

ques, et mieux encore, plusieurs heures après, le lendemain, par exemple, vous trouverez assez souvent sur son front, sur son cou, sur sa poitrine, de petites taches rouges, ressemblant à des piqûres de puces, ne disparaissant pas sous la pression du doigt et présentant tous les caractères des *taches ecchymotiques*. C'est là un accident d'une très-grande valeur; si les auteurs modernes en ont fait trop peu mention, il n'avait point échappé à l'observation des anciens. « Videmus, post validos » paroxysmos epilepticos (dit van Swieten), vasa cutanea minora quandoque rumpi, et puncta ruberrima per totam superficiem corporis dispersa manere, quæ sensim postea evanescent, ubi vero rupta vasa, vel dilatata eorumdem extrema, sanguinem rubrum eructaverint in tunicam cellulosam, tunc latiores maculæ et ecchymoses apparent. » Medici in praxi versati frequenter hæc symptomata observaverunt.¹ » Ainsi, non-seulement on trouve le petit pointillé rouge dont nous parlons, mais encore de larges ecchymoses qui se sont produites par le même mécanisme que le premier, et indépendamment de toute contusion. Ceci, je le répète, a une très-grande importance. D'abord, l'existence de ces taches ecchymotiques est un signe certain d'une attaque d'épilepsie. Un individu vous raconte que le matin il s'est éveillé avec de la céphalalgie, une certaine pesanteur de tête; il vous dit que pendant la nuit il a eu de l'incontinence d'urine ou des garde-ropes involontaires; il a un certain embarras de la parole, et cet embarras de la parole est dû, non à de la paralysie, mais au gonflement douloureux de la langue, qui a été déchirée, mordue, quelquefois coupée en plusieurs points; enfin, vous apercevez sur la peau du front et du cou des taches ecchymotiques: vous pouvez alors, non pas présumer, mais affirmer que le malade a eu pendant la nuit une attaque d'épilepsie.

Ces taches ecchymotiques vont donner, en outre, l'explication des accidents apoplectiformes qui caractérisent la troisième période de l'attaque.

Je vous ai dit, en effet, que la plupart des individus tombés du haut mal restaient, pendant un temps plus ou moins long, plongés dans le carus, d'où ils sortaient en conservant une céphalalgie assez semblable à la pesanteur de tête qui suit les excès de table ou de boisson. Chez d'autres, — nous reviendrons sur ce sujet qui mérite que nous y insistions; — chez d'autres, à la stupeur succèdent des accidents nerveux d'un autre genre. Ils sont pris d'hallucinations, de délire furieux, maniaque, quelquefois porté jusque-là que les malheureux veulent attenter à leur existence ou à celle des personnes qui les entourent. Quelques-uns, pendant un, deux, trois jours, gardent des troubles cérébraux, de la perte ou de l'obtusion de la mémoire, de l'incohérence des idées, de la perversion des facultés intellectuelles. Or, en considérant ces ecchy-

1. Van Swieten, *Commentaria in Herm. Boerhaave Aphorismos*, Parisiis, 1769.

moses du tissu cellulaire sous-cutané, on peut se demander s'il ne s'est pas produit quelque lésion analogue dans la substance cérébrale, dans les méninges, dans le cordon rachidien, et si ces lésions ne pourraient pas rendre compte, jusqu'à un certain point, des symptômes cérébraux qui se sont manifestés; si elles ne pourraient pas expliquer la paralysie qui, se montrant en quelques circonstances, dure pendant quatre, six, huit, dix jours après les attaques, pour céder, en général, complètement jusqu'à ce qu'elle se reproduise sous l'influence d'un nouvel accès, mais pouvant aussi persister jusqu'à la mort.

Ces lésions encéphaliques ou médullaires ont été constatées dans plusieurs autopsies. Calmeil¹ et d'autres, qui ont écrit sur l'épilepsie, les ont indiquées. Non-seulement on a trouvé à la surface du cerveau un piqueté semblable aux ecchymoses sous-cutanées, mais encore on a vu des épanchements sanguins dans les méninges, dans la substance cérébrale ou médullaire; on a vu enfin du ramollissement de l'encéphale et de la moelle.

Nous en avons nous-même un exemple chez une jeune fille qui mourait au n° 30 de la salle Saint-Bernard, quatre jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu. Cette petite malade, âgée de seize ans, d'un aspect extérieur annonçant une chétive constitution, était sujette depuis trois mois à des attaques d'épilepsie. Dans sa famille, un de ses parents assez proche était atteint de la même maladie. Chez notre jeune fille les attaques avaient une excessive violence et se renouvelaient quatre ou cinq fois par vingt-quatre heures. Nous assistâmes à une de ces crises, et le diagnostic ne put être douteux pour personne. Les convulsions duraient une minute au plus; elles étaient accompagnées de contraction des mains et des pieds, des muscles du cou, de roideur du côté de la poitrine vers sa base, roideur qui rendait la respiration anxieuse et difficile. Le quatrième jour de son arrivée dans nos salles, la malade succombait dans un état de profonde stupeur, après avoir eu des attaques presque coup sur coup, et gardant de la contracture des membres, dans les courts intervalles que ces attaques laissaient entre elles. A l'autopsie, nous trouvâmes un ramollissement considérable de la moelle, dont la substance s'écoulait en quelque sorte au travers de l'incision que nous avons pratiquée à ses enveloppes. La dissection, l'ouverture du canal rachidien avaient été faites avec le plus grand soin, de manière à n'altérer en aucune façon les tissus, et à nous préserver de toute chance d'erreur. Le cerveau présentait à la coupe, vers le centre du lobe postérieur gauche, un petit foyer hémorrhagique, dont les parois étaient en voie de ramollissement. Partout ailleurs la substance cérébrale avait sa consistance normale, et était médiocrement injectée. Les principaux viscères ne présentaient aucune altération anatomique appréciable.

1. Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859, tome II.

Les symptômes apoplectiformes persistants, les paralysies plus ou moins permanentes, sont donc bien probablement, jusqu'à un certain point, sous la dépendance d'altérations matérielles appréciables des centres nerveux. Ces altérations matérielles, congestions, hémorrhagies, ramollissement, ne sauraient être considérées comme les causes de l'épilepsie elle-même; nous en dirons autant des épanchements séreux qui se rencontrent quelquefois dans la cavité crânienne ou dans les ventricules cérébraux des individus qui ont succombé à la suite des attaques. Ces lésions anatomiques sont les effets de la maladie et rien de plus; c'est là un point qui a depuis longtemps été parfaitement mis en lumière par les médecins qui se sont occupés de la question. Je parle seulement ici de l'épilepsie proprement dite, car nous verrons que dans ce que nous avons appelé l'épilepsie symptomatique, les accidents épileptiformes sont liés, plus ou moins directement, à l'existence de lésions encéphaliques, tumeurs osseuses, tumeurs cérébrales cancéreuses, syphilitiques, tuberculeuses, etc., qu'il est ordinairement possible de diagnostiquer pendant la vie, et de retrouver après la mort.

Pour l'épilepsie idiopathique, la seule dont nous nous occupons pour le moment, quelques auteurs¹, Bouchet et Cazauvielh par exemple, ont prétendu avoir toujours trouvé des lésions caractéristiques: ce serait, suivant eux, une induration phlegmasique de la substance blanche; mais cela ne ressort en aucune façon des faits exposés par ces anatomopathologistes, et la généralité, pour ne pas dire la totalité des médecins, admet aujourd'hui que les recherches nécroscopiques les plus délicates ne nous donnent que des renseignements négatifs sur les conditions organiques du développement de la maladie. Je ne nie pas que les troubles cérébraux qui constituent l'épilepsie soient subordonnés à une affection matérielle des centres nerveux; en parlant de la congestion apoplectiforme, je comprends peu une lésion fonctionnelle sans une modalité de l'organe qui préside à la fonction; mais ce que je soutiens, c'est que cette modalité nous ne pouvons, au moins actuellement, en saisir la nature, c'est que les lésions anatomiques que nous rencontrons à l'autopsie des épileptiques sont les effets de la maladie et non ses causes.

Les observations les plus récentes tendent à démontrer l'influence des lésions du bulbe dans la production de l'épilepsie. Schröder van der Kolk a remarqué sur les épileptiques une coloration anormale de la face antérieure du quatrième ventricule, l'augmentation de volume des capillaires qui la tapissent et de ceux qui pénètrent dans l'épaisseur du bulbe. M. Auguste Voisin ajoute que toute autopsie d'épileptique permet de constater ces lésions, et que la constance de ce fait semble démontrer

1. Bouchet et Cazauvielh, *De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale, nature et siège de ces deux maladies* (Archives de médecine, 1825, tome IX et tome X).

son importance dans la pathogénie de l'épilepsie. M. A. Foville place également dans le bulbe le siège anatomique de l'épilepsie¹.

D'un autre côté, dans les expériences dont je vous ai déjà parlé à propos de la *congestion cérébrale apoplectiforme*, M. Brown-Séguard détermine chez les animaux des accidents semblables à ceux de l'épilepsie par le traumatisme de certaines régions de la moelle. Ainsi s'il coupe une des parties latérales ou les deux côtés de la moelle épinière au voisinage de la dixième vertèbre dorsale, et même dans des points plus rapprochés du bulbe chez des cabiais, ces animaux ont des accidents épileptiformes, au bout de trois semaines environ; et pour déterminer alors les attaques, il suffit d'irriter la peau de la face et du cou, voire même de souffler sur cette région, ce qui prouve que ce n'est pas la douleur qui les provoque. C'est cette région que M. Brown-Séguard a appelée *zone épileptogène* et qui est limitée par deux lignes allant l'une de l'œil à l'oreille, l'autre jusqu'au cou en revenant par un demi-cercle à l'oreille. Ainsi les lésions expérimentales de la moelle n'engendrent pas immédiatement ces attaques, mais rendent l'animal apte à les éprouver après un certain temps. Dans un cas, M. Brown-Séguard a noté la transmission à ses petits par une femelle de cabiai de cette maladie artificiellement produite chez elle².

Malgré ces observations et ces expériences, dont on ne saurait nier la valeur, M. Auguste Voisin fait judicieusement remarquer qu'on ne peut révoquer en doute l'existence d'une épilepsie d'origine intracrânienne.

Nous passerons rapidement sur ce qui a trait aux *causes déterminantes* de l'épilepsie. L'influence du plus grand nombre de celles qui ont été signalées n'est rien moins que positivement démontrée, et ce serait tourner dans le cercle des banalités que de les rappeler toutes. Ainsi, on a dit que l'épilepsie se déclarait plus fréquemment chez les femmes à l'époque de la puberté, au moment de la première apparition des règles, que, plus tard, l'âge de la ménopause devenait à son tour l'occasion de sa manifestation. Le rôle de la menstruation est fort contestable. L'épilepsie s'observe chez des individus de tout âge; il faut reconnaître toutefois qu'elle se montre le plus ordinairement dans l'adolescence, chez les jeunes filles comme chez les jeunes garçons. Si elle est plus commune qu'on ne le croit généralement dans les premières années de la vie, — je vous en citerai plus loin des exemples, — elle n'épargne pas non plus les individus avancés en âge. Le 16 mai 1857, M. le docteur Fantin (de Seineport) m'amenait dans mon cabinet un vieil agriculteur de soixante-treize ans, qui depuis quatre ans seulement avait des accidents épilepti-

1. Aug. Voisin, art. ÉPILEPSIE, dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XIII, 1870.

2. Brown-Séguard, *Journal de la physiologie de l'homme*, 1858; — *Archives de physiologie*, 1863; — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1869.

ques. Ils avaient commencé par de grandes attaques survenant pendant la nuit; le matin, le malade se réveillait tout hébété, la langue mordue et douloureuse. Sous l'influence d'un traitement par la belladone exactement suivi pendant trois ans, les grandes attaques avaient entièrement cessé, et cet individu n'avait plus que ce qu'il appelait des *bêtises*. Tous les mois, quelquefois à des intervalles un peu plus rapprochés, il avait une *absence* qui durait jusqu'à quinze à vingt minutes et pendant laquelle il disait des paroles incohérentes. Puis il revenait à lui sans ressentir aucune fatigue, mais aussi n'ayant aucun souvenir de ce qui s'était passé depuis le début de l'attaque.

Une des plus grandes célébrités militaires de notre époque eut, à l'âge de quatre-vingts ans, les premières attaques de l'épilepsie, dans l'une desquelles il succomba trois ans après.

Les écarts de régime, les excès de boisson, l'abus des plaisirs vénériens, la masturbation, la continence prolongée, un travail intellectuel forcé, une contention d'esprit trop longtemps soutenue, les émotions morales vives, ont été souvent mis en jeu; reste à savoir la part qui leur revient en réalité. Mais parmi ces causes occasionnelles, l'influence de la peur ne saurait être niée par personne; tous les médecins l'ont notée; pour ma part, j'ai été plus d'une fois à même de vérifier le fait que j'admets, tout en me gardant d'en exagérer la fréquence et de le croire aussi commun qu'il paraîtrait l'être en s'en tenant au dire des malades et de leur entourage.

Dernièrement encore, je voyais chez moi un Brésilien dont les premières attaques semblaient s'être manifestement développées sous l'empire de cette cause occasionnelle. Il me racontait ainsi son aventure. Pendant un grand voyage qu'il avait entrepris dans l'intérieur de son pays, il était entré pour se reposer dans une auberge isolée; là, tandis qu'il attendait qu'on lui préparât son repas, vinrent à passer un certain nombre d'individus armés qui s'étaient pris de querelle. Des paroles ils en arrivèrent aux coups, et l'un de ces hommes, blessé mortellement d'un coup de fusil et de coups de couteau, tomba expirant sous ses yeux. Cet événement lui fit une impression terrible; à quelques jours de là, étant à table chez un de ses amis, il fut pris d'un vertige épileptique. Depuis cette époque jusque cinq ans après, ces accidents se répétaient presque chaque jour. Ils étaient caractérisés par une sensation de forte chaleur, qui partait de l'ombilic, montait dans le dos et se terminait par une perte absolue de connaissance durant environ deux minutes. Ces vertiges étaient quelquefois si rapides, si passagers, que les assistants ne s'apercevaient de rien. Cinq ans plus tard survinrent de grandes attaques, que l'on prit d'abord pour de l'apoplexie, et qui revenaient tous les vingt ou trente jours. Les vertiges n'avaient pas reparu.

Un médecin de Rio-Janeiro conseilla un traitement dont le malade ne

m'indiqua pas la nature; mais pendant quatre ans et onze mois, il n'eut aucune atteinte de son mal. Puis les grandes attaques se manifestèrent de nouveau, apparaissant avec la même intensité et avec la même régularité qu'auparavant; elles persistèrent ainsi pendant six ans. A cette époque, elles diminuèrent de violence, mais elles se renouvelèrent à des intervalles plus rapprochés, quelques-unes se produisant pendant la nuit. Jamais, affirmait le malade, personne n'avait présenté dans sa famille aucun accident analogue à ceux dont il était affecté.

Il est facile de rassembler des faits analogues. Ainsi, sur soixante-sept épileptiques observés par Leuret¹, trente-cinq fois les premières manifestations de la maladie s'étaient faites à la suite d'une vive frayeur.

Cependant, messieurs, je ne voudrais pas vous laisser sous l'impression de l'opinion trop absolue de Leuret. J'ai grand soin, lorsque je vois un épileptique, de m'enquérir des causes de sa maladie. Lui-même attribue le plus souvent à la frayeur les accidents qu'il éprouve; mais quand j'examine de plus près, je ne tarde pas à me convaincre que dans la presque universalité des cas, les attaques ne sont survenues que plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années après l'accès de terreur. Je constate que cette terreur n'a pas été en définitive plus grande, plus souvent répétée, qu'on ne le voit chez un très-grand nombre d'enfants qui n'ont jamais eu d'attaques. Les malades redisent ce qu'ils ont entendu dire par leurs parents; or, le plus souvent, lorsque je puis interroger les parents eux-mêmes et obtenir d'eux la vérité, j'apprends que dans la famille il y a eu des fous, des épileptiques, des idiots, et que la prétendue terreur a été invoquée pour dissimuler la véritable cause qui consiste dans une tache originelle.

Je ne veux pas davantage nier l'influence exercée par les émotions de la mère sur l'enfant qu'elle porte dans son sein; mais je crois que cette cause, comme tant d'autres, comme la précédente, a été singulièrement exagérée.

Étudions maintenant les formes de la maladie. Je vous ai dit que la grande attaque d'épilepsie durait rarement plus de deux ou trois minutes; je reprends cette proposition, en l'affirmant encore, en ajoutant qu'une attaque même de quatre à six minutes est chose tellement rare, qu'un médecin pourrait vivre plusieurs années au milieu d'épileptiques sans en observer jamais une aussi longue.

Vous avez cependant entendu parler de faits dans lesquels des attaques ont duré deux, trois jours, et se sont terminées par la mort. C'est là ce qu'on a appelé, à la Salpêtrière et à Bicêtre, l'état de mal.

Il semble qu'entre ces faits et la proposition que j'ai émise et que je

1. Leuret, *Recherches sur l'épilepsie* (Archives générales de médecine, 1843).

soutiens toujours, il y ait contradiction. Cette contradiction n'est qu'apparente. L'état de mal, le *status epilepticus*, est constitué non par une seule attaque, mais par une série d'attaques, ce qui est bien différent; voici ce qui arrive alors.

L'épileptique tombe du haut mal, absolument comme une femme en couches est prise d'éclampsie; dans l'un et l'autre cas, la stupeur consécutive aux convulsions dure dix minutes, une demi-heure, trois quarts d'heure et plus. Avant que la stupeur ait cessé, survient une nouvelle attaque en tout semblable à celle qui l'avait précédée; elle est, pour ainsi dire, subintrante et se confond avec la première. Or, comme on n'a pas l'habitude de regarder la troisième période de l'attaque d'épilepsie comme distincte de la période convulsive, l'individu semble être encore en plein accès, alors que, plongé dans le carus, il ne subit que les conséquences de cet accès. Il n'est donc pas remis du trouble que lui a fait éprouver son attaque, qu'une seconde survient, bientôt suivie d'une troisième, d'une quatrième, d'une cinquième; puis, à mesure que celles-ci se répètent, la congestion encéphalique augmente, le carus apoplectique se prolonge, persistant deux, trois, quatre, huit, douze, quelquefois vingt-quatre heures; bientôt le malade ne sort plus de cet état de mal. Il y a eu, en réalité, une série d'attaques, et non point une seule et même attaque, ainsi qu'on est porté à le croire.

Toutefois, dans certains cas, mais dans des cas excessivement rares, les convulsions elles-mêmes durent au delà du temps que nous avons fixé. Ces faits sont tellement exceptionnels, qu'alors qu'on étudie l'épilepsie sur un vaste théâtre, à la Salpêtrière, à Bicêtre par exemple, où les malades se trouvent réunis en grand nombre, où par conséquent on peut, comme l'a fait M. Calmeil, passer des journées entières à les observer, et être témoin de quarante à cinquante attaques d'épilepsie chaque jour, ces faits, dis-je, sont tellement exceptionnels qu'on reste deux, trois mois et plus sans en rencontrer.

Dans l'état de mal, où l'état convulsif est presque continu, il se passe quelque chose de particulier qui demande explication. L'individu est dans ses grandes attaques; puis, de deux en deux secondes, il a dans le visage, dans le cou, dans les membres, une petite convulsion; convulsion très-passagère, à peine visible, mais se répétant ainsi pendant deux, trois, quatre ou cinq heures. Assurément, c'est là une attaque convulsive continue; mais il importe de faire observer que ce n'est plus là la grande attaque d'épilepsie; c'est quelque chose de très-différent, quelque chose de spécial, dépendant de l'état particulier d'irritation dans lequel se trouvent le cerveau et la moelle épinière.

Voilà ce qu'on doit entendre par attaque continue. Ces accidents convulsifs continus s'observent d'ailleurs beaucoup plus fréquemment dans l'éclampsie que dans l'épilepsie.

Je vous ai décrit l'épilepsie dans sa manière d'être la plus vulgairement connue, il me reste à vous dire que ce haut mal varie en intensité, en violence, en soudaineté. Il est des individus qui sont foudroyés, abattus comme des animaux qu'on assomme, sans aucun phénomène précurseur, sans jeter un cri. Il en est d'autres qui, tandis que vous leur parlez, fléchissent sur eux-mêmes, et tombent sans connaissance, sans avoir le plus petit mouvement convulsif. Bien que rare, le fait s'observe.

Il y a quelque temps, on m'amena un enfant qui présentait cette singulière forme de l'épilepsie. On me racontait qu'il avait des attaques quatre, cinq et six fois par heure; au moment où ses parents me rendaient compte de ce dont ils avaient été témoins, le petit malade tomba devant moi. Tout à coup il glissa du fauteuil où il était assis et roula sur le tapis. Je l'examinai attentivement et je n'aperçus rien qui ressemblât à une convulsion.

Un autre individu pour lequel j'étais également consulté, avait des attaques analogues deux ou trois fois par semaine. Les accidents avaient débuté par des hallucinations qui duraient une demi-minute; pendant ce court espace de temps il restait le regard fixe et les bras pendants. Cela se renouvelait deux ou trois fois par semaine. Les symptômes se modifièrent. Il y eut des attaques avec perte de connaissance qui persistait pendant dix minutes; on crut à une congestion cérébrale, on lui appliqua des sangsues, mais après cette saignée il eut une seconde crise, accompagnée, cette fois, de convulsions de la face et des yeux.

Cette forme de l'épilepsie consiste donc dans un simple étourdissement et semble ne laisser après elle presque pas de suites, de suites immédiates du moins; l'individu, lorsqu'il se relève, paraît un peu étonné, puis bientôt il peut reprendre la conversation interrompue, comme si de rien n'était. Ce n'a été qu'un commencement d'attaque assez forte pour prostrer celui qu'elle a frappé, mais qui n'est pas arrivée jusqu'aux phénomènes convulsifs. Un élément a fait défaut, la première période s'est seule produite.

Dans d'autres cas, au contraire, cette première période manque. L'épileptique tombe: ses membres supérieurs, quelquefois les yeux seulement, sont agités de quelques mouvements convulsifs; puis il se relève presque immédiatement, ayant à peine un peu de stupeur, un léger trouble des facultés intellectuelles qui ne dure que quelques instants.

D'autres fois, c'est l'attaque dans sa forme habituelle, mais à un degré excessivement faible. La convulsion tétanique a lieu, elle dure un temps inappréciable; la convulsion clonique lui succède, et après quelques secondes arrive la période de stupeur, aussi passagère, aussi peu prononcée que les précédentes. Enfin le malade se relève, son attaque est terminée; elle a duré une minute tout au plus.

Ce sont là déjà des formes bien différentes de celle que nous étudions

tout à l'heure; elles vont, pour ainsi dire, nous servir de transition entre la grande attaque et les autres manifestations de l'épilepsie, sur lesquelles je voulais plus spécialement appeler votre attention.

Retenez bien ces faits. Il n'est pas d'épilepsie plus réelle que celle dans laquelle les choses se passent silencieusement, sans grands mouvements, sans grands fracas. Si le haut mal peut être quelquefois simulé, au point de tromper ceux qui ne le connaissent pas parfaitement, il n'en est déjà plus ainsi de ces petites attaques, il n'en est plus ainsi des accidents vertigineux dont je vais maintenant vous entretenir.

§ 2. — Vertige épileptique. — *Aura epileptica*. — Épilepsie partielle. — Angine de poitrine. — Tic douloureux de la face.

Messieurs, les accidents vertigineux sont une expression de l'épilepsie la plus ignorée des médecins; à son sujet, on commet chaque jour des erreurs de diagnostic qui peuvent avoir de fâcheuses conséquences, en faisant prendre pour une affection bénigne la maladie la plus grave dont on puisse être atteint.

Je vais, en vous citant un certain nombre d'exemples, essayer de vous montrer la multiplicité de formes que ce vertige peut revêtir. Mais je dois encore vous répéter que sous cette multiplicité de formes, c'est toujours la même maladie; que ces phénomènes bizarres, passagers, consistant uniquement, parfois, en un étourdissement, en un simple étonnement, en une extase, en ce qu'on appelle des *absences*, sont identiques, quant à leur nature, avec les violentes convulsions qui constituent la grande attaque.

Bien plus, les accidents vertigineux caractérisent l'épilepsie beaucoup mieux, en quelque sorte, que ne le fait la forme convulsive. Les convulsions, en effet, peuvent être l'expression d'autres maladies qui, si différentes qu'elles soient de celle que nous étudions, sont fréquemment confondues avec elle. Ainsi chez les femmes, les accès d'hystérie ressemblent quelquefois à s'y méprendre aux accès d'épilepsie; et les personnes qui ont eu l'occasion d'observer un grand nombre d'hystériques, comme on en voit à la Salpêtrière, savent combien chez quelques-unes la distinction est difficile à établir.

Les vertiges épileptiques, au contraire, aussi bien que les vertiges éclamptiques, ont leur physionomie propre; une fois qu'on les a étudiés, une fois qu'on se tient sur ses gardes, on ne saurait les confondre avec aucune autre affection.

Interrogez avec soin un individu atteint de cette forme de l'épilepsie, et, alors surtout que vous aurez affaire à un adolescent ou à un enfant, vous reconnaîtrez dans les accidents qu'il vous présentera, dans ceux qu'il vous dira avoir éprouvés, la maladie plus ou moins nettement accusée.

Enfin, messieurs, je vous ai déjà signalé la transformation des symptômes les uns dans les autres : ordinairement c'est la forme vertigineuse qui a précédé la grande forme convulsive, quelquefois c'est l'inverse qui se produit. Le haut mal qui avait été la première manifestation de la maladie se modifie, les attaques perdent de leur intensité, de leur violence, et l'individu finit par ne plus avoir que des accès de *petit mal* (c'est le nom qu'on a encore donné aux vertiges épileptiques). Le jeune homme du n° 18 de la salle Sainte-Agnès nous en présentait, vous vous en souvenez, un exemple. J'ajouterai qu'il n'est pas rare de voir les attaques convulsives et les accidents vertigineux se développer simultanément, de voir du moins ceux-ci se déclarer fréquemment dans l'intervalle de celles-là, ou même en annoncer le début.

J'ai été appelé à donner mon avis pour un jeune garçon épileptique qui venait du Berry pour me consulter à Paris. Dans le court espace de temps qu'il resta dans mon cabinet, il fut pris de vertiges caractérisés par des éclats de rire saccadés; l'accès dura à peine quelques secondes, et le malade, reprenant immédiatement sa connaissance, parut très-étonné quand je lui demandai pourquoi il avait ri ainsi; il n'avait aucune conscience de ce qu'il venait de faire. Les grandes attaques dont il était affecté débutaient presque toujours par ces accidents vertigineux.

Cette simultanéité, cette concomitance, et, permettez-moi une expression qui n'est pas française, cette alternance dans la production de ces divers phénomènes morbides, démontrent clairement les rapports qui les unissent entre eux et ne permettent pas de méconnaître l'identité de leur nature.

Passons donc rapidement en revue quelques-uns des types que revêt le vertige épileptique, mais n'oublions pas que ces types varient à l'infini, et qu'on prétendrait en vain les décrire tous.

Chez une jeune fille de seize ans qui était restée longtemps au n° 32 de notre salle Saint-Bernard et sur laquelle j'ai déjà appelé votre attention dans une précédente conférence, vous avez été témoins des accidents qui se répétaient plusieurs fois dans le courant de vingt-quatre heures, et dont la malade fut, à différentes reprises, affectée au moment de la visite. Tout à coup elle perdait conscience de ce qu'elle faisait, lâchant, et plus souvent lançant loin d'elle les objets qu'elle tenait à la main; tantôt elle se mettait à sauter sur ses pieds, tournant autour de son lit comme pour chercher quelque chose; tantôt elle tombait par terre; son visage se couvrait d'une pâleur très-passagère, ses yeux se renversaient convulsivement sous la paupière supérieure en gardant une fixité extraordinaire; ou bien elle se mettait à battre rapidement des mains. Si elle était dans son lit, elle s'asseyait et prenait ses couvertures comme pour les ramener sur elle : l'attaque durait à peine une demi-minute; alors la malade