *morbus major*, *morbus comitialis*, *morbus herculeus*, mal caduc, haut mal, etc., etc. — Accidents consécutifs : ecchymoses sous-cutanées, hémorrhagies cérébrales, etc. — Les lésions encéphaliques et médullaires sont les effets et non la cause de l'épilepsie. — Causes occasionnelles. — État du mal (*status epilepticus*). — Petites attaques.

MESSIEURS,

Nous avons eu dans ces derniers temps, dans le service de la Clinique, plusieurs individus atteints d'épilepsie.

L'un d'eux était ce jeune homme de dix-huit ans qui était couché au n° 18 de la salle Sainte-Agnès, et qui nous a présenté cette forme particulière de la maladie que l'on a désignée sous le nom d'*épilepsie partielle*. Elle était caractérisée, chez lui, par des convulsions des muscles du visage exclusivement limitées au côté gauche, sans être accompagnées d'aucun phénomène semblable à ce qu'on observe dans la grande attaque, sans qu'il y eût aucun trouble des facultés intellectuelles. En interrogeant ce jeune homme sur ses antécédents, nous apprenions que la maladie s'était manifestée il y a six ans pour la première fois. Ce fut d'abord la grande attaque qui, d'après ce que le malade nous raconta, se produisit avec tous les caractères que chacun connaît et que je vous rappellerai. Puis ces attaques, d'abord d'une grande violence, changèrent de nature, elles devinrent plus faibles, et bien que de temps à autre il survint des convulsions, tout consistait généralement en des vertiges épileptiques.

Messieurs, avant d'aller plus loin, j'appelle déjà votre attention sur cette *transformation* de l'épilepsie, fait depuis longtemps signalé par les médecins qui se sont occupés de la question, par Calmeil entre autres. Je dois vous faire observer toutefois que ces médecins ont spécialement indiqué la transformation du *petit mal* en *grand mal*, tandis que chez notre jeune homme c'est l'inverse qui a eu lieu, la grande forme convulsive ayant précédé la forme vertigineuse.

Je vous rappellerai encore un autre malade, cet Américain qui a parcouru pendant assez longtemps les différents services des hôpitaux de Paris, après avoir épuisé bien des juridictions médicales dans son pays, et qui, en définitive, est allé, m'a-t-on dit, mourir à Londres. C'était ce grand et vigoureux garçon que l'on appelait *l'homme bleu*, parce que sa

peau avait pris une coloration d'un bleu ardoisé sous l'influence du traitement par le nitrate d'argent auquel, pendant de longues années, il avait été soumis aux États-Unis.

Vous avez été plusieurs fois témoins de ses accès. Tout à coup il poussait des cris, il se débattait en tournoyant sur lui-même, s'accrochant, quand il le pouvait, aux montants des lits de la salle, perdant complètement conscience de ses actes. Cela durait quelques secondes, puis le malheureux revenait à lui pour rester pendant plusieurs heures dans un état d'hébétude et comme d'abrutissement.

Vous vous souvenez quelle était son idée fixe. On lui avait parlé de la castration comme d'un moyen employé pour guérir l'épilepsie, et il ne se passait pas un seul jour qu'il ne réclamât de nous cette opération. C'est lorsqu'il a compris que nous étions parfaitement décidé à ne pas céder à ses instances qu'il a quitté l'hôpital et bientôt la France.

Presque à la même époque que les deux malades précédents, nous en avons un troisième au n° 20 de notre salle Sainte-Agnès. Son histoire mérite d'être rapportée dans d'assez longs détails.

Cet homme, âgé de trente-six ans, était venu tout exprès de Buconville (dans le département des Ardennes), pour se faire traiter à Paris.

Il présentait toutes les apparences d'une constitution robuste, et il nous disait que jamais, en effet, il n'avait été malade. Même pendant un séjour de quatre ans et demi qu'il avait fait à la Guadeloupe, où il servait dans un régiment d'infanterie de marine, sa santé était restée parfaite. La seule petite indisposition dont il eût été affecté était un *rhume de cerveau* habituel, qui durait depuis longues années, et qui cessa brusquement à l'époque où il éprouva les premières atteintes du *haut mal*; cette coïncidence lui faisait rapporter l'origine de cette dernière maladie à la suppression brusque de son coryza. Il affirmait ne s'être jamais adonné aux liqueurs alcooliques.

Aucune personne de sa famille, dans les ascendants directs ou collatéraux, n'avait, affirmait-il encore, jamais été affectée de troubles nerveux; son enfant, qui était alors âgé de quatre ans, jouissait d'une santé parfaite et n'avait jamais eu le moindre phénomène convulsif.

Il faisait remonter à cinq ans le début de sa maladie. A cette époque, il avait été brusquement éveillé, une nuit, par des cris épouvantables que jetait sa femme et qui lui causèrent une frayeur extrême. A quelques jours de là il eut ses premières attaques.

D'abord elles furent caractérisées par un sentiment de froid intérieur, de frissonnement, pour employer ses propres expressions, de grelottement, occupant tantôt les bras, tantôt les jambes, les cuisses, tantôt le creux de l'estomac, tantôt enfin divers points du corps. Cette sensation, qui s'étendait à tout son être, durait quelques minutes, sans qu'il perdît conscience de lui-même. Ces attaques se renouvelèrent à des intervalles

irréguliers, lui laissant rarement plus de quatre ou cinq jours de répit. La plus petite émotion pénible, la moindre variation de température, un courant d'air froid, comme un coup de soleil trop chaud, suffisaient pour en provoquer le retour.

Elles augmentèrent progressivement d'intensité, et à ces accès légers s'en ajoutèrent bientôt d'autres dont le nombre, la fréquence et la violence s'étaient singulièrement accrus depuis quelques mois; ce furent de grandes attaques convulsives, semblables à celles dont le malade a été pris à son entrée dans nos salles, et dont nous avons été différentes fois témoins pendant la visite.

Le jour de son arrivée, comme il venait de se coucher, il se leva tout à coup pour se cramponner aux tringles qui traversent le ciel des lits, puis, agitant ses bras de tous côtés, il se mit à pousser d'effroyables vociférations. Son visage était d'un rouge pourpre, ses yeux étaient hagards, sa voix forte et sa parole brève; il avait tout l'aspect d'un maniaque en délire. L'accès avait débuté par un de ces frémissements dont il nous avait parlé, les jambes en avaient été le siège, et ce fut aussi par elles que commencèrent les convulsions. Son agitation délirante était telle que les malades de la salle en furent épouvantés. Il s'était précipité hors de son lit, et lorsqu'on l'y eut remis, on fut obligé de l'y maintenir avec la camisole de force dont on eut beaucoup de peine à le revêtir, tant ses mouvements étaient violents. Dans son délire furieux, ayant perdu complètement conscience de ses actes, il accablait d'invectives les personnes qui lui donnaient leurs soins. Cet accès dura à peu près vingt minutes; sans transition sensible le calme revint. Il parlait nettement, et, se voyant attaché, il demanda tranquillement qu'on le débarrassât de ces liens désormais inutiles, car il sentait que sa crise était passée. Tout à l'heure, messieurs, je vous rappellerai ces phénomènes de fureur en revenant sur ce que je vous ai déjà dit dans notre dernière conférence, je vous ferai voir quelle valeur ces phénomènes ont au point de vue de la médecine légale, quand il s'agit d'apprécier la liberté morale de certaines personnes qui, sans motif, se sont portées tout à coup à des actes violents, et quelquefois même ont commis des meurtres.

Le lendemain, notre homme nous racontait l'histoire de sa maladie, entrant dans les détails que je vous ai rapportés; ajoutant, ainsi que je vous le disais, que, depuis quelques mois seulement, ses attaques avaient pris ce caractère de violence et étaient accompagnées de perte absolue de connaissance. Une fois, entre autres, sa femme, en rentrant chez elle, fut étonnée de voir du sang sur le parquet de leur chambre; il en était surpris lui-même, lorsqu'en portant sa main à sa tête, il constata l'existence d'une plaie qu'il s'était faite dans une chute, au moment d'une attaque dont il avait perdu le souvenir.

Généralement ses accès étaient annoncés par les sensations dont je vous

BIBLIOTHECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L.  
BIBLIOTHECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L.  
BIBLIOTHECA  
FAC. DE MED. U. A. N. L.

ai parlé; puis sa connaissance l'abandonnait, les convulsions commençaient, et immédiatement survenait le délire. La crise durait vingt, trente, quarante, cinquante minutes, jusqu'à une heure. Le calme renaissait ensuite, mais laissait le malade dans un état de lassitude, de courbature générale, accompagné ordinairement d'une douleur de tête qu'il comparait à celle que produirait une pression exercée par un cercle de fer.

Ses accidents survenaient plus habituellement la nuit que le jour.

Enfin, depuis quelque temps, sa mémoire semblait l'abandonner, et, dans quelques cas, ses idées s'embarassaient; il avait plus de peine à les rassembler, plus de difficulté à les exprimer. Ses facultés viriles étaient épuisées. Pendant son séjour dans nos salles, nous fûmes à même de faire scrupuleusement observer et d'observer nous-même ce qui se passait durant ses attaques. Elles ne se produisaient jamais de la même façon. Une fois il fut pris dans le promenoir, et l'un de ses camarades qui l'accompagnait nous raconta ainsi ce qui était arrivé : Tout à coup, au milieu de la conversation, il l'avait vu pâlir, ses yeux étaient hagards, ses dents claquaient les unes contre les autres, ses bras étaient agités de mouvements désordonnés. On le fit asseoir sur un banc du jardin : son visage devint rouge; il parlait encore, et même, au moment où il portait ses mains sur la capote de son compagnon, comme pour l'en dépouiller, celui-ci lui ayant demandé ce qu'il prétendait faire, il lui répondit qu'il fallait retirer ce vêtement. Sa parole était nette, cependant l'agitation était telle qu'on avait beaucoup de peine à le maintenir assis. Son accès dura dix minutes et fut suivi d'un état d'hébétéude, d'un abrutissement complet. Quand on le fit remonter dans la salle, il n'opposa aucune résistance; sa démarche était celle d'un homme pris de vin; revenu à lui, il ne se rappelait rien de ce qui s'était passé.

Une autre fois nous venions de causer avec lui; il était assis sur une chaise au pied de son lit, lorsque subitement nous le vîmes trépigner; son visage était d'une excessive pâleur, ses traits bouleversés, son air hagard. Il cherchait convulsivement de côté et d'autre, sous ses couvertures, sous ses vêtements, en disant : « Où est-elle... ma cuiller?... » Nous essayâmes en vain de l'interroger, il ne répondait pas et semblait insensible à ce qui se passait autour de lui. Il repoussait néanmoins les mains qui le touchaient. Cette fois il n'eut pas de mouvements convulsifs. L'accès dura deux ou trois minutes et le laissa dans une sorte d'abrutissement.

Ces faits, messieurs, ont pu paraître très-singuliers et très-exceptionnels à quelques-uns d'entre vous. Ils se rencontrent cependant assez communément. Aussi dois-je aujourd'hui appeler particulièrement votre attention sur eux. Chez ces trois malades, comme chez d'autres que vous avez également vus dans nos salles, nous avons affaire à de l'épilepsie.

Je vais, en vous signalant les différentes formes qu'elle revêt, essayer de vous apprendre à reconnaître jusque dans ses éléments les plus simples,

les moins significatifs en apparence, cette maladie, l'une des plus redoutables qui affligent l'espèce humaine.

Le mot *épilepsie* entraîne dans l'esprit du public, et il faut le dire, dans l'esprit d'un grand nombre de médecins, l'idée d'une maladie caractérisée par des attaques convulsives, en général de courte durée, avec perte subite et complète de connaissance, avec turgescence du visage, distorsion de la bouche et des yeux, immobilité des pupilles, excrétion abondante d'écume sanglante par la bouche. Telle est, en effet, la définition, définition très-imparfaite, de la *grande attaque*. Mais cette grande attaque ne constitue qu'une des formes de l'épilepsie; à côté de celle-ci il en est d'autres qui se rencontrent plus communément peut-être, et qui, toutes différentes qu'elles paraissent être au premier abord, ont entre elles la plus grande analogie. Malgré leurs variétés, elles sont en définitive l'expression d'une seule et même maladie.

Cette grande attaque est elle-même souvent méconnue, ou plutôt on confond avec elle d'autres affections convulsives, telles que les convulsions hystériques et surtout les diverses espèces d'éclampsie. Les convulsions éclamptiques, quant à leur forme, rappellent, il est vrai, de façon à s'y méprendre, les attaques d'épilepsie; mais éclampsie et épilepsie n'en sont pas moins deux maladies essentiellement différentes.

Il importe donc, messieurs, que je m'efforce de vous faire bien connaître cette première forme de l'épilepsie, de telle sorte que vous puissiez, d'une part, éviter ces erreurs de diagnostic que je vous signale; que, d'autre part, dans quelque condition que votre carrière vous place, médecins civils ou médecins militaires, vous soyez en mesure de vous prononcer catégoriquement lorsqu'il s'agira de distinguer une *attaque simulée* d'avec une *attaque vraie*. Nos confrères des armées vous diront, en effet, combien il est fréquent de voir des individus qui, pour se faire exempter du service de l'armée, se prétendent épileptiques et simulent des attaques<sup>1</sup>; mais l'attaque vraie se reconnaît à certains phénomènes qui n'échappent pas à l'observation attentive du clinicien, et que pourraient simuler ceux-là seuls qui les connaîtraient parfaitement. Esquirol croyait même que ceux-là encore n'y parviendraient pas complètement. Il y fut cependant trompé, et voici dans quelles circonstances. Un jour, après sa visite à la maison de Charenton, nous nous entretenions de ce sujet avec M. Calmeil et lui. Tout à coup M. Calmeil tombe sur le tapis dans de violentes convulsions. Esquirol, après un instant d'examen, se tourne de mon côté et me dit : « Le pauvre garçon, il est épileptique! » A peine avait-il achevé sa phrase, que M. Calmeil était debout, lui demandant s'il croyait encore qu'il fût impossible de simuler l'épilepsie. Bien qu'Es-

1. Voyez Boisseau, *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître*, leçons professées au Val-de-Grâce, Paris, 1870.

quirol s'y fût mépris dans ce cas, je maintiens sa proposition, et je répète que même un médecin parfaitement au courant de ce qui se passe dans une attaque ne pourra la feindre qu'imparfaitement, car il est des phénomènes qu'on ne saurait produire à volonté; je vous les indiquerai chemin faisant.

Voyons ce qui arrive le plus ordinairement dans une grande attaque : Tout à coup, sans aucun signe prémonitoire, le malade pousse un grand cri et tombe ordinairement la face en avant : c'est là déjà un fait capital, un fait caractéristique, car le faux épileptique se garde bien de se jeter ainsi, ou, s'il le fait, il a bien soin de porter ses mains devant lui de manière à se protéger dans sa chute. L'épileptique n'a pas le temps de prendre de semblables précautions; il est précipité avec une telle violence que, sans que rien puisse le garantir, sa tête va frapper sur les obstacles qu'il rencontre. Quelquefois il tombe en arrière, d'autres fois sur le côté, mais je le répète, c'est le plus souvent en avant : aussi est-ce principalement sur le nez, le front, le menton, les joues, en un mot sur les parties saillantes du visage, que vous trouverez les plaies ou les cicatrices des blessures que se font si habituellement ces malheureux malades. Au moment où ils tombent ainsi, complètement privés de connaissance, ils peuvent éprouver les accidents les plus graves, fractures du crâne, des membres, luxations. Est-il besoin de vous rappeler ces histoires dont nous avons tous entendu parler, d'individus précipités dans le foyer de leur cheminée en se faisant d'horribles blessures; d'autres même que l'on a trouvés morts dans leur feu, et dont le visage à moitié calciné était méconnaissable?

Sans anticiper d'avantage sur ce que j'aurai à vous dire de ces accidents que l'épilepsie entraîne à sa suite, revenons à la description de l'attaque.

Le malade a été pour ainsi dire foudroyé, il est à terre, et là nous assistons à une première scène qu'il est nécessaire d'étudier et de bien connaître : quoique de très-courte durée, elle n'en est pas moins très-caractéristique. Au moment de sa chute, l'épileptique est non pas rouge, comme on l'a dit et répété à tort, mais d'une pâleur cadavéreuse. C'est là encore un phénomène qui manque nécessairement, vous le comprenez, dans l'épilepsie simulée. Immédiatement commencent les convulsions. Revêtant alors la forme tonique, elles consistent dans une contraction très-énergique des muscles, qui sont violemment tendus sans alternatives de relâchement. Elles prédominent d'un côté du corps, caractère d'une grande valeur dans l'attaque d'épilepsie, car il ne manque presque jamais; quelquefois même ces convulsions toniques sont non-seulement prédominantes, mais encore elles restent exclusivement bornées aux muscles d'un seul côté. Vous verrez, par exemple, soit le bras droit, soit le gauche, tordu sur lui-même, la main renversée, le pouce, dans une adduction forcée, fléchi sous les doigts qui le recouvrent en se pliant eux-mêmes violemment; de plus, le bras est porté en arrière. Le mem-

bre inférieur est également convulsé; le pied, tendu, se cambre avec une excessive énergie; la jambe, dans une extension forcée, se tord sur elle-même. La roideur musculaire est impossible à vaincre; tout en se contractant convulsivement avec une certaine lenteur, les muscles sont animés de frémissements fibrillaires que l'on peut facilement sentir; lorsqu'on les tâte pour les examiner, ils ressemblent, en égard à leur dureté, à des cordes de fer. La torsion, la pronation forcée des membres est tellement énergique, que des lésions traumatiques peuvent en être la conséquence, et que j'ai vu récemment encore se produire une luxation spontanée de l'épaule, sans que cette luxation ait eu lieu au moment même de la chute.

Ces accidents peuvent même survenir dans le sommeil pendant les attaques nocturnes, et j'aurai à insister plus tard sur leur signification au point de vue du diagnostic. En voici un exemple : — A la fin de 1862, j'étais consulté par un monsieur, âgé de cinquante ans, qui me racontait le fait suivant : Un matin, il s'était réveillé avec de la courbature et une douleur à l'épaule droite, douleur tellement violente, qu'il lui était absolument impossible de remuer le bras. Il avait eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu, et le médecin qu'il mandait dans la circonstance présente, ayant examiné la partie douloureuse, crut, comme lui, que cette fois encore il s'agissait d'un rhumatisme. Cependant, la douleur, la roideur extrême de l'articulation persistèrent opiniâtrément, et lorsque, plusieurs mois après, le malade, revenu à Paris, consulta M. le docteur Maisonneuve, ce chirurgien constata l'existence d'une luxation dont, en raison de son ancienneté, la réduction présenta de grandes difficultés. A quelque temps de là, le même accident se renouvela dans des circonstances identiques. Cette fois, la réduction de la luxation put être faite immédiatement.

Certes, messieurs, l'épaule ne se démet jamais pendant le sommeil, et quand mon malade m'eut raconté ce qui lui était ainsi par deux fois arrivé, je n'hésitai pas un instant à attribuer cette luxation survenue dans d'aussi singulières conditions à des attaques nocturnes d'épilepsie. Les renseignements qui m'étaient communiqués par ce monsieur lui-même confirmaient mon diagnostic. Il avait eu, en effet, à plusieurs reprises, depuis les accidents nocturnes dont je viens de vous entretenir, des évanouissements subits, des phénomènes vertigineux, sur la nature desquels il n'était possible de conserver aucun doute.

Messieurs, je reviens un instant sur cette particularité que les convulsions toniques, dans la grande attaque d'épilepsie, sont généralement prédominantes d'un côté du corps, et quelquefois exclusivement limitées à ce côté. C'est là un fait qu'ignorent et que ne sauraient d'ailleurs imiter ceux qui simulent des attaques : ils croient toujours devoir être pris également des deux côtés. Ces convulsions toniques occupent non-seu-

lement les membres, mais encore les muscles du tronc. Le muscle sterno-cléido-mastoidien, par exemple, se contracte de la même façon que ceux des membres, et cette contraction a pour résultat de fléchir la tête du malade sur l'épaule correspondante au côté le plus affecté, en dirigeant la face du côté opposé. C'est là encore un fait ignoré de celui qui simule une attaque. Les muscles du thorax, ceux de l'abdomen, également pris de convulsions, présentent la même rigidité tétanique; les mouvements respiratoires, l'inspiration et l'expiration sont absolument suspendus. On n'observe plus que les frémissements fibrillaires que je signalais tout à l'heure, et que l'on perçoit en appliquant la main sur la poitrine de l'épileptique. C'est alors, après que les contractions toniques ont duré quelques secondes, après que la cage thoracique est restée maintenue dans cette complète immobilité, que la face commence à se colorer, que la rougeur succède à la pâleur cadavéreuse; c'est alors, mais alors seulement, et non au moment où l'individu tombe par terre, que l'on observe la turgescence des vaisseaux du cou, que l'on voit le visage devenir d'un rouge livide, lividité effrayante, qui persistera pendant un assez long temps.

Cependant, au moment où se produisaient les convulsions toniques des membres et du tronc, la face était grimaçante, ses muscles étaient convulsés comme les autres; à ce moment aussi la langue, violemment portée en avant par la contraction involontaire des muscles génio-glosses, sortait turgescence, violacée, entre les mâchoires entr'ouvertes, mais elle n'était point encore coupée, blessée par les dents, comme fréquemment elle le sera plus tard. Toutefois, assez souvent, déjà dans ce premier stade de l'épilepsie, lorsque la bouche, distendue et hideusement entr'ouverte, vient à se fermer lentement, la langue, prise entre les arcades dentaires, est profondément mordue.

Voilà ce que l'on pourrait appeler la *première période* d'une grande attaque d'épilepsie, *période de convulsions toniques*. Lorsque celles-ci ont duré dix, vingt, trente, quarante secondes au plus, la *seconde période* commence: c'est la *période de convulsions cloniques*. Tous les muscles, les membres conséquemment, sont agités de grands mouvements alternatifs de flexion et d'extension. C'est cette période de convulsions cloniques qui caractérise l'attaque d'épilepsie que chacun connaît, et que l'on peut simuler plus aisément. Elle dure une demi-minute, une minute, une minute et demie, deux minutes tout au plus; de telle sorte que la durée totale de l'attaque est de deux à trois minutes, le plus souvent moins encore. Cette limite de temps que je fixe paraîtra probablement très-courte à ceux d'entre vous qui ont assisté à ces accès, c'est que trois minutes d'un spectacle aussi horrible que celui d'un individu tombé du *haut mal* sont bien longues en effet, et semblent durer encore trois ou quatre fois plus qu'elles ne durent en réalité. L'observation, prise la

montre à la main, permet cependant de vérifier l'exactitude du fait que j'avance, fait que M. Calmeil avait lui-même signalé, en le posant comme une loi générale.

C'est du côté où tout à l'heure les convulsions toniques prédominaient que les convulsions cloniques sont maintenant les plus violentes. Elles se succèdent d'abord de seconde en seconde, quelquefois plus rapidement encore; les muscles du visage en sont affectés, comme ceux des membres et du tronc; la contraction exagérée des muscles de la poitrine, modifiant les mouvements respiratoires, rend la respiration bruyante et saccadée.

Ces convulsions des muscles deviennent de plus en plus larges; elles prennent une amplitude graduellement croissante jusqu'au moment où tout à coup se fait une grande extension, une grande détente; le malade pousse un profond soupir; l'attaque est terminée; l'attaque convulsive, du moins, car alors commence une troisième période.

C'est le plus souvent pendant cette période de convulsion clonique que l'épileptique se blesse la langue. Portée violemment, ainsi que je vous l'ai dit, hors de la bouche entre les mâchoires entr'ouvertes par la contraction de ses muscles extrinsèques, elle va se trouver serrée, mâchée, coupée par les dents, lorsque les muscles élévateurs et abaisseurs de l'os maxillaire inférieur vont être pris de convulsions cloniques. Les blessures qui en résultent rendent compte des hémorrhagies plus ou moins abondantes, de l'écume sanglante que nous voyons chez un grand nombre de malades. Ces hémorrhagies, ce sang mélangé à la salive, qui se sécrète en grande abondance, ont encore pour source soit les fosses nasales, soit les gencives meurtries par suite de la rupture d'une ou de plusieurs dents que le malheureux s'est brisées dans sa chute ou pendant la convulsion elle-même.

Les convulsions cloniques, qui ont succédé aux convulsions toniques, terminent l'attaque convulsive proprement dite; mais le malade, alors jeté dans un état apoplectiforme, ressemble à un animal qu'on viendrait d'assommer; il rappelle un individu frappé d'hémorrhagie cérébrale avec un énorme épanchement ou plongé dans l'abrutissement de l'ivresse. Sa respiration est stertoreuse, et dans les mouvements d'expiration, ses lèvres entr'ouvertes donnent passage à une bave écumeuse et ensanglantée. Il reste ainsi pendant un temps plus ou moins long, quelques minutes, un quart d'heure, une demi-heure, dans la stupeur la plus profonde, dans l'immobilité la plus absolue. Ses facultés intellectuelles, sa sensibilité, sont complètement éteintes pendant et immédiatement après l'attaque. Vous pouvez le pincer, le piquer, le brûler, il ne s'en aperçoit pas. Quand, ce qui n'est malheureusement pas rare, il tombe dans le feu, il peut, sans en témoigner, sans en éprouver la moindre douleur, se faire d'atroces brûlures. En soulevant ses paupières, on voit ses pupilles dilatées, ne se contractant plus sous l'influence de la plus vive

lumière. Il n'entend rien; il est également indifférent aux excitants odorants les plus énergiques, et vous lui mettez impunément sous le nez un flacon d'ammoniaque. Ce sont encore là des choses que ne pourrait imiter celui qui simule l'épilepsie.

Enfin, le malade ouvre les yeux. D'abord il promène autour de lui son regard hébété, confus. S'il est encore par terre, il essaye de se relever: mais ses mouvements sont ceux d'un homme ivre; il semble honteux de sa situation et cherche à éviter les regards des assistants, à se dérober à leur curiosité. Si on l'interroge, il balbutie quelques mots inintelligibles; c'est à peine s'il peut donner les plus simples renseignements sur ce qui le concerne, tels que de dire son nom, d'indiquer son adresse, ou même il ne répond pas du tout. Cependant il se laisse faire, il se laisse, par exemple, mettre en voiture et reconduire chez lui sans résistance, mais aussi avec une parfaite indifférence, comme s'il n'avait aucune conscience de ce qui se passe.

Pendant quelques heures, un jour, deux jours quelquefois, il conserve du mal de tête, de la confusion dans les idées et surtout dans la mémoire. Quelquefois aussi il reste momentanément paralysé d'un des côtés du corps. Généralement, le lendemain, il est revenu dans son état normal.

Voilà, messieurs, la grande attaque d'épilepsie, le *grand mal*, le *morbus major* de Celse, que vous trouverez désigné dans les auteurs par un grand nombre de synonymes. C'est le *morbus santicus* (le mal funeste); le *morbus lunaticus*, *astralis*, parce que, à ce qu'on prétendait, les attaques étaient influencées par les mouvements des astres, par ceux de la lune en particulier; c'est le *morbus caducus* (le mal caduc); le *morbus comitalis* (mal comital), qui faisait, à Rome, suspendre les comices, lorsque, pendant ces assemblées, un individu tombait frappé de la maladie; c'est le *morbus herculeus*, *heracleus* (le mal d'Hercule), parce que, dit-on, ce héros en était atteint; le *morbus sacer*, le *morbus divus*, le mal envoyé par les dieux; le *mal Saint-Jean*, le *mal Saint-Gilles*, ainsi qu'on l'appelait au moyen âge, ainsi qu'on l'appelle encore dans certains départements du midi de la France; c'est enfin le *morbus dæmoniæcus* (le mal démoniaque), quand on regardait ceux qui en étaient atteints comme des possédés du démon. Toutes ces dénominations s'appliquent au *haut mal*, la forme la plus saisissante, la plus vulgairement connue de l'épilepsie.

Ce que tout le monde ne sait pas, ce qu'il importe par conséquent de dire, c'est que très-souvent les *attaques d'épilepsie*, surtout au début, *se produisent la nuit*, et un individu peut en éprouver ainsi pendant huit ou dix ans sans que personne, pas même lui, soupçonne l'existence de cette redoutable maladie.

Certains phénomènes, certains accidents permettent, cependant, de

reconnaître une attaque passée. Il en est ainsi des contusions, des blessures plus ou moins graves que le malade a pu se faire en tombant ou dans ses mouvements convulsifs exagérés, et dont il porte tout au moins les traces sur quelque partie du corps; il en est ainsi des luxations de la mâchoire dont on a cité des exemples, et dont vous comprenez le mécanisme, des luxations de l'épaule, comme dans le cas que je vous rapportais tout à l'heure, accident rare à la vérité.

Mais, indépendamment de ces accidents, il en est d'autres que vous observerez beaucoup plus communément, et qui ont, dans l'espèce, une haute signification.

Au commencement de l'année 1863, MM. Tardieu, Legrand du Saulle et Caffé étaient commis par le tribunal pour se prononcer sur l'état mental d'une dame qu'il s'agissait d'interdire. Pendant longtemps leurs investigations étaient restées stériles, et bien qu'ils constatassent un certain affaiblissement de la mémoire, cependant ce n'était pas de la démence, et ils étaient fort embarrassés pour donner un avis catégorique, quand il leur fut dit que cette dame perdait quelquefois ses urines la nuit et le jour. Ce fut pour ces messieurs un trait de lumière; en présentant leurs questions, il devint évident que la malade avait souvent des attaques nocturnes d'épilepsie pendant lesquelles elle laissait échapper ses urines; souvent aussi, dans la journée, elle éprouvait un étourdissement qui durait quelques secondes et pendant lequel ses urines s'échappaient également à son insu. L'épilepsie reconnue de cette façon, on comprit mieux comment, sous l'influence d'attaques qui restaient méconnues, la raison se troublait quelquefois d'une manière fort grave.

M. Legrand du Saulle, qui racontait ce fait à la Société de médecine pratique, rappelait, en même temps, que, à Contrexéville, il avait observé l'épilepsie chez une jeune femme qui urinait assez fréquemment au lit, et chez laquelle il avait pu constater l'existence de quelques éraillures de la langue, résultant évidemment de morsures qu'elle s'était faites, et cela précisément les nuits où avait eu lieu l'émission involontaire de l'urine.

L'incontinence nocturne de l'urine, incontinence qui peut d'ailleurs, et cela se conçoit, se produire aussi bien dans les attaques de jour; j'ajouterais l'incontinence des matières fécales, les sujets se trouvant au matin mouillés et souillés dans leur lit sans avoir le moins du monde conscience de ce qui leur est arrivé pendant le sommeil: voilà donc des accidents qui, se produisant, non-seulement chez des individus dont l'épilepsie est reconnue, mais encore chez d'autres qui semblent jouir de la plus parfaite santé, de la plénitude de leurs facultés, doivent mettre un médecin en garde contre la possibilité d'attaques nocturnes.

J'appelle maintenant toute votre attention sur d'autres phénomènes que les auteurs modernes ont laissés passer inaperçus.

Si vous examinez attentivement un épileptique au sortir de ses atta-