

les enfants reprennent, dans leur intervalle, toute leur gaieté; mais, à mesure qu'ils se répètent, ils laissent un état permanent de souffrance; la nutrition s'altère, le sommeil se perd, la diarrhée se déclare, et si l'enfant n'est pas emporté dans une attaque, il meurt plus tard épuisé ou dans le coma.

Durée. Terminaisons. — Le spasme de la glotte a, d'après M. Hérard, une durée moyenne de quelques semaines à plusieurs mois; il peut se prolonger plusieurs années, comme ne durer que quelques secondes, puisque les enfants peuvent succomber dans le premier accès. La terminaison peut être favorable ou bien funeste. La mort peut arriver brusquement pendant l'accès, par cessation de la respiration, ou bien les malades succombent à quelque lésion accidentelle du cerveau ou à l'épuisement des forces qu'entraîne la fréquente répétition des crises.

Diagnostic. — Le spasme de la glotte a une physionomie tellement bien tranchée, qu'il est difficile de le méconnaître. En effet, des accès de suffocation affectant brusquement les enfants au milieu de la santé la plus parfaite, se dissipant après quelques secondes ou quelques minutes sans laisser de traces, caractérisent suffisamment la maladie. On ne confondra pas le spasme de la glotte avec le croup; car on ne rencontre point dans le premier l'enrouement, l'aphonie, le sifflement laryngo-trachéal continu, le rejet des fausses membranes, la dyspnée persistante s'exaspérant par moments et se transformant en accès de suffocation, la fièvre enfin, qui caractérisent la laryngite pseudo-membraneuse. Il y a plus de points de contact entre le spasme glottique et l'angine striduleuse ou asthme de Millar. Mais cette dernière affection atteint des enfants généralement plus âgés; elle est souvent précédée par de l'enrouement; les accès, survenant presque toujours au milieu de la nuit, sont caractérisés par une toux quinteuse, sèche, sonore et sifflante, avec menace de suffocation. Enfin, après une ou plusieurs heures de durée, la crise cesse, et il est presque sans exemple qu'elle ait jamais eu une issue funeste. La coqueluche n'a aucun rapport avec la maladie que nous traitons, car elle se caractérise par des quintes de toux très-rapprochées qui n'existent pas dans le spasme, et qui sont suivies d'une inspiration longue et retentissante, n'ayant aucune ressemblance avec l'inspiration aiguë, convulsive, qui termine l'accès du premier. Je ne dirai rien de l'œdème de la glotte, qui, étant une maladie à marche continue, offrant seulement de temps en temps des exacerbations, ne peut, dans aucun cas, être confondue avec le spasme glottique.

Pronostic. — Le spasme de la glotte est une des affections les plus graves de l'enfance. Elle fait périr, en effet, au moins le tiers ou la moitié des enfants qu'elle atteint; elle peut emporter le malade dès le premier accès, et l'on voit périr alors comme foudroyés des enfants qui, quelques secondes auparavant, étaient gais et pleins de vie. Le pronostic sera d'autant plus fâcheux que les enfants sont plus jeunes, plus débiles, que les accès sont plus longs et plus rapprochés.

Étiologie. — Le spasme glottique est une affection spéciale à la première enfance; on l'observe surtout chez les sujets âgés de trois à dix-huit mois. Les garçons y sont plus prédisposés que les filles; ceux d'une constitution débile y sont peut-être plus exposés que les enfants vigoureux. Il n'est pas prouvé que la maladie soit héréditaire ou que certaines conditions d'organisation des parents y prédisposent les enfants. Mais il est avéré que la prédisposition peut atteindre tous les enfants d'une même famille. La maladie semble plus commune dans les pays humides et froids; ainsi, tandis qu'elle est rare en France et presque inconnue dans les pays plus méridionaux, on la rencontre au con-

traire très-fréquemment en Angleterre ainsi qu'en Allemagne. Il règne surtout dans le premier de ces pays une opinion que M. Hérard semble partager, et qui consiste à regarder le travail de la dentition comme une cause occasionnelle du spasme glottique: c'est un point de doctrine non encore établi, et qui mérite de fixer l'attention des médecins.

Traitement. — Les accès sont si courts, qu'il est à peu près impossible de rien faire pour les modérer ou pour empêcher les enfants de succomber. On conseille seulement de relever l'enfant, de le pencher en avant, d'asperger sa figure d'eau froide, de lui présenter des substances odorantes, et de frictionner sa poitrine et les membres avec une flanelle imprégnée d'un liniment irritant: on a même recommandé la trachéotomie.

On essaiera de prévenir le retour des accès en empêchant l'enfant de courir avec trop d'ardeur, en prévenant ses pleurs, en surveillant la dentition. Si les accès coïncidaient avec l'issue difficile d'une ou de plusieurs dents, on devrait inciser la gencive, car on a vu plusieurs fois cette simple opération terminer des accès qui mettaient la vie dans le péril le plus prochain. En même temps la plupart des médecins ont recours à la médication antispasmodique: l'oxyde de zinc, le musc à haute dose sont fréquemment employés. Les narcotiques ont aussi quelques partisans, et un fait des plus curieux, rapporté par le docteur Marotte dans le tome XLVIII du *Bulletin de thérapeutique*, prouve que les inhalations de chloroforme peuvent être tentées avec succès contre cette redoutable affection. M. Marotte a sauvé, par ce moyen, un enfant de onze mois sur le point d'expirer, à cause d'accès qui se multipliaient, et pour les conjurer, il a dû, par des inhalations successives, pendant lesquelles il a dépensé 25 grammes de chloroforme, prolonger pendant deux heures le sommeil anesthésique. Il faudrait d'autant moins hésiter à suivre en pareil cas la conduite de M. Marotte, que les agents anesthésiques peuvent être administrés aux enfants dès l'âge le plus tendre. Mais il faut se rappeler qu'ils sont très-impressionnables à ces médicaments, et que la période anesthésique arrivant souvent chez eux d'emblée, sans excitation préalable, on doit redoubler de vigilance. Dans le spasme glottique, on ne négligera pas d'établir une révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs, et sur la peau avec des rubéfiants et même avec des vésicants. Enfin, il faudra placer l'enfant dans les meilleures conditions hygiéniques; le changement de lieu, l'habitation à la campagne, ont suffi parfois pour arrêter brusquement les accidents.

Nature. Siège. — Il est inutile d'insister pour prouver que la maladie que nous venons de décrire est une névrose. Son début brusque, son retour par accès, l'absence de toute lésion appréciable, le démontrent. Mais où localiser la maladie? Faut-il en faire une névrose des nerfs récurrents amenant la convulsion tonique des muscles du larynx; ou bien doit-on, avec quelques auteurs, en faire une affection des centres nerveux analogue à l'éclampsie, à l'épilepsie, au tétanos, etc., et se traduisant par une convulsion partielle? C'est l'opinion qui nous paraît la plus probable. C'est ce qui explique la place que nous avons donnée dans ce livre au spasme glottique, en en parlant immédiatement après l'éclampsie. Ce qui prouve d'ailleurs en faveur de l'opinion que je soutiens, c'est que, dans un grand nombre de cas, la convulsion s'étend à d'autres muscles, notamment aux muscles des membres; enfin, quelquefois envahissant tout le corps, elle se transforme en véritable accès d'éclampsie.

DE L'ÉPILEPSIE

SYNONYMIE. — Mal caduc, mal de Saint-Jean, mal de terre, grand mal, haut mal; *morbus divinus*, *major-herculeus*, *lunaticus*. — *Epilepsie* vient de *ἐπιλαμβάνω*, je saisis.

L'*épilepsie* peut être définie : une maladie apyrétique, chronique et intermittente du cerveau, caractérisée tantôt par la perte subite de connaissance avec insensibilité générale et relâchement de tous les muscles volontaires, plus souvent par des convulsions générales ou partielles, ayant presque toujours une durée courte, s'accompagnant de turgescence rouge ou violacée de la face, de distorsion des lèvres et des yeux, d'écume à la bouche et d'insensibilité.

Historique. — Un appareil symptomatique aussi effrayant, joint à la fréquence de la maladie, à son opiniâtreté désespérante et à ses suites si souvent désastreuses, explique comment l'*épilepsie* a fixé l'attention des plus anciens observateurs. Hippocrate lui a consacré un livre tout entier (*De morbo sacro*) et plusieurs de ses aphorismes. Celse en parle; mais le tableau le plus remarquable de l'*épilepsie* qu'on trouve dans l'antiquité a été tracé par Arétée et par Cælius Aurelianus. Les auteurs des siècles suivants n'ajoutèrent rien de capital, et il faut presque venir jusqu'à Van Swieten, qui a émis sur la maladie des idées généralement fort justes. On ne saurait oublier, en traitant de l'*épilepsie*, de mentionner de la manière la plus honorable la monographie de Tissot, qui est sans contredit bien supérieure aux livres publiés postérieurement sur le même sujet par Portal et par Maisonneuve. Plusieurs contemporains ont aussi fait de l'*épilepsie* le sujet de travaux de quelque valeur; nous remarquerons surtout ceux d'Esquirol (1), de Georget (2), de MM. Calmeil (3), Beau (4), Leuret (5); plus récemment enfin, M. Herpin a publié sur l'*épilepsie* un ouvrage digne d'être remarqué par la sévérité de la méthode qu'il a généralement suivie dans l'appréciation des faits.

Anatomie pathologique. — Les hommes qui aujourd'hui font autorité dans la science s'accordent à reconnaître que, dans l'immense majorité des cas, l'*épilepsie* ne se lie à aucune altération saisissable des centres et des cordons nerveux. Lorsqu'il existe quelques lésions, celles-ci sont très-variables : ce sont en effet des exostoses, des tumeurs fongueuses, des ossifications de la faux, des épaissements des membranes, des tubercules, des cancers, des épanchements séreux, des ramollissements, des abcès des lobes cérébraux, etc. Mais remarquons ici avec Georget que ces altérations si diverses, qu'on ne rencontre que chez un petit nombre d'épileptiques, se voient également chez des individus qui ne l'ont pas été. Souvent, entre ces lésions et l'*épilepsie*, il n'y a qu'une simple coïncidence. Dans quelques cas peut-être, l'*épilepsie*, par suite de l'excitation cérébrale qu'elle produit et des congestions sanguines qui l'accompagnent, provoque-t-elle plus facilement, dans les centres nerveux, quelques-unes des lésions précédemment énumérées; toutefois ce n'est là qu'une vue de l'esprit, et rien ne prouve encore que l'*épilepsie* prédispose aux lésions organiques des centres nerveux. Si l'anatomie pathologique de l'*épilepsie* est si riche dans les livres, c'est parce qu'on a trop souvent con-

(1) Dictionnaire des sciences médicales, et Traité des maladies mentales.

(2) Dictionnaire de médecine, article ÉPILEPSIE.

(3) Thèse de Paris, année 1824.

(4) Archives générales de médecine, 2^e série, t. XI.

(5) Archives, année 1843.

fondue avec l'*épilepsie vraie*, des accès convulsifs toniques, des attaques épileptiformes dues à des encéphalites ou à des tumeurs intracrâniennes; et, comme le dit Georget, on a alors rapporté à la première des altérations qui appartiennent aux secondes, ou bien on n'a pas su distinguer l'*épilepsie* de certaines maladies cérébrales intercurrentes, telles, par exemple, qu'une encéphalite qui vient quelquefois terminer d'une manière funeste des accès d'*épilepsie* dont le début remonte déjà à une époque éloignée. Georget a démontré que cette double erreur avait été commise par Morgagni. Sachons bien que la plupart des lésions de l'encéphale, quel que soit leur siège, mais surtout les tumeurs de quelque nature qu'elles soient, les phlegmasies, le ramollissement même, peuvent provoquer des accidents convulsifs qui simulent une *épilepsie*, mais qui ne la constituent point. Il en est de même des blessures, et un habile expérimentateur, M. Brown-Séguard, a prouvé qu'en coupant ou en piquant certains points de la moelle, surtout sa moitié latérale, de la septième vertèbre cervicale à la troisième lombaire, on rendait certains animaux sujets à des accès épileptiformes qu'on provoquait à volonté en les pinçant ou en les empêchant de respirer.

Lorsque la mort a lieu au milieu d'une attaque, on trouve les sinus cérébraux gorgés de sang, la substance médullaire est fortement sablée de rouge, la grise est violacée, livide, et il y a souvent beaucoup d'infiltration sous-arachnoïdienne; les poumons, enfin, sont gorgés de sang noir. Les symptômes qu'on observe pendant l'attaque, et surtout la gêne de la respiration, expliquent la plupart de ces lésions, qui sont le résultat, la conséquence de l'accès, et nullement sa cause anatomique.

On comprend que la répétition des attaques, en provoquant ces congestions, puisse amener quelques changements dans la texture de l'encéphale. C'est un point qui a été bien étudié dans ces derniers temps, spécialement par le professeur Schröder van der Kolk. C'est dans la moelle allongée, et plus particulièrement encore dans les foyers de substance grise de l'isthme de l'encéphale, qu'on trouverait ces lésions consécutives; ce sont des dilatations plus ou moins considérables des vaisseaux, dont les parois s'indurent. Ces changements dans la circulation amènent des exsudats albuminaux, puis les tissus s'engraissent, se ramollissent, effet qui n'a guère été constaté que chez les vieux épileptiques, absolument incurables. Ces lésions sont probablement toujours consécutives; on comprend néanmoins aisément que, lorsqu'elles existent, elles doivent provoquer par elles-mêmes les accès, et lorsqu'elles sont profondes, donner à l'affection un cachet immuable d'incurabilité. Les lésions dont je viens de parler seraient très-inégalement disposées dans la moelle allongée, et on pourrait, d'après leur siège, déterminer la prédominance de quelques-uns des phénomènes. C'est ainsi que dans les cas où la langue convulsée sort de la bouche et se trouve mordue, les racines du nerf hypoglosse sont particulièrement altérées; il en est de même pour les origines de tel ou tel autre nerf, dont les fonctions sont plus spécialement troublées pendant les attaques. Le grand sympathique est-il parfois lui-même altéré? Je ne sais, mais c'est un sujet d'études à poursuivre; car ce nerf ne semble pas être complètement étranger aux attaques.

Je dois, en terminant ce qui concerne l'anatomie pathologique, appeler l'attention sur un fait avancé par Dumas dans sa *Doctrine des maladies chroniques* (1), savoir, que dans les *épilepsies* constitutionnelles, et partant incurables, l'angle facial serait toujours de 5, 8 ou 10 degrés inférieur à l'angle facial des tête

(1) Tome I, p. 126.

européennes, qui est de 80 degrés. C'est là une assertion qui mérite d'être examinée, car si elle était fondée, on pourrait avoir par là un caractère pour reconnaître peut-être les épilepsies absolument incurables de celles qui offrent encore quelques chances de guérison.

Début de l'épilepsie. — Georget dit que, sur cent malades, il y en a à peine quatre ou cinq dont les attaques soient précédées de quelques signes indicateurs. Presque toujours, dit-il, la maladie débute brusquement, d'une manière aussi soudaine que si l'individu était frappé de la foudre. M. Beau cependant, dans un travail statistique qu'il a publié en 1838 dans les *Archives*, et qui est fondé sur l'analyse de deux cent soixante-douze faits, a établi que la proportion des épilepsies qui ont des prodromes est beaucoup plus considérable que ne l'avait dit Georget, puisqu'il en a reconnu dans la moitié des cas environ. Ces prodromes sont de deux sortes : les uns sont *éloignés*, c'est-à-dire qu'ils précèdent l'attaque d'une ou plusieurs heures ou d'un ou plusieurs jours; les autres sont *prochains* : ceux-là ne précèdent l'accès que de fort peu de temps, souvent même l'espace qui les sépare de celui-ci est presque indivisible. Les prodromes qui arrivent longtemps avant l'attaque sont très-variables. Chez quelques malades on remarque un changement dans le caractère et dans les habitudes : ils deviennent impatients, chagrins, plus impressionnables, tristes : ils ont des malaises, de l'assoupissement ou de l'insomnie, des vertiges, de la céphalalgie, des crampes, du dégoût pour les aliments, des nausées, de la constipation, des sueurs abondantes et fétides (Dumas), etc. D'autres fois ce sont des phénomènes plus insolites, comme des éruptions cutanées (J. Frank), des rougeurs dans quelques points du corps, surtout à la face, la distension des veines du front (Tissot), etc.

Les prodromes tout à fait prochains ne précèdent l'attaque que d'un temps fort court, comme une ou deux secondes; ils consistent surtout en sensations diverses éprouvées par les malades. Ainsi beaucoup ont des hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et surtout de la vue; ils entendent des sons extraordinaires, sentent des odeurs piquantes ou fétides, voient des objets lumineux, des spectres, etc. Plus souvent les malades éprouvent sur divers points du corps, comme à la nuque, aux lèvres, au sein, aux pieds, aux mains, etc., des sensations diverses de froid, de chaud, d'engourdissement, de chatouillement, de douleur, etc., qui, comme une vapeur, montent rapidement vers le cerveau et sont suivies aussitôt de l'attaque. C'est à ces sensations particulières que les auteurs ont donné le nom d'*aura epileptica*. M. Herpin, étudiant à son tour ce symptôme remarquable, a conclu que l'*aura epileptica* n'était rien autre que la première manifestation convulsive de l'attaque, se produisant dans une partie plus ou moins éloignée du cerveau. Mais nous ne saurions partager cette opinion; nous croyons plutôt que, dans la grande majorité des cas, l'*aura*, complètement étrangère aux convulsions toniques, n'est qu'une exagération ou une perversion de la sensibilité.

Les épilepsies précédées d'une *aura* ne sont pas à beaucoup près les plus communes; c'est ce que tous les auteurs compétents reconnaissent aujourd'hui. Suivant M. Piorry, au contraire, l'*aura* aurait lieu constamment, et il n'existerait pas d'épilepsies sans ce phénomène. Ce professeur croit que lorsque l'*aura* n'est pas accusée par le malade, cela tient à ce qu'elle a son point de départ dans l'œil, et qu'en raison du peu de longueur du nerf optique elle s'élance comme un trait vers l'encéphale, et détermine l'attaque avant que l'impression ait pu être assez profondément gravée dans le cerveau encore sain, pour que, lors du retour de la connaissance, la mémoire s'en conserve. Quelque ingé-

nieuse que soit cette idée, on voit qu'elle n'exprime qu'une hypothèse. Quoi qu'il en soit l'*aura*, lorsqu'elle se manifeste, n'est pas nécessairement suivie d'un accès convulsif; quelquefois tout se borne à cette manifestation douloureuse qui peut être passagère, rapide même comme l'éclair, mais qui quelquefois persiste en changeant de nature. Je donne des soins à un malade dont les accès épileptiques, revenant à de longs intervalles, sont toujours précédés d'une *aura* qui part de la main gauche, et fait éprouver la sensation que produirait une forte secousse électrique. Cette *aura* est ordinairement remplacée pendant plusieurs jours, et même pendant plus d'une semaine, par un sentiment permanent et pénible de gêne et de pesanteur dans le membre.

Qu'il y ait ou non des prodromes, l'attaque n'en arrive pas moins subitement; mais tantôt le malade est seulement étourdi; tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, à la perte de connaissance se joignent des mouvements convulsifs. De là deux formes d'épilepsie qu'il importe de décrire à part, savoir : le *vertige*, l'*étourdissement épileptique* ou le *petit mal*; l'*épilepsie* proprement dite, *convulsive* ou *grand mal*.

Vertige épileptique. — Cette forme de l'épilepsie n'est bien connue que depuis les travaux d'Esquirol, de Georget et de M. Calmeil. M. Beau en a tracé un tableau très-fidèle. L'individu perd tout à coup connaissance, en jetant quelquefois un léger cri. S'il est debout, il tombe, à moins qu'il n'ait le temps de s'accrocher à quelque corps solide; s'il est assis, il peut rester dans cette position. Son corps est en général immobile; ses yeux, fixes et hagards, semblent être dirigés sur un objet; la face est pâle, on y observe parfois de légères convulsions. Après quelques secondes, une ou deux minutes au plus, cet état cesse; on voit alors quelques-uns de ces malades recouvrer immédiatement la plénitude de leur raison et continuer, dit Georget, sans s'imaginer l'avoir interrompue, une conversation, une phrase, une occupation quelconque. Mais il en est d'autres qui restent pendant quelques minutes dans l'assoupissement et dans un état d'hébétude; quelques-uns divaguent ou se livrent à des actes extravagants, puis après quelques instants ils reviennent à la raison, conservant quelquefois le souvenir de ce qui s'est passé, mais seulement de ce qui a eu lieu pendant les moments d'aberration. C'est au vertige qu'il convient de rapporter ces cas, rares d'ailleurs, dans lesquels les malades, poussés par une puissance irrésistible, sont forcés de courir en avant, en arrière, ou de pirouetter, puis, tombant sans connaissance, se relèvent sur-le-champ bien portants, ou du moins seulement étourdis.

Il est une autre espèce de phénomène épileptique appartenant au vertige, mais moins grave cependant que la forme précédente, et qui, à peine indiquée par Georget, a été bien décrite par M. Calmeil sous le nom d'*absences*. Dans cette forme, dit cet observateur distingué, le malade laisse tomber à terre l'ouvrage ou l'objet qu'il tenait à la main; puis, sans présenter aucune autre particularité bizarre, il perd de vue ce qui se passe autour de lui; quoique ses sens semblent éveillés, ils sont momentanément fermés aux impressions : c'est une véritable extase. Si, dès le début, on interpelle le malade, l'absence cesse; si l'on reste spectateur sans mot dire, elle se dissipe de même, mais après quelques secondes de durée.

Les vertiges précèdent souvent d'une ou plusieurs années les accès convulsifs; le plus souvent, comme le remarque M. Calmeil, ils surviennent dans les intervalles des grands accès que nous allons maintenant décrire.

Accès épileptiques proprement dits, ou grand mal. Comme le vertige, l'accès

convulsif survient brusquement; les malades pâlisent tout à coup, tombent privés de connaissance; beaucoup poussent un cri violent au moment même de la chute. Ce cri est attribué par M. Beau à une expression rapide de surprise qu'éprouverait l'individu en tombant; mais il vaut mieux le regarder comme un effet purement mécanique de la convulsion des organes de la voix et peut-être aussi comme un signe de douleur. J'ai dit que les malades pâlisent tout à coup : il y a en effet dans toute attaque épileptique une anémie subite de la face et probablement aussi de la masse encéphalique, qu'on a cherché à expliquer par une excitation des nerfs vaso-moteurs produisant un resserrement des petites artères. Quoi qu'il en soit, ce défaut de circulation, et par conséquent d'excitation, explique bien l'arrêt subit des fonctions cérébrales qui est le caractère essentiel de tout accès épileptique. Dès ce moment, en effet, les sens sont fermés à tous les excitants possibles; l'insensibilité est tellement complète qu'on a vu souvent de ces malheureux, tombant dans le feu, se faire des brûlures larges, profondes, se carboniser un membre entier sans en avoir la conscience; mais presque aussitôt le corps se roidit, parce que tous les muscles du corps se tétanisent, la respiration est gênée par la contraction des muscles thoraciques et par l'immobilité de la poitrine : aussi voit-on alors la figure, de pâle qu'elle était, devenir rouge, violacée, noirâtre même, surtout aux lèvres et aux joues; le pouls s'accélère bientôt, des mouvements convulsifs, légers d'abord, violents ensuite, se remarquent à la face, puis au tronc et aux membres. La contracture convulsive étant le plus souvent plus marquée d'un côté que de l'autre, les commissures de la bouche et des yeux sont déviées à droite ou à gauche; la face est dans un état de distorsion qui la rend horrible à voir; le cou est comme tordu, et la tête est portée violemment de côté ou d'autre, de manière que le menton repose quelquefois sur l'épaule; enfin les membres d'une moitié du corps sont dans un état de roideur plus considérable que ceux du côté opposé. Les convulsions varient beaucoup quant à leur intensité, à leur siège et à leur étendue. A la face, le front est agité de mouvements ondulatoires; les sourcils s'abaissent et se rapprochent, dit Tissot, comme dans l'indignation. L'agitation des paupières n'est pas moindre : tantôt elles restent ouvertes; le plus souvent elles sont fermées incomplètement et laissent voir le globe de l'œil, qui est fixe ou dans un mouvement de rotation très-rapide. Tous les autres muscles de la face ne sont pas moins agités que les précédents, ce qui produit les grimaces les plus horribles. La mâchoire inférieure peut être écartée si violemment, que Van Swieten l'a vue se luxer; mais le plus souvent les arcades dentaires sont rapprochées et se meuvent quelquefois de manière à produire un grincement continu et assez fort pour briser les dents : plus souvent les lèvres, les joues, et plus encore la langue, serrées entre elles, sont déchirées. Turner cite même un cas où la langue fut entièrement divisée. Le sang qui s'écoule par ces blessures colore l'écume qui baigne les lèvres et qui sort de la bouche avec bruit. La tête, comme nous l'avons dit, est souvent fixe; mais quelquefois elle exécute, dit Tissot, avec une rapidité qu'on a peine à comprendre, les mouvements les plus extraordinaires. Ainsi, tantôt elle est en rotation continue; tantôt elle est portée alternativement en avant, en arrière, avec une force à laquelle rien ne résiste : enfin elle peut être renversée en arrière, ou inclinée en avant, de manière que le menton soit presque collé sur la partie supérieure du thorax. Les membres se contournent parfois d'une manière extraordinaire, ils exécutent avec une violence que nul effort ne peut maîtriser tous les mouvements possibles; les pouces sont presque toujours fortement fléchis. Le tronc est ordinairement soulevé, tourné,

courbé en différents sens par la contraction convulsive des muscles qui le meuvent : aussi la respiration est-elle gênée; les inspirations sont courtes, répétées; l'air, en traversant le larynx, fait entendre un léger bruit. Tous les mouvements que le malade exécute sont violents; mais, contrairement à ceux qu'ont les hystériques, ils sont peu étendus et ne poussent point le patient hors du lit sur lequel il repose. L'action des muscles est d'ailleurs si variée et si forte, dit Tissot, qu'elle exécute non-seulement les mouvements les plus bizarres, mais encore ceux qu'on croirait les plus impossibles, même aux pantomimes les plus exercés, et cela avec une force infiniment supérieure à celle de l'homme sain; c'est à tel point qu'on a vu quelquefois plusieurs os fracturés. Au milieu de tous ces désordres, le pouls s'accélère encore; il est petit et souvent irrégulier; il y a parfois des palpitations violentes; la surface du corps est inondée de sueur, surtout dans les parties supérieures. Quelques malades éprouvent alors des vomissements et ont des évacuations involontaires de matières fécales, d'urine et même de sperme.

Cet état si grave, qui ne pourrait se prolonger longtemps sans mettre la vie en péril, dure depuis trente à quarante secondes jusqu'à trois ou quatre minutes. En général, après deux minutes de durée, la roideur cesse, les parties déviées reprennent leur direction; le pouls se ralentit et se relève, la respiration devient libre; la teinte violacée de la face s'éteint et est remplacée par la pâleur de la mort. Mais ordinairement alors, au lieu de reprendre connaissance, les malades tombent dans un assoupissement profond; leurs membres sont dans la résolution la plus complète; ils font entendre un ronflement bruyant comme le ferait un homme profondément endormi. Cet état peut persister quelques minutes seulement ou continuer plusieurs heures. Alors le malade ouvre les yeux, il regarde avec une sorte d'étonnement : ses idées sont confuses, il balbutie, se plaint de la tête et des membres; enfin, il revient peu à peu à lui, ne conservant aucun souvenir de l'accès. La plupart sont tristes, courbaturés; ils se plaignent, les uns des contusions ou des plaies qu'ils se sont faites en tombant, les autres souffrent de la langue qu'ils se sont déchirée. Il n'est pas rare de constater des ecchymoses aux conjonctives, aux paupières, aux joues, ce qui s'explique par la turgescence que la face présentait pendant la crise convulsive de la gêne extrême de la respiration. Il en est quelquefois de même dans les asphyxies violentes. En raison des mêmes causes, on a vu quelquefois, ainsi que Van Swieten en cite des exemples, les malades rendre une plus ou moins grande quantité de sang par les vomissements et par les selles, par suite d'une exsudation sanguine qui s'est faite dans les voies digestives pendant l'accès.

Cependant l'attaque ne se termine pas toujours de la même manière : ainsi il n'est pas rare de voir les malades, sortant de leur état de stupeur, d'assoupissement, divaguer et tomber dans un délire maniaque; on dit que souvent aussi il y a un délire érotique; quelques-uns ont des paralysies partielles, d'autres sont hydrophobes. Mais ces troubles nerveux n'ont en général qu'une durée courte, et se dissipent communément après quelques heures, ou, au plus tard, après quelques jours.

Je viens de décrire la forme la plus grave et la plus commune de l'épilepsie. Tous les accès cependant ne se présentent pas avec la même physionomie. C'est avec raison que Sennert avait déjà écrit que, dans certaines épilepsies, les convulsions, au lieu d'être générales, pouvaient être bornées à quelques parties du corps. Il y a des malades, par exemple, qui se bornent à secouer la tête, d'autres agitent un membre, ou éprouvent un serrement des poignets

et de la mâchoire. M. Falret en a vu dont toute l'attaque consistait en mouvements successivement répétés de déglutition, avec élévation et abaissement alternatifs de la mâchoire inférieure; mais, quelle que soit la forme de l'attaque, tous les malades éprouvent, comme symptôme commun, la perte de tout sentiment, nul ne conserve le souvenir de ce qui lui est arrivé.

Intervalles et retour des attaques. — Les malades peuvent n'avoir qu'un seul accès qui se reproduit plus ou moins longtemps après, c'est-à-dire une, deux ou trois fois par semaine, tous les mois, tous les ans, ou après cinq, dix et quinze ans, ainsi que j'en ai vu des exemples. Cependant, au lieu de ces accès isolés, beaucoup de malades ont des attaques qui se répètent un plus ou moins grand nombre de fois de suite. On dit alors que l'accès est *composé* ou *avec paroxysmes*. Ces paroxysmes, d'après M. Herpin, se montrent le plus souvent tous les mois, durent d'un à deux ou trois jours, et se composent de 2 à 6 accès. Ceux-ci peuvent pourtant être infiniment plus répétés: c'est ainsi qu'il y en a jusqu'à 20, 30, 60 et 100 dans les vingt-quatre heures; Trincavelli, cité par Tissot, parle même d'un enfant chez lequel on en aurait compté jusqu'à 150 dans un seul jour. Dans ces cas, les malades ne reprennent jamais complètement connaissance; la plupart restent dans le coma et l'insensibilité durant des heures entières, pendant un et même plusieurs jours. Il n'est pas rare alors de voir la mort survenir presque tout d'un coup par suite des troubles profonds de l'innervation et de l'hématose. Les attaques tendent en général à se rapprocher à mesure qu'elles se répètent.

Les accès n'offrent presque toujours rien de régulier dans leur retour. Leuret affirme pourtant que les attaques ont une grande tendance à se régulariser, et M. Herpin établit aussi que, sans affecter la régularité des fièvres intermittentes, les crises de l'épilepsie sont beaucoup moins anormales dans leur apparition qu'on ne croit communément.

Presque toujours les accès se déclarent sans cause: quelquefois c'est à la suite d'une émotion, d'une fatigue, et plus souvent peut-être après un excès. La lune, quoi qu'on en ait dit, n'exerce aucune influence sur le retour des attaques; il n'en est pas de même de l'état électrique de l'atmosphère: Leuret a prouvé, par exemple, que beaucoup d'épileptiques étaient frappés en temps d'orage. Les attaques, d'après le calcul de ce médecin, seraient plus fréquentes en hiver et en automne qu'au printemps et en été; elles surviendraient pendant le jour, et plus souvent encore durant la nuit. Cependant M. Herpin admet, au contraire, que les accès diurnes sont deux fois plus communs que les accès de nuit. Quoi qu'il en soit, lorsque l'attaque le surprend ainsi pendant son sommeil, le malade très-souvent n'est pas réveillé, et il ne connaît le lendemain l'accident de la nuit que par la fatigue extrême qu'il ressent. Il est des épilepsies exclusivement *nocturnes* ou plutôt des épilepsies qui ne frappent l'individu que pendant le sommeil, qu'il ait lieu la nuit ou le jour. On comprend que dans ces cas l'épilepsie peut être longtemps méconnue et ignorée même toujours du malade.

Les accès se suspendent souvent dans le cours d'une maladie aiguë, mais ils reparissent aussitôt que celle-ci est guérie. Le vulgaire et beaucoup de médecins croient que certaines révolutions du corps, comme la puberté, surtout chez les femmes, éloignent les attaques, et même les font cesser tout à fait. Mais il y a longtemps que Tissot a prouvé combien cette opinion était peu fondée. Il a réfuté aussi l'idée de ceux qui croient que le mariage guérit souvent l'épilepsie. Le célèbre médecin de Lausanne dit que l'événement ne justifie la promesse que quand le mal vient d'une suppression de règles que le mariage ré-

tablit, ou de la difficulté de leur écoulement qu'il facilite, ou d'un excès de tempérament auquel il remédie; mais même alors il ne faut guère se bercer d'illusion. Dans toute autre circonstance, le mariage augmente la disposition épileptique et la développe. M. Herpin a reconnu également que l'établissement de la menstruation n'avait pas une action favorable, et si l'on considère d'autre part l'influence fâcheuse de chaque apparition menstruelle sur la marche de l'épilepsie, on sera porté à croire à l'action peu favorable de cette fonction sur la maladie elle-même.

Durée de l'épilepsie. — Nous avons vu que les attaques avaient une durée très-variable. Tissot estime qu'en moyenne cette durée varie entre dix et vingt minutes; Esquirol, entre cinq et quinze; mais on ne peut établir à ce sujet rien de fixe, puisque quelquefois, comme nous l'avons vu, l'accès se juge en quelques secondes, tandis que d'autres fois il se prolonge, même quand il est simple, pendant une, deux et jusqu'à quatorze heures (Barbette). Quant à la durée de l'épilepsie, elle est indéterminée le plus souvent, presque toujours même elle persiste indéfiniment; mais il peut exister entre chaque accès plusieurs années d'intervalle.

Terminaisons. Suite de l'épilepsie. — L'épilepsie, comme nous l'avons vu, se termine quelquefois par la mort. Celle-ci survient tantôt par le fait seul de l'attaque; tantôt parce que la violente congestion de la tête se termine par un épanchement sanguin dans le cerveau ou dans les méninges; ou bien le cœur déjà malade, ou une tumeur anévrysmale préexistante, ou bien encore la rate ramollie, peuvent se rompre en raison de la perturbation profonde de la circulation. L'attaque ayant lieu peu de temps après le repas, il peut arriver encore, si le malade vomit, que, par suite de la contraction du pharynx et plus encore par l'état de trismus, les matières ne puissent être rejetées au dehors, et pénètrent dans les voies aériennes. Un fait de ce genre a été recueilli par notre ami le docteur Gendron (de Chinon), pendant son internat à l'hospice de Bicêtre.

La mort, qui survient par la répétition des attaques, a lieu surtout par asphyxie: celle-ci s'explique par le spasme des muscles respiratoires; quelques auteurs supposent en outre qu'il y a occlusion de la glotte occasionnée par le spasme de ses muscles constricteurs; rien pourtant ne le prouve. Quelques malades succombent brusquement dans l'intervalle des attaques, avec les phénomènes de la syncope, et peut-être aussi, dit-on, par suspension de l'innervation.

L'épilepsie guérit très-rarement: telle n'est pas pourtant l'opinion de M. Herpin. Ce médecin dit en effet que l'épilepsie livrée à elle-même se termine heureusement dans un vingtième des cas; que la médecine peut intervenir utilement chez les trois quarts, qu'elle peut en guérir plus de la moitié, et procurer une amélioration plus ou moins durable chez un cinquième; enfin, que le nombre des épilepsies rebelles aux traitements dirigés avec persévérance ne serait que d'un quart. Cette opinion, contraire à ce que chacun enseigne, est fondée sur ce que le médecin genevois regarde comme guéris des malades qui ne sauraient être considérés autrement que comme améliorés. Il dit, en effet, dans son livre (p. 85), qu'il considère un malade comme guéri toutes les fois que, sous l'influence d'un traitement, on voit cesser les attaques pendant un temps qui dépasse de beaucoup la limite d'un simple retard dans la marche habituelle des accès, surtout si la cessation date de plusieurs années. Dans les cas où, après une longue période, longue relativement à la marche ordinaire des attaques, les accès auront reparu, M. Herpin voit là une rechute, et, s'il