

symptômes qui sont plutôt de nature *hystérique*, comme les hyperesthésies, les paresthésies, les hypoesthésies, les analgésies, le rétrécissement du champ visuel, les troubles de la motricité. Très fréquemment, il arrive que l'individu traumatisé s'habitue à l'idée qu'il est malade par suite de la durée interminable du procès entrepris par lui pour obtenir des dommages-intérêts et une rente viagère. En pareil cas, des essais de simulation ou, du moins, des exagérations ne sont pas rares. Il est vrai, d'ailleurs, que des états semblables s'observent aussi dans des cas où il n'est nullement question de procès en dommages-intérêts. C'est ainsi qu'un jeune savant, qui avait été délivré d'un sarcome par une opération chirurgicale, resta de longues années avant de pouvoir retrouver l'énergie de se consacrer à ses travaux habituels. En somme, l'état neurasthénique semble être dû à une perturbation directe du système nerveux central, tandis que les symptômes hystériques se développent plutôt en raison des idées que le malade se forge relativement à l'aggravation des conditions de son existence et aux dommages-intérêts qu'il espère obtenir par l'intermédiaire des tribunaux.

#### XV. — ÉPILEPSIE

L'*épilepsie* [*haut mal, mal caduc, morbus sacer, mal comitial*] est une des maladies les plus connues depuis les temps les plus anciens. Entre autres personnages historiques qui en étaient atteints, citons Cambyse, Alexandre le Grand, César, Caligula, l'apôtre saint Paul, Charles le Gros, Alfred le Grand d'Angleterre, le roi Wenceslas, Napoléon I<sup>er</sup>. A côté de quelques hommes tout à fait éminents, il y en a beaucoup d'autres d'une valeur intellectuelle moins grande. Quoi qu'il en soit, le trait dominant que l'on a toujours reconnu à cette affection est l'apparition soudaine et violente d'attaques convulsives, ainsi que le nom même de l'épilepsie l'indique (*ἐπιλαμβάνειν* veut dire exactement *surprendre*). Il est vrai que, peu à peu, l'attention s'est portée sur divers états psychiques anormaux, connexes avec l'épilepsie, tels que la confusion mentale, l'agitation, constatés particulièrement avant ou après l'attaque et auxquels on a donné les noms de *folie pré-épileptique* ou *post-épileptique*. Cependant l'attaque, avec sa profonde suppression de la conscience, est déjà en

elle-même un trouble mental. D'autre part, dans l'intervalle des attaques, on remarque assez souvent des déviations variées de l'état mental normal. Les attaques convulsives constituent le symptôme le plus apparent, mais elles ne constituent pas à elles seules toute l'épilepsie. Il faut même savoir que cette affection peut évoluer sans qu'il y ait la moindre attaque, sous la forme de ce qu'on appelle l'*épilepsie psychique*; de même, par exemple, que, dans la tuberculose pulmonaire, l'hémoptysie est l'accident qui frappe et inquiète surtout le malade et son entourage, sans que ce symptôme soit indispensable à l'existence même de cette maladie.

**Symptomatologie.** — L'épilepsie est un état morbide dans lequel surviennent de temps en temps, sous forme d'attaques, des troubles divers de la conscience; dans l'intervalle des attaques, on ne remarque d'habitude qu'une modification spéciale du caractère, et quelquefois aussi de la débilité mentale. Parmi les troubles de la conscience, il faut citer : les *pertes de connaissance* accompagnées de *convulsions*; les *absences* accompagnées ou suivies parfois de phénomènes de légère excitation; les *vertiges*, *crises de délire* avec obscurcissement de la conscience, illusions et hallucinations, conceptions délirantes et actes incohérents, en un mot la *folie épileptique*; enfin, crises d'abattement ou d'*actes purement impulsifs*.

La *grande attaque convulsive* se caractérise par une perte complète de connaissance qui se produit soudainement et qui est accompagnée de convulsions. L'attaque peut éclater sans aucun prodrome. Dans d'autres cas, il y a des signes précurseurs : changement d'humeur, malaise, irritabilité, mal de tête, vertiges, tremblements, pendant des heures ou même pendant des jours. En outre, la perte de la connaissance elle-même est souvent précédée directement par des *symptômes initiaux*, appelés *auras*. Ces phénomènes précédant immédiatement la crise comitiale sont de nature diverse. Les auras d'ordre *moteur* sont : contracture d'un groupe de muscles ou des extrémités; besoin de marcher en avant ou en arrière, de faire des bonds, de danser ou de tourner en rond. La forme d'aura dans laquelle le malade, au début de l'attaque, se met à courir d'une façon inconsciente, a été désignée sous le nom d'*épilepsie procrursive*. Beaucoup d'auras sont constituées par des phénomènes de nature *sensitive* : paresthésies, sentiment

**Planche VIII.** — Épileptique pendant une attaque convulsive. Les extrémités étendues dans une convulsion tonique, la jambe gauche un peu relevée. Cyanose; écume aux lèvres.

de pression abdominale, douleurs diverses. Parmi les auras *sensorielles*, citons : une sensation gustative ou olfactive particulière; des tintements, des sifflements, des paroles, une mélodie, quelquefois aussi un accès de surdité; l'apparition d'étincelles et de couleurs, en particulier la vue de la couleur rouge, la macropsie ou la micropsie, rarement la cécité.

Parfois l'aura est constituée par une forte sueur ou par des rougeurs ou pâleurs subites de la face; [c'est l'aura *vaso-motrice*].

On observe aussi des auras *psychiques* sous forme d'illusions ou d'hallucinations diverses, d'accès d'agitation, de crises d'angoisse, d'effroi d'abattement, de paramnésie. En ce qui concerne l'aura paramnésique, un malade exprimera, par exemple, l'idée qu'il a *déjà vu* tout ce qui arrive. D'autres prononcent quelques mots, toujours les mêmes pour chaque sujet, avant de tomber. C'est ainsi qu'un malade s'écriait chaque fois : « pas au revoir ». Un autre apercevait écrite en lettres brillantes l'expression suivante dépourvue de sens : « avoir du pois »; il voulait prononcer ces mots, mais chaque fois la perte de la connaissance survenait aussitôt.

Après l'aura, les malades s'affaissent en poussant généralement un long cri, perçant ou sourd, résultant de la convulsion des muscles de l'expiration ou des muscles du larynx. La chute à la renverse se produit souvent si subitement que les malades se font des blessures plus ou moins graves : des bosses à la tête, des écrasements de l'os nasal et autres fractures, des hématomes auriculaires, des brûlures. La figure 77 représente la main d'un épileptique couverte de cicatrices consécutives à des brûlures survenues au cours de l'accès.

La période *tonique* des convulsions de l'attaque dure plusieurs secondes : toute la musculature est contractée d'une façon tétanique; le corps se raidit; quelquefois les jambes étendues sont un peu levées; les mains sont crispées; la respiration cesse pendant un moment et il survient de la cyanose. La planche VIII représente cette phase de la crise comitiale.

Les pupilles sont dilatées et ne réagissent plus ni à la

Tab. 8.



lumière ni à l'accommodation. Souvent il y a de l'écume à la bouche. Des évacuations involontaires d'urine et de selles sont très fréquentes.

Cet état peut durer une demi-minute, avant de passer à la période des *convulsions cloniques*.

Cette seconde phase de l'attaque débute par de courtes convulsions des muscles de la tête, du tronc et des extrémités; les secousses deviennent de plus en plus rapides et de plus en plus nombreuses, de sorte qu'ici encore le malade est exposé à des blessures, quelquefois même à une luxation des épaules.

Les yeux roulent convulsivement dans leurs orbites. Les convulsions des muscles de la mâchoire déterminent quelquefois un étranglement ou une morsure de la langue; il peut même arriver que l'extrémité de la langue soit grièvement blessée (Voy. pl. IX). Après un temps qui varie de trente secondes à quelques minutes, les convulsions deviennent plus lentes et plus faibles.

D'ordinaire, ils'y joint une *période comateuse*: le malade tombe dans

un sommeil qui dure quelques minutes ou plusieurs heures; il sort de là avec des maux de tête, de l'abattement, parfois des vomissements, et *sans se souvenir* en aucune façon de l'attaque. Dans quelques cas, on constate aussi une *amnésie*



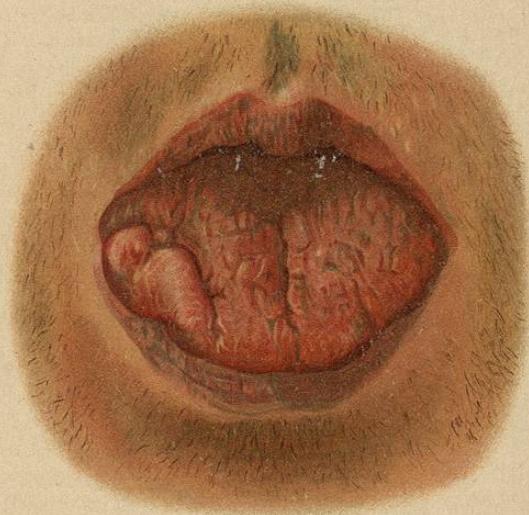
Fig. 77. — Cicatrices résultant de brûlures et contractures des doigts survenues au cours d'une attaque d'épilepsie.

**Planche IX.** — Forte cicatrice résultant d'une morsure de la langue, survenue au cours d'une attaque comitiale.

*rétrograde*, de sorte que les dernières heures et même les derniers jours qui ont précédé l'attaque n'existent plus pour le malade.

Parmi les phénomènes physiques qui accompagnent l'attaque, il faut mentionner une altération fréquente des *réflexes tendineux* : tantôt leur exagération, tantôt leur abolition. En outre, de temps à autre on constate des *hémorragies* cutanées ou muqueuses. La *température* est presque toujours supérieure à la normale, en moyenne, de 0°,3.

On a, de plus, observé une série d'altérations *chimico-biologiques*, soit pendant, soit après l'attaque. Malgré quelques constatations contradictoires, il paraît certain, d'après Kraïnsky et Haig, que, la veille de l'attaque, le taux de l'acide urique est diminué, tandis qu'il est augmenté après l'attaque. Klein a pu établir que, après l'attaque, dans plus de la moitié des cas il y a de l'albuminurie, dans environ un douzième des cas de l'albumosurie, puis dans deux tiers des cas une augmentation de chlorures; jamais il n'a trouvé de la glycosurie alimentaire. L'*urine* avant et après l'attaque, injectée à des lapins, a, dit-on, un effet *toxique*. Mais cette assertion n'a pas été confirmée par les recherches de Bratz et de Hebold. Ajoutons encore que, d'après Kraïnsky, il s'accumule périodiquement dans le sang du carbonate d'ammoniaque qui se décompose après l'attaque. [La *toxicité urinaire* des épileptiques est étudiée depuis le travail de Seyfert qui a signalé, en 1854, la présence de l'albumine dans l'urine après les attaques. En France, Mabile, en 1880, a publié une note sur ce sujet dans les *Annales médico-psychologiques*. En 1890, Jules Voisin et Péron ont étudié l'albuminurie post-paroxystique et les conclusions de leurs expériences sont : 1° l'albuminurie post-paroxystique existe dans la moitié des cas; 2° elle s'observe dans tous les modes d'épilepsie; 3° l'état de mal épileptique paraît toujours accompagné d'albuminurie; 4° l'albuminurie est constante chez les mêmes malades, mais elle est très fugace et très variable en quantité; elle se montre surtout dans les deux premières heures qui suivent l'accès convulsif et elle paraît avoir un rapport constant avec la congestion de la face. En ce qui concerne la toxicité urinaire des épileptiques, les mêmes



auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : il y a hypotoxicité urinaire avant et pendant les accès; il y a hypertoxicité à la suite des accès.] Agostini affirme qu'il y a, après l'attaque, une augmentation d'acide chlorhydrique dans l'estomac. Smith a souvent constaté avant l'attaque une courte dilatation du cœur.

Quand les attaques se succèdent rapidement, la perte de la connaissance persiste même dans les intervalles; c'est l'état de mal épileptique; les malades sont étendus inertes, sans réaction, les yeux entr'ouverts ou fermés, parfois les globes oculaires un peu proéminents, les pupilles larges et immobiles; la respiration est stertoreuse, et quelquefois il y a menace d'asphyxie.

Comme variété spéciale, il faut encore mentionner les *attaques comitiales nocturnes*, qui se produisent souvent complètement à l'insu du sujet. Le lendemain matin, le malade est mal à son aise; il a des maux de tête; ses divers réflexes sont souvent altérés; parfois, les conjonctives sont injectées; les urines peuvent contenir de l'albumine, et, de plus, le malade constate qu'il a uriné dans son lit.

Les petites attaques dites *épilepsie mineure* ou *petit mal comitial* sont caractérisées par un trouble de la conscience dont l'intensité est très variable. Il survient des états ressemblant à des attaques et qui sont, en quelque sorte, comme un rudiment de l'attaque convulsive. La conscience s'éclipse au milieu d'une conversation ou d'un travail; les malades prononcent encore deux ou trois paroles ou quelques sons inarticulés, font entendre un bruit pareil à un claquement de la langue; laissent, en écrivant, courir leur plume en dehors de la feuille de papier; lâchent tout à coup ce qu'ils ont entre les mains. Quelques autres phénomènes d'ordre moteur se manifestent en même temps, comme des secousses convulsives dans un groupe de muscles ou dans une extrémité, contractions spasmodiques des paupières, raideur subite du tronc. La chute à terre est rare dans le petit mal. A la suite de cet état comitial, l'amnésie est la règle.

Mais parfois, au cours de cette forme d'épilepsie, les sujets accomplissent des actes quelconques, comme, par exemple, de parler d'une façon automatique. Mais ces dernières manifestations peuvent aussi bien être rangées parmi les états crépusculaires de la conscience.

Il survient, en outre, de simples défaillances au cours

desquelles les malades s'affaissent, sans aucun autre symptôme; tout se réduit à une courte interruption de la conscience durant quelques secondes; c'est ce qu'on appelle une *absence*.

De plus, on voit se produire encore des obscurcissements très passagers et momentanés de la conscience, des *vertiges* dans lesquels le malade peut encore se retenir ou s'asseoir, et qui ne s'accompagnent pas d'interruption complète de la conscience.

Enfin, on a observé des attaques de *faiblesse motrice* avec affaissement subit et passager, mais sans aucun trouble de la conscience, la lucidité d'esprit étant pleinement conservée.

Des accès de *migraine ophthalmique* surviennent également d'une façon périodique chez beaucoup d'épileptiques.

Parmi les états psychiques de nature comitiale, il faut citer encore les *colères*, les accès de *mauvaise humeur* et de tristesse non motivés, altération extrêmement fréquente de l'état *conesthétique* sans aucune obnubilation de la conscience, que Kraepelin a, le premier, fait bien ressortir. On constate déjà souvent ce changement brusque de l'humeur à la phase prodromique d'une attaque convulsive. Mais un examen approfondi montre que, même dans les intervalles exempts d'attaques, il se produit souvent des accès périodiques de tristesse et de mauvaise humeur. Il s'agit alors d'une disposition d'âme maussade, désagréable, accompagnée souvent d'une irritabilité assez grande. Le malade sent lui-même cette altération de son caractère; cela le prend malgré lui; il se sent comme ensorcelé; il devient triste; un rien le met hors de lui; il voudrait disparaître; il prend en dégoût toute son existence; il roule dans sa tête des projets de suicide. Beaucoup de ces malades fuient le monde, préféreraient vivre dans la solitude, deviennent sauvages, restent continuellement au lit. D'autres, au contraire, cherchent noise à tout le monde et sont portés à la violence. Aschaffenburg a signalé de semblables accès de mauvaise humeur chez 78 p. 100 d'épileptiques devenus aliénés, et il en distingue trois formes :

1° Simple dépression avec dégoût de la vie;

2° Mauvaise humeur avec inquiétude, accompagnée parfois d'illusions et d'hallucinations visuelles : éclairs, silhouettes noires, taches rouges;

3° Excitation, colères avec tendances aux querelles, et logorrhée sans fuite d'idées.

Ces accès de mauvaise humeur ou *colères épileptiques*, dont la figure 78 offre un exemple, peuvent durer de quelques heures à deux ou trois jours; le malade se sent après eux comme délivré, il redevient plein d'espoir, s'excuse même volontiers de toutes les querelles qu'il a suscitées pendant sa mauvaise humeur. Chez un même

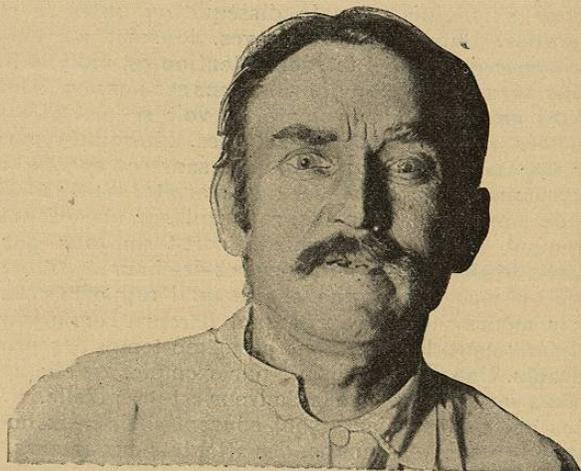


Fig. 78. — Épileptique à l'état de confusion mentale et de colère (d'après Sommer).

malade, les divers accès que nous venons de décrire se présentent ordinairement toujours sous la même forme.

Cependant, les accès d'ordre psychique sont souvent marqués par un trouble plus ou moins accusé de la conscience. Dans l'état *crépusculaire* de cette dernière, qui précède ou qui accompagne une attaque convulsive et qui, d'ailleurs, peut survenir aussi d'une façon indépendante, la perception des impressions venant du monde extérieur est souvent affaiblie; de même, la compréhension des impressions complexes, comme celles du langage par exemple, est souvent complètement supprimée. En revanche, les expressions du malade révèlent fréquemment l'existence d'hallu-

cinations, la plupart auditives et visuelles. D'ordinaire l'objet de ces hallucinations est de nature effrayante et, souvent, d'une teinte religieuse : ce sont des cloches qui sonnent, des voix célestes qui se font entendre, des anges avec des ailes sombres qui s'approchent et planent autour du malade, des têtes de morts qui grimacent, le feu de l'enfer qui flamboie, des étincelles semblables à des petits vers luisants qui sont projetées de tous les côtés, un rat qui court au travers du visage. Dans d'autres cas, le malade s'imagine qu'on le dissèque ou qu'on le chloroformise. Dans les états graves, le sujet n'a aucune conscience de ce qu'il dit, son attention est nulle et il n'y a plus aucune cohésion ni ordre dans ses pensées. Au lieu d'actes motivés par la volonté, on voit se produire surtout des mouvements automatiques, déterminés parfois par une impression quelconque, sans qu'aucune idée intervienne pour les modifier ou les arrêter. Souvent aussi ce sont des actes impulsifs, reposant sur une excitation purement motrice. Un malade sortit un jour par la fenêtre de sa chambre située au rez-de-chaussée, se rendit à son bureau, y saisit une chaise qu'il rapporta chez lui par le même chemin ; après quoi il reprit connaissance. Ordinairement le sujet tient en même temps des propos délirants. Une malade disait, par exemple, qu'elle a fait un faux serment ou que le Sauveur est près d'elle.

Les actes inconscients sont souvent délictueux ou criminels : ce sont des coups, des attentats aux mœurs, des incendies, des vols. Le cas de ce jeune barbier qui, dans l'état crépusculaire de sa conscience, courait partout avec ses rasoirs, faisant ses offres de service à tout le monde et les exécutant réellement, montre combien les sujets de ce genre peuvent être dangereux. On observe surtout fréquemment chez eux des *fugues*. Un malade de Berlin se réveilla tout à coup à bord d'un navire qui entrait dans le port de Stettin ; il n'avait conservé aucun souvenir du chemin qu'il avait fait pour se rendre à la gare, ni du voyage en chemin de fer, ni de son embarquement sur le navire. On connaît aussi le cas de cet autre malade qui, dans un état crépusculaire de la conscience, fit le voyage de France à Bombay.

Au sortir de ces accès d'ordre psychique, les malades se réveillent comme d'un sommeil. Tout à coup ils recouvrent leur connaissance et désirent savoir ce qui leur est arrivé.

L'un d'eux disait que l'intelligence lui revenait par saccades. Ordinairement il reste encore un peu d'affaissement intellectuel avec un sentiment de lourdeur extrême de la tête. A la suite de ces accès, on constate de l'*amnésie* qui s'étend rarement à toute la durée de l'accès. Parfois les malades savent donner, immédiatement après leur réveil, quelques renseignements qui disparaissent ensuite complètement de leur mémoire comme un songe fugitif. Ce fait est important au point de vue des enquêtes judiciaires. D'autre part, il subsiste assez souvent des bribes de souvenirs, des réminiscences partielles. Un malade, par exemple, qui, dans l'état crépusculaire de sa conscience, a parcouru une certaine distance à travers la ville, n'en a conservé au réveil aucun souvenir, si ce n'est qu'il a souhaité le bonjour à un ami. Un autre malade, tombé un soir dans un léger état crépusculaire, a tenu une conversation dont, immédiatement après, il ne savait plus rien jusqu'au lendemain matin, où une seule question, traitée par lui, lui revint à la mémoire.

Souvent, l'état crépusculaire de la conscience prend les caractères d'un *délire*, grâce à l'altération de la faculté de la compréhension, ainsi qu'aux troubles sensoriels et à l'excitation concomitante. Ce délire est accompagné, la plupart du temps, d'un sentiment plus ou moins profond d'angoisse. Des visions effrayantes assaillent le malade ; il ne reconnaît plus son entourage, il divague, il cherche à se protéger, à se défendre contre ses bourreaux ; il frappe autour de lui, déchire tout. L'un d'eux s'écriait : « Cela va bientôt s'arranger — Notre Seigneur ne m'abandonnera pas — je me tuerai — nous nous reverrons en enfer. » En général, il y a de l'euphorie ou de l'exaltation. Dieu et les saints apparaissent au malade ; il se croit au ciel, il déclare qu'il est le Christ ou un prophète ; il pousse des cris d'allégresse, chante et danse ou s'agenouille devant un autel imaginaire.

On observe aussi, de temps à autre, des délires avec conservation partielle de la conscience, dans lesquels, malgré leurs troubles sensoriels, les malades répondent pourtant à certaines questions d'une manière exacte.

Viennent ensuite les *états de stupeur*, dans lesquels les sujets se comportent d'une façon assez régulière, mais sans qu'on constate la moindre activité aperceptive ou volitionnelle. On peut parfois inférer de leurs propos

qu'ils ont des troubles sensoriels. Les sujets sont prostrés; les quelques paroles qu'ils prononcent sont presque toujours des bribes incohérentes, confuses; on constate parfois de la verbigération; mais souvent aussi il y a du mutisme. Quelques-uns refusent la nourriture, d'autres se laissent ingurgiter leur repas. On observe parfois de la catalepsie, de la suggestibilité. De brusques explosions d'agitation ne sont pas rares. A leur suite, il subsiste de l'amnésie.

Ordinairement, deux ou plusieurs attaques sont reliées par des états crépusculaires de la conscience pendant lesquels les malades peuvent encore commettre des actes absurdes. Par exemple, un paysan prononçait, entre deux attaques convulsives, dont la dernière était accompagnée d'une crise d'excitation formidable, une véritable oraison funèbre, dans laquelle il mêlait des tirades latines à des phrases incohérentes et à des invocations incompréhensibles.

Même pendant le sommeil, il peut se produire non seulement des attaques convulsives, mais encore des *actes inconscients*, de véritables crises de *somnambulisme*; le malade parle pendant son sommeil, se lève, se promène, grimpe même quelquefois sur le toit avec une surprenante sécurité, qui s'explique par ce fait qu'il n'est pas gêné par l'idée du danger qu'il aurait s'il était éveillé. Certains sujets, plongés dans cet état de *somnambulisme épileptique*, ont même accompli des actes en apparence logiques, comme d'écrire des lettres ou de composer des discours qui ne sont pas sans avoir quelque sens. On réveille ordinairement les épileptiques en *somnambulisme* en les appelant par leur nom, ou en les aspergeant d'eau froide; après quoi ils se plaignent généralement de lassitude, mais sans se souvenir de rien.

Il n'est pas rare d'observer aussi des *actes instinctifs et impulsifs*, sans que la conscience soit supprimée, ou même diminuée sensiblement. Les épileptiques, qui, même en dehors des attaques, sont presque toujours en mauvaise humeur, accomplissent parfois machinalement un acte quelconque absolument comme s'ils étaient dans un de leurs états crépusculaires de la conscience. Ces actes se caractérisent par leur soudaineté, leur violence et leur brutalité. Un malade se rendit en courant dans un café et plongea son couteau dans le ventre d'un consommateur qui entra. Un autre, qui se suicida en se coupant le cou, se trancha

la trachée, l'œsophage et les carotides jusqu'à ce que le couteau arrivât à la colonne vertébrale. De cette même manière impulsive, les sujets de cette catégorie commettent des incendies, des attentats à la pudeur, des viols. On a désigné ces sortes d'accès d'excitation soudaine et passagère sous le nom de *manie* ou de *folie transitoire*.

Un des actes qu'on observe le plus souvent est la tendance aux *fugues* [à l'*automatisme ambulatoire*]. Les malades deviennent inquiets, ne peuvent plus s'asseoir, ni rester chez eux; ils se mettent à courir pendant des heures dans les rues ou hors de la ville; d'autres sont pris pendant des semaines entières de cette envie morbide de voyager, d'une véritable *poriomanie* (Schultze).

C'est ce qui explique que parmi les vagabonds on trouve dans une proportion considérable des épileptiques errant à l'aventure. Il est arrivé à plus d'un d'entre eux de périr victimes de leurs fugues pendant des nuits d'hiver.

[Ce qui caractérise ces crises d'*automatisme ambulatoire*, c'est la soudaineté du départ, le besoin instinctif, inconscient et irrésistible de marcher, l'absence de tout but, la perte totale du souvenir de la fugue.]

Un autre acte instinctif et impulsif, assez souvent observé chez les épileptiques typiques, est l'absorption irrésistible de quantités énormes de boissons enivrantes.

Souvent ces malades sont poussés à absorber, pendant des jours et des nuits, verres sur verres, non seulement des liqueurs alcooliques ordinaires, mais encore de l'eau de Cologne, de l'alcool à brûler, parfois même du vinaigre, du pétrole, de l'éther, du chloral.

Ce penchant à boire des liquides qui enivrent est d'autant plus dangereux que les épileptiques présentent le plus souvent, à l'égard de l'alcool, une grande intolérance; il suffit parfois d'un léger excès, voire même de quelques verres de bière, pour provoquer chez eux soit une violente attaque convulsive, soit des états crépusculaires de la conscience, soit encore et surtout des accès d'*ivresse pathologique*, au cours desquels la faculté de compréhension s'évanouit rapidement, en même temps qu'il se produit une excitation avec actes de violence, illusions et hallucinations.

[Féré a décrit plusieurs cas de *fringales* chez des épileptiques qui dévoraient des quantités invraisemblables d'aliments.]

A côté de ces manifestations pathologiques procédant

par crises, il faut maintenant jeter un coup d'œil sur les troubles *permanents* caractérisant l'état mental des épileptiques. Beaucoup d'entre eux ne présentent aucun affaiblissement intellectuel. Quelques épileptiques ont même produit des œuvres intellectuelles de premier ordre. Néanmoins, même dans ces cas favorables, on constate assez souvent une altération de la personnalité psychique, constituant ce qu'on a appelé le *caractère épileptique*.

Les sujets atteints du mal comitial sont généralement des égoïstes, non pas, il est vrai, à la manière des hystériques, pour qui tous les moyens sont bons du moment qu'ils servent leur vanité, mais bien plutôt en ce qu'ils se désintéressent de tout ce qui est en dehors d'eux pour ne s'occuper exclusivement que de leur état. Extrêmement contents d'eux-mêmes, ils vivent volontiers dans la solitude. Dans les intervalles de leurs crises, ils ont souvent conscience de leur état morbide, et cependant ils restent ordinairement pleins d'espoir, même en présence des progrès incessants de leur affection nerveuse.

Les épileptiques se surveillent et observent leur état maladif avec attention. Les idées religieuses jouent souvent chez eux un grand rôle. Ils se considèrent volontiers comme étant sous une protection particulière et ils ont souvent le nom de Dieu à la bouche. On remarque chez eux une certaine gravité mêlée de lourdeur et de pédantisme. Ils exécutent péniblement, lentement et avec une patience infinie leur travail professionnel. Il n'y a rien d'insignifiant pour les épileptiques; ils vont jusqu'à copier la moindre lettre qu'ils reçoivent, et ils mettent un soin méticuleux aux choses les plus indifférentes. Leur habitus extérieur est généralement strictement correct: ils soignent leur toilette, se font ordinairement une raie aux cheveux et même à la barbe; ils ont souvent une attitude compassée et cérémonieuse. Dans leurs récits, ils sont prolixes, diffus, filandreux, ne savent pas distinguer ce qui est essentiel de ce qui ne l'est pas; ils développent toutes sortes de points accessoires, et pourtant ne perdent point le fil principal du récit, comme cela arrive, par exemple, dans la manie, par suite de la fuite des idées. L'état cœnesthétique est inégal, sujet à des explosions, susceptible; souvent aussi, ces malades ont des idées singulières qu'ils exécutent avec opiniâtreté. Malgré toutes leurs manières polies et bien élevées, ils ne sont pas capables de se placer au point de

vue des intérêts d'autrui; assez souvent ils manquent complètement de reconnaissance et de confiance.

Chez plus de la moitié des épileptiques se développe, au cours de leur affection, un *affaiblissement intellectuel* plus ou moins accusé. La compréhension diminue, le temps de toutes les réactions intellectuelles s'allonge, la sphère des intérêts se rétrécit de plus en plus, tout ce qui ne touche pas au « moi » échappe à l'attention de l'épileptique. La mémoire aussi diminue progressivement. L'humeur est déprimée et excitable. Les actes immoraux ne sont pas rares. L'affaiblissement intellectuel peut atteindre un degré très avancé. La démence est d'autant plus profonde que l'épilepsie survient à un âge moins avancé de la vie, et que les attaques convulsives deviennent plus violentes et plus fréquentes. D'ordinaire, on constate un tremblement des mains et de la langue. Dans les cas les plus graves, les malades ne peuvent plus parler, ni articuler nettement; ils ne font que balbutier ou bégayer. Une apathie complète se produit; en outre, surviennent le gâtisme, des contractures, en un mot un état semblable à ceux qu'on constate parfois dans les formes les plus graves de l'idiotie.

Quelquefois se développent aussi des *idées délirantes* assez *systématisées* accompagnées dans quelques cas d'hallucinations; des idées de persécution, ayant parfois un caractère sexuel, des idées de grandeur; on a donné à ces délires le nom de *paranoïa à base épileptique* (Buchholtz).

La main de l'épileptique, en dehors de toute crise comitiale d'ordre moteur ou psychique, présente souvent des secousses involontaires, convulsives (Sommer). De plus, il existe un tremblement des mains, d'intensité variable. Les réflexes rotuliens sont généralement exagérés.

#### Évolution de l'épilepsie.

Les manifestations que nous venons de décrire peuvent alterner ou se combiner de la manière la plus variée les unes avec les autres et déterminer la forme de l'épilepsie dont le sujet sera atteint pendant toute la durée de sa vie. Il y a des épileptiques qui ne présentent que de graves attaques convulsives, survenant périodiquement avec une régularité parfois extraordinaire: tous les deux ou trois jours, toutes les deux ou trois semaines ou tous les deux ou trois mois, sans que d'autres accidents sur-