

« Ça me monte au bras! » Son bras, en effet, s'agitait convulsivement; ses convulsions duraient quinze à vingt secondes, pendant lesquelles son intelligence conservait toute sa lucidité; il continuait à parler avec une parfaite netteté d'esprit. L'*aura* gagnait ainsi progressivement, mais très-rapidement la tête, et alors le malheureux tombait sans connaissance.

Dans ces deux circonstances, il s'agissait d'épilepsie symptomatique; mais je vous l'ai dit déjà, je vous le répéterai encore plus loin, l'épilepsie symptomatique et l'épilepsie vraie ont entre elles la plus grande analogie, je dirai même une ressemblance absolue quant aux manifestations qui constituent les attaques.

Relativement à son siège, l'*aura* peut être *viscérale*. Quand elle occupe, quand elle a pour point de départ un organe intérieur, elle est souvent méconnue, et peut donner lieu à des méprises, à des erreurs de diagnostic dont il est essentiel d'être prévenu, afin de les éviter.

Une jeune fille éprouvait, au début des grandes attaques, une douleur aiguë au cœur, bientôt suivie de violentes palpitations, puis d'étourdissements et d'un malaise syncopal.

Il y a sept ou huit ans, on m'amenaient en consultation un enfant d'une dizaine d'années qui, quatre ou cinq fois par jour, après comme avant le repas, toujours sans cause appréciable, se plaignait d'éprouver tout à coup un sentiment de pression au creux de l'estomac, bientôt suivi de vomissements: aussitôt après avoir vomi, il avait un violent étourdissement et son visage était d'une pâleur cadavéreuse; les accidents duraient en tout à peu près une minute. Le confrère qui me l'avait adressé, croyant à une dyspepsie, avait inutilement essayé tous les moyens propres à la combattre. La soudaineté des accidents, la violence de la douleur dont l'enfant rendait parfaitement compte, le sentiment de suffocation qui l'accompagnait, le trouble momentané de l'intelligence, la pâleur des téguments, la rapidité enfin avec laquelle ces phénomènes disparaissaient, me firent écrire que, suivant moi, il n'était pas seulement probable, il était certain que nous avions affaire au *morbus comitialis*. J'invitai, en conséquence, mon honorable confrère à surveiller de près le petit malade, car j'étais convaincu que, tard ou tôt, cette névrose prendrait un caractère plus net, qui ne laisserait aucun doute sur sa nature. Le père, alarmé de mon diagnostic, après avoir cherché la signification de cette expression *morbus comitialis*, refusa d'abord d'y croire, et entraîna à son avis le médecin qui, pour sa part, n'était pas non plus très-porté à se rendre à mon opinion. Mais l'année suivante on revenait me trouver; cette fois mes prévisions s'étaient réalisées; de grandes attaques d'épilepsie, qui s'étaient répétées, n'avaient que trop démontré l'exactitude de ma manière de voir.

Cette *aura viscérale* échappe d'autant plus à l'observation du médecin, que dans un grand nombre de circonstances elle simule d'autres

affections. Si elle est stomacale, utérine, si elle est accompagnée de ce sentiment de constriction du côté de la gorge, assigné comme un des caractères des symptômes de l'hystérie, alors surtout qu'elle se manifeste chez une jeune fille, elle peut être confondue avec l'*aura hysterica*. Mais une observation attentive, une analyse rigoureuse des phénomènes, permettront de distinguer l'une de l'autre. Bien qu'elle semble avoir le même siège, bien qu'elle occupe les mêmes parties du corps, et qu'elle ait les mêmes points de départ, l'*aura hysterica* met, en général, un assez long temps à parcourir le chemin qu'elle doit suivre; elle ne marche pas avec la rapidité, elle n'a pas la soudaineté de l'*aura epileptica*. Les spasmes hystériques, lorsqu'ils frappent la gorge, par exemple, persistent plus longtemps que les accidents épileptiques. Ceux-ci, vertiges ou convulsions, durent à peine quelques secondes, une ou deux minutes au plus, sauf à laisser après eux la stupeur apoplectique dont il a été question: dans l'hystérie, les troubles nerveux ont une durée tout autre; une fois qu'ils sont passés, le malade n'éprouve plus rien de comparable à cet étourdissement de l'individu atteint du mal caduc; et il n'est personne qui, en y réfléchissant, n'ait été à même de constater cette différence entre les deux maladies.

Généralement les sensations, les phénomènes qui constituent l'*aura epileptica* suivent une marche *ascendante*; c'est-à-dire que, partant soit des extrémités des membres, soit d'un point du corps, elles remontent et gagnent la tête. Il est des cas cependant où, suivant une marche inverse, l'*aura* est *descendante*. C'est d'abord une sensation soit vertigineuse, soit douloureuse, qui, partant de la tête, et descendant toujours avec la même rapidité que lorsqu'elle est ascendante, gagne les extrémités.

Elle peut aussi, mais le cas est rare, être à la fois ascendante et descendante. Ch. Bonet¹ raconte avoir vu un homme de cinquante ans chez lequel se produisait d'abord un gonflement de la région inguinale gauche, puis le malade éprouvait une sensation de fourmillement qui descendait graduellement le long de la cuisse, en gagnant le pied; arrivée là, elle remontait avec une extrême rapidité vers les parties supérieures, et le cerveau était pris.

Ces singuliers phénomènes avaient été depuis longtemps signalés par tous les observateurs. Morgagni, en rapportant des faits qui lui sont personnels, d'autres empruntés aux médecins ses contemporains ou à ses devanciers, leur consacre une longue scholie² et rappelle une observation de Tulpus: on provoquait l'épilepsie en pressant avec un seul doigt la région de la rate.

1. Bonet, *Sepulcretum anatomicum*, liv. I, section XII, p. 291.

2. Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, troisième lettre de son livre.

Je vous ai dit que l'*aura epileptica* était quelquefois la seule manifestation de l'épilepsie. Quelquefois, en effet, partie d'un point du corps, ou de l'une des extrémités, ou même de la face, elle reste à peu près limitée au siège qu'elle occupe, ou du moins elle ne s'étend pas loin; elle ne gagne pas le cerveau, et n'amène aucun des accidents plus essentiellement caractéristiques de la maladie : c'est là ce qu'on pourrait appeler l'*épilepsie partielle*.

Lorsque je dirigeais un des services de l'hôpital Necker, j'avais dans mes salles une femme qui jusqu'à quatre, cinq, et même jusqu'à sept fois par heure avait de ces sortes d'accès d'*aura* convulsive. Cette *aura* restait limitée à un côté du corps et commençait par la jambe; les convulsions étaient violentes, douloureuses, s'étendant au tronc, au bras, à la face. Pendant ce temps la malade jetait des cris qui lui étaient arrachés par les horribles souffrances qu'elle accusait. Elle gardait la parfaite lucidité de son esprit, tout en ayant une certaine difficulté de la parole qui dépendait de la convulsion des muscles du visage et probablement aussi de ceux de la langue. Une minute, une minute et demie après leur début, les accidents cessaient complètement, et la malheureuse femme revenait dans son état normal. Elle fut rapidement guérie par l'emploi de la belladone.

Un grand nombre de faits d'*angine de poitrine* ne sont assurément qu'une espèce de cette épilepsie partielle. Je me propose de revenir sur ce sujet en traitant de l'*angor pectoris*. Je vous dirai que, si généralement l'atroce douleur qui caractérise cette affection part de la région précordiale pour irradier dans toute la poitrine, dans le cou, dans les deux bras, de préférence dans le bras gauche, accompagnée d'engourdissement dans le membre où cette douleur a été la plus vive, d'une anxiété, d'une terreur indicible, l'accès peut, dans quelques circonstances, suivre une marche inverse, partir du bas, irradier au cou, au tronc, pour gagner la région précordiale et amener l'angoisse.

Le jeune homme du n° 18 de notre salle Sainte-Agnès nous offre encore un exemple d'épilepsie partielle, et, chez lui, l'enchaînement des phénomènes ne peut échapper à personne. La maladie, vous le savez, a commencé autrefois par des attaques convulsives, qui diminuèrent graduellement d'intensité; aujourd'hui tout se borne à des convulsions de la face, exclusivement limitées au côté gauche, sans troubles des facultés intellectuelles. Le malade éprouve au sommet de la poitrine une sensation pénible, douloureuse, qui, tout à coup, du tronc s'étend au visage dont les muscles sont agités de frémissements. Comme chez la femme de l'hôpital Necker, il y a de l'embarras de la parole, dépendant aussi de la contraction involontaire des muscles de la langue et des joues.

Peut-être devrait-on ranger à côté de ces épilepsies partielles une affection des plus intéressantes à étudier, dont j'aurai plus tard à vous

entretenir. C'est celle que j'ai appelée la *névralgie épileptiforme*, et dont il est permis, jusqu'à un certain point, de saisir la liaison avec les différentes formes d'*aura*, et conséquemment avec les autres formes de l'épilepsie que je vous ai indiquées.

Messieurs, je me suis longuement étendu sur les vertiges épileptiques, sur les *aura*, qui, vous ai-je dit, appartiennent bien plus encore peut-être à cette forme de la maladie qu'à la grande forme convulsive; je suis entré dans d'assez nombreux détails sur l'épilepsie partielle. Il me semblait, en effet, très-important de vous parler ainsi de ces formes si particulières et si spéciales de l'épilepsie; cela importait d'autant plus que, d'une manière générale, les accidents vertigineux sont ceux que l'on observe le plus fréquemment. Pour ma part, il n'est pas de mois, je dirais presque de semaine, où je ne sois appelé à voir dans mon cabinet un assez grand nombre d'épileptiques qui me sont adressés de différents points de la France et même des pays étrangers. J'ai donc eu l'occasion, autant que qui que ce soit peut-être, d'étudier les faits que j'avance; je suis à même aussi de constater combien les médecins, et des médecins les plus instruits, les plus éclairés, méconnaissent souvent ces formes si nettement tranchées cependant, et tout à la fois si graves, de la maladie dont j'ai voulu vous entretenir.

Ce qui caractérise encore le vertige épileptique, c'est la grande fréquence des accès. Un malade peut en avoir jusqu'à cinquante et cent dans le courant de vingt-quatre heures; jamais nous n'observons rien de semblable dans la grande attaque.

Rien, du reste, n'est plus irrégulier que l'épilepsie relativement à ses allures, à sa marche, à la fréquence de ses attaques, soit chez des malades différents, soit chez un même malade.

Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai suffisamment dit de la prédominance exclusive de la grande forme convulsive chez certains épileptiques, de la forme vertigineuse chez d'autres, de la transformation de ces deux formes, de leur combinaison chez d'autres encore. Je vous rappellerai, sans m'y arrêter davantage, que vous rencontrerez des individus ayant des attaques le jour, ou alternativement le jour et la nuit, tandis que d'autres, et cela plus communément peut-être qu'on ne le croit généralement, n'auront leurs accès que pendant la nuit.

Mais, relativement à la fréquence de ces attaques, il est des malades qui, dans le cours de leur existence, n'en auront qu'un très-petit nombre, plus ou moins éloignées les unes des autres, ou même qu'une seule; il en est chez lesquels ces accidents, affectant une sorte de périodicité, reviendront à des intervalles à peu près inégaux, plus ou moins rapprochés, ou qui se reproduiront coup sur coup, comme par série, pour cesser de se manifester pendant un assez long temps; d'autres en auront tous les deux mois, tous les mois, tous les quinze jours, toutes les semaines, tous

les jours; les attaques enfin, j'ai insisté sur ce fait en vous parlant de l'état de mal, peuvent se multiplier de telle sorte que, se confondant les unes dans les autres, elles simulent un accès continu qui va durer jusqu'à deux ou trois jours.

Cette fréquence des attaques n'est jamais plus considérable que dans la forme vertigineuse. On comprend dès lors comment le *petit mal* conduit, non pas plus souvent, ainsi qu'on l'a prétendu à tort, mais plus vite que le *haut mal*, à la démence, puisque les troubles cérébraux qui précèdent, suivent ou accompagnent les accès d'épilepsie se répétant à des intervalles plus rapprochés, amènent plus promptement l'affaiblissement des facultés intellectuelles, qui en est la conséquence presque fatale.

§ 3. — Rapports de l'épilepsie avec l'aliénation mentale.

Ici, messieurs, j'arrive à cette grande et intéressante question des rapports de l'épilepsie avec l'aliénation mentale.

« L'épilepsie, dit Esquirol ¹, n'est pas seulement une maladie épouvantable par la violence de ses symptômes » (alors qu'elle se présente sous la forme de ces horribles convulsions dont la vue inspire à ceux qui en sont témoins autant de terreur que de pitié), « ce n'est pas seulement une maladie désespérante par son incurabilité, elle l'est encore par ses funestes effets sur le physique et le moral de ceux qui en sont atteints... Les fonctions de la vie organique s'altèrent, languissent. Les épileptiques sont sujets à de la cardialgie, aux flatuosités, aux lassitudes spontanées, au tremblement; ils font peu d'exercice; ils tombent dans l'obésité ou dans l'amaigrissement; ils sont enclins aux plaisirs de l'amour, à l'onanisme. Peut-être les excès auxquels ils se livrent produisent-ils les lésions organiques et les désordres qui se manifestent lorsque l'épilepsie a duré pendant longtemps. En général, les épileptiques ne parviennent pas à une longue vieillesse. Les fonctions cérébrales, les facultés intellectuelles se dégradent de plus en plus. »

Je ne vous apprendrai rien, messieurs, en vous rappelant que cette funeste influence du mal comitial sur les facultés intellectuelles, dont la démence, l'idiotisme et la paralysie générale sont le dernier terme, est un fait avéré et de tous temps signalé par les observateurs.

S'il est des épileptiques qui, en dépit de la maladie dont ils ont eu de plus ou moins fréquentes attaques, conservent jusqu'à la fin d'une carrière même assez longue, non-seulement la plénitude de leur raison, mais encore l'intégrité de leur intelligence, et, comme ces grands génies dont l'histoire nous a transmis les noms, d'une intelligence supérieure qui leur permet de s'élever au-dessus du niveau ordinaire des hommes,

1. Esquirol, *Des maladies mentales*, t. I, art. ÉPILEPSIE, p. 282 et 283.

les exemples qu'on en peut citer sont trop exceptionnels pour infirmer en rien la règle générale. Le plus habituellement, bien qu'au début, et alors que les accès sont rares, les malades puissent jouir de toutes leurs facultés, bien que « une merveilleuse aptitude à concevoir vivement les choses, à les envisager sous leurs aspects les plus brillants et les plus poétiques, puisse être, ainsi que le fait observer M. Morel ¹, l'apanage de quelques-uns d'entre eux, » à mesure que les accidents se répètent et se multiplient, à mesure que la maladie marche, les facultés s'affaiblissent, se perdent et finissent par s'éteindre pour arriver à l'aliénation mentale.

Souvent déjà, chez ces individus dont l'activité intellectuelle est entière, une singulière variabilité de sentiments, d'humeur et de caractère, de violentes passions qu'ils ne peuvent maîtriser, témoignent d'un état mental particulier qui, chez le plus grand nombre des épileptiques, se traduira par des phénomènes physiques plus caractérisés, mais toujours du même ordre, par des troubles cérébraux plus sérieux, tels que des accès de délire, tantôt passagers, tantôt prolongés, et méritant spécialement alors le nom de *folie épileptique*.

Le plus ordinairement en relation avec ce qu'on appelle les symptômes physiques de la maladie, c'est-à-dire avec les accidents convulsifs ou vertigineux, qu'ils se montrent dans l'intervalle, au début des attaques, ou, ce qui est le plus commun, plus ou moins immédiatement après elles, ces phénomènes psychiques, ces troubles cérébraux semblent quelquefois être la seule manifestation de l'épilepsie. Dans tous les cas, ils présentent dans leurs allures quelque chose de très-caractéristique et d'une très-grande signification au point de vue surtout de la médecine légale.

Ce chapitre de l'histoire de l'épilepsie a été, dans ces dernières années, l'objet d'études toutes spéciales et a fourni matière à de nombreux travaux, parmi lesquels je citerai le mémoire de M. Jules Falret ².

« Les troubles intellectuels que l'on observe chez les épileptiques, dit l'auteur auquel je vais emprunter la majeure partie de ce que j'ai maintenant à vous exposer, les troubles intellectuels doivent être divisés en trois catégories principales : 1° ceux qui, se manifestant chez les malades dans l'intervalle de leurs accès, sont indépendants de ces accès et constituent l'état mental habituel des épileptiques; 2° ceux qui, survenant passagèrement avant, pendant ou après l'attaque, peuvent être considérés comme de simples épiphénomènes de cette attaque elle-même; 3° enfin des troubles intellectuels d'une plus longue durée, qui, survenant sous forme d'accès, soit en relation directe avec les accidents convulsifs ou ver-

1. B. A. Morel (de Saint-Yon), *Traité des maladies mentales*, Paris, 1860, p. 696.

2. Jules Falret, *De l'état mental des épileptiques* (*Archives générales de médecine*, décembre 1860, avril et octobre 1861).