

y avoir une lésion des *canaux semi-circulaires*, dont la corrélation avec le maintien de l'équilibre est démontrée par une multitude de recherches expérimentales. La connaissance du vertige de Menière a par conséquent une grande importance pour le médecin neurologue, attendu que des confusions de cette maladie avec l'épilepsie, avec les affections cérébelleuses, etc., ont été signalées à diverses reprises. D'autre part on doit supposer aussi que des accès purement *névralgiques* et *hystériques* peuvent quelquefois complètement simuler le tableau morbide de la maladie de MENIÈRE, à telle enseigne qu'il faut parfois une observation minutieuse de longue durée pour que le diagnostic puisse être correctement affirmé.

La *thérapeutique* n'est pas complètement désarmée contre l'appareil symptomatique en question, depuis que CHARCOT a découvert que l'usage continu de la *quinine*, dans nombre de cas tout au moins, produit une amélioration notable des symptômes, même parfois une guérison totale. On prescrit 0,5 à 1,0 grm. de quinine par jour, en 2 à 3 doses et on insiste sur cette médication au moins pendant plusieurs semaines. Nous ne pouvons nous étendre davantage sur le traitement de l'affection auriculaire, nécessairement indiqué quand l'oreille moyenne est également malade.

VI. NÉVROSES SANS FONDEMENT ANATOMIQUE CONNU.

CHAPITRE PREMIER.

ÉPILEPSIE.

(*Mal caduc, morbus sacer.*)

Étiologie. L'épilepsie est une maladie *autonome* assez commune dont le symptôme principal consiste en *troubles du sensorium se présentant par accès*. Ces troubles sont accompagnés de *violentes convulsions générales* dans les cas types ; mais dans beaucoup de formes épileptiques anormales et rudimentaires, les phénomènes d'irritation motrice sont complètement défaut. L'épilepsie vraie, « essentielle », est une *névrose fonctionnelle*, qui n'a sa raison d'être dans *aucune altération anatomique* du système nerveux, susceptible d'être découverte par nos moyens actuels d'investigation. Il est vrai que des accès absolument identiques à ceux de l'épilepsie véritable se lient quelquefois à diverses lésions anatomiques du cerveau (tumeurs, syphilis, etc.), mais alors on ne doit les considérer que comme un *symptôme* d'une autre maladie et, à ce titre, on les distingue sous le nom d'« *attaques épileptiformes* » des attaques d'épilepsie franche.

Les *causes* intimes de l'épilepsie nous échappent complètement. Tout au plus connaît-on une série de conditions favorables à la genèse de la maladie et qui doivent être envisagées comme causes *prédisposantes* ou *occasionnelles*. Parmi elles l'*hérédité* joue incontestablement le premier rôle. Dans un tiers des cas environ, l'épilepsie apparaît chez des *personnes* entachées d'une *tare neuropathique héréditaire* et dont la famille est tributaire d'affections nerveuses. Cependant cette prédisposition native ne doit pas être comprise en ce sens qu'il faille indispensablement retrouver chez les ascendants du malade de véritables cas d'épilepsie ; l'hérédité consiste plutôt en une « *tendance névrosique générale* » dérivant des ancêtres dans la large acception du mot. Plus on examine la chose attentivement, plus on relève dans la parenté du malade la trace d'affections nerveuses, tantôt l'épilepsie véritable, tantôt des maladies mentales, de l'hystérie, de la nervosité générale, etc. En effet, dans ces « *familles neuropathiques* », à côté

de membres réellement malades, on en trouve quelquefois d'autres qui se font remarquer par certaines particularités ou singularités de l'esprit, et d'autres encore qui brillent par une aptitude extraordinaire, une qualité saillante ou un talent qui s'absorbe dans un seul objet. On attribue encore une certaine influence sur la production de l'épilepsie comme d'autres maladies nerveuses, à la *consanguinité des parents*. Cependant ce facteur n'entre en ligne de compte qu'en des cas très exceptionnels. Peut-être faut-il accorder un peu plus d'importance à l'*ébrété des parents*; on a en effet observé à diverses reprises que des enfants engendrés par un père en état d'ivresse sont devenus épileptiques dans la suite.

Il est difficile de juger positivement de la valeur des autres éléments étiologiques. Les *excès alcooliques* n'agissent que rarement comme causes productrices de l'épilepsie (il paraît qu'en France les buveurs d'absinthe y sont assez fréquemment sujets). L'action des *abus vénériens* est encore moins établie. Notons toutefois que ceux qui pèchent sous ce rapport, sont très souvent des individus déjà entachés de névropathie. La *syphilis* n'a pas de corrélation directe avec l'épilepsie *franche*. Quand la marche de la syphilis est incidentée par des convulsions épileptiformes, ce ne sont, comme nous l'avons vu, que des *symptômes* dépendant d'une lésion anatomique du cerveau due à la vérole. Le *surmenage du corps et de l'esprit, des passions dominantes, certaines dispositions générales de l'économie* (anémie, alimentation vicieuse d'un côté, pléthore de l'autre) et surtout les *affections fébriles aiguës*, comme la scarlatine, la rougeole, les maladies de l'estomac, peuvent quelquefois favoriser l'*explosion du haut mal*; cependant toutes ces influences n'ont jamais de valeur causale immédiate (quand on fait abstraction de l'épilepsie symptomatique qui se déclare après une encéphalite qui a fait son parcours). Disons encore que la première attaque vient quelquefois immédiatement après une forte *émotion morale*, surtout après une *frayeur excessive*. Cependant il est également probable que la frayeur n'est que la cause *occasionnelle* qui éveille l'attaque chez une personne prédisposée. Aussi il importe dans ce cas de ne pas confondre l'épilepsie véritable avec la forme convulsive de l'hystérie (v. y), que la frayeur engendre aussi quelquefois.

Parfois il existe une corrélation entre l'épilepsie et un *traumatisme qui a porté sur la tête* (plaie du crâne par chute, coup, instrument tranchant, etc.), en ce sens que quelque temps après l'action vulnérante naissent des attaques qui dans leur modalité ressemblent entièrement aux attaques d'épilepsie *franche* (*épilepsie traumatique*). Cependant on n'est pas autorisé à assimiler cet état à de l'épilepsie véritable. Car il s'agit ici d'une lésion corticale directe ou indirecte du cerveau, qui sollicite, par un chemin encore inconnu, les centres moteurs à entrer en excitation (v. y). Parfois même ce

genre d'attaques épileptiformes a cela de particulier que les convulsions commencent dans la moitié du corps opposée à l'hémisphère lésé ou dans un seul membre de ce côté.

Nous devons enfin une mention spéciale à l'« *épilepsie réflexe* ». On désigne de ce nom des attaques convulsives provoquées, selon toute vraisemblance, par une *influence réflexe* née dans l'un ou l'autre endroit du corps. C'est surtout après des *lésions traumatiques de troncs nerveux périphériques* (esquilles demeurées en place, cicatrices, etc.) qu'on a vu se manifester des attaques épileptiques qui disparaissaient après l'éloignement de la cause d'excitation réflexe. Pareillement, des *néoplasmes situés sur le trajet des nerfs, des corps étrangers et des processus inflammatoires dans l'oreille, des parasites intestinaux* et des *maladies des organes sexuels* de la femme, semblent parfois dans des cas rares pouvoir engendrer par voie réflexe des attaques de haut mal. Mais il faut toujours présupposer une tendance névropathique particulière et ne jamais mettre de plano sur la même ligne l'épilepsie réflexe et l'épilepsie vraie. Aussi bien toute la doctrine de l'« *épilepsie réflexe* » réclame une révision complète. Autrefois on a confondu si fréquemment les accès (*traumatico-hystériques*) avec les attaques d'hystérie, que nous sommes enclin nous-mêmes à mettre en doute l'existence de la véritable *épilepsie* réflexe.

L'épilepsie traumatique non moins que l'épilepsie réflexe a été l'objet de *recherches expérimentales* multiples. BROWN-SÉQUARD a démontré par de nombreuses recherches qu'on peut rendre les lapins artificiellement épileptiques en irritant mécaniquement la moelle allongée et spinale, les nerfs périphériques, surtout le nerf sciatique. Quelque temps après l'opération, on voit apparaître chez les animaux en expérience des attaques convulsives spontanées qui se renouvellent fréquemment dans la suite et qui peuvent être en tout temps provoquées à volonté, par l'excitation d'une certaine zone de la peau, dite « *zone épileptogène* ». A ce propos BROWN-SÉQUARD a fait l'observation curieuse que parfois les petits des animaux artificiellement rendus épileptiques de cette manière, sont sujets à des attaques spontanées d'épilepsie. WESTPHAL a rendu les *cochons d'Inde* artificiellement épileptiques en leur donnant des *coups sur la tête*. Immédiatement après se déclaraient chez ces animaux des convulsions générales qui ne tardaient pas à disparaître complètement. Dans la suite cependant les attaques épileptiformes se reproduisaient à diverses reprises. Comme cause anatomique de cet état, WESTPHAL croyait pouvoir considérer les *echymoses* qu'on retrouvait dans la partie supérieure de la moelle cervicale et dans la moelle allongée des animaux en expérience.

D'ailleurs, toutes ces recherches, et d'autres que nous exposerons dans la suite, quelque intéressantes qu'elles puissent être en elles-mêmes, ne contri-

buent nullement à faire comprendre la nature intime de l'épilepsie. A cet égard il ne nous reste pour le moment qu'à admettre une *prédisposition congénitale anormale* encore complètement inconnue dans son essence, *du cerveau* et en particulier de ses centres moteurs corticaux.

Symptomatologie et marche morbide. Nous décrivons la symptomatologie clinique de l'épilepsie en faisant précéder le tableau de chacune des *formes de l'attaque épileptique* et puis en retraçant la marche morbide en général.

1. *L'attaque épileptique complète* se divise d'ordinaire en plusieurs stades, pour en faciliter l'intelligence. Le *premier* stade c'est le *stade prémonitoire*, ou, d'après la vieille expression de Galien encore usitée aujourd'hui, le *stade de l'aura épileptique* (aura-vapeur). Il est vrai que l'aura *manque* parfois entièrement, de sorte que l'attaque convulsive proprement dite commence brusquement sans aucun avertissement. Ailleurs les signes prodromiques sont très nettement accusés et se répètent d'une façon identique et avec une parfaite régularité à chaque nouvel accès, tandis que d'autre part les divers cas d'épilepsie présentent entre eux les plus grandes variétés en ce qui concerne les caractères spéciaux de l'aura.

On distingue le mieux les *différentes formes d'aura* d'après que les symptômes nerveux par lesquels elle se manifeste, sont d'ordre sensitif, moteur, vasomoteur ou psychique. En tout cas l'aura *sensible* se présente le plus souvent. Elle consiste en paresthésies particulières qui commencent dans un bras, une jambe, parfois à la région cardiaque ou gastrique, pour « monter de là vers la tête ». Il est rare que ces paresthésies ressemblent effectivement à un « souffle », à une insufflation d'air froid. L'aura qui part de l'épigastre est parfois accompagnée d'une sensation d'oppression et d'angoisse subjective, ainsi que de nausées et de vomissements. Après l'aura sensible vient l'aura *sensorielle* qui émane des nerfs des sens. Dans quelques cas les malades éprouvent des *senteurs désagréables* qu'ils comparent à des odeurs déterminées. L'aura *gustative* se rencontre aussi, mais elle est très rare. L'aura *optique* est beaucoup plus fréquente, elle consiste en perceptions subjectives de couleurs et en phosphènes (c'est la perception du rouge qui se déclare tout d'abord), en une amplification ou une réduction trompeuses des objets perçus, ou enfin en véritables hallucinations visuelles, en visions de toutes sortes de figures d'hommes et d'animaux, etc. L'aura *auditive* n'est pas rare non plus ; elle se manifeste sous forme d'une surdité subite de la part d'une oreille ou d'une multitude de perceptions auditives (sifflement, bourdonnement, murmure; etc.).

L'aura *motrice* est formée de contractions prodromiques légères qui se produisent à la tête, à la face, dans un bras ou une jambe. Des troubles

aphasico-moteurs peuvent aussi inaugurer l'attaque épileptique, et enfin des signes d'excitation dans le domaine des muscles lisses (mouvements de régurgitation, envie d'aller à la garde-robe, etc.). Les *phénomènes* initiaux *vasomoteurs* qui caractérisent l'aura consistent en sensations subjectives de froid ou de chaleur, accompagnées quelquefois d'une pâleur excessive ou d'une vive injection à la face ou aux mains. Un frisson général, une sueur subite, des palpitations violentes, etc. se rencontrent à titre d'aura d'épileptique.

Enfin l'aura est dite *psychique*, quand un vertige, un étourdissement ou d'autres troubles manifestes *du sensorium* ouvrent l'accès. Ainsi bien l'attaque d'épilepsie est quelquefois précédée d'une agitation et d'une excitation mentales remarquables. Disons encore que les diverses formes d'aura sont quelquefois *combinées* entre elles.

La *durée* de l'aura n'est parfois que de quelques instants. Dans d'autres cas elle dure assez pour laisser aux malades qui ont une expérience personnelle de l'imminence de l'attaque, le temps de se coucher ou de prendre l'une ou l'autre mesure de préservation (v. plus bas). Dans quelques cas rares, l'aura, surtout dans sa forme psychique, peut persister des heures et des journées entières. Parfois elle se dissipe sans être suivie de l'attaque proprement dite ; mais ordinairement elle fait place au *second stade de l'attaque*, le stade convulsif.

Le *stade convulsif* commence presque toujours brusquement. Si l'aura est absente ou de très peu de durée, le malade tombe tout d'un coup à terre, le plus souvent en avant, plus rarement de côté ou sur l'occiput. L'*absence est complète*, toute sensation a disparu, de façon que le malade en tombant se fait parfois de sérieuses blessures. Le « *cri épileptique* » jeté au début de l'accès, appartient déjà au stade de la perte totale de connaissance.

L'attaque convulsive s'inaugure par un court et premier temps de *spasme musculaire tonique* généralisé. La tête se renverse en arrière, les dents se serrent les unes contre les autres, le tronc se recourbe en opisthotonos, les extrémités se raidissent dans l'extension, les doigts seuls sont fléchis par-dessus le pouce. Comme les muscles respiratoires participent à la contraction, la respiration s'arrête et il s'en suit une coloration cyanosée de la face qui était pâle l'instant d'avant. Ce spasme tonique général ne dure d'ordinaire que peu de temps, $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ minute. Alors vient le second temps de l'attaque convulsive, celui des *convulsions cloniques* : les muscles de la face se distordent violemment de côté et d'autre, les globes oculaires roulent en tous sens, et présentent de temps en temps une déviation conjuguée d'un seul côté, la langue sort convulsivement de la bouche et y rentre brusquement, la tête martèle violemment l'endroit sur lequel elle repose, les muscles

des bras, des jambes et du tronc sont agités de mouvements violents et de secousses incessantes. Les pupilles, probablement à la suite d'un rétrécissement momentané, se dilatent largement pendant le stade convulsif et ne réagissent plus. Le pouls est un peu accéléré, mais pas notablement; la chaleur est normale ou seulement augmentée de quelques dixièmes de degré. Les réflexes cutanés sont supprimés aussitôt que l'attaque s'est déclarée, les réflexes tendineux sont d'ordinaire un peu exagérés, mais parfois aussi atténués ou suspendus. Souvent au milieu de l'accès a lieu une émission involontaire de fèces et d'urine, et chez l'homme une éjaculation de sperme. Les fortes attaques sont l'occasion de blessures, surtout de morsures de la langue. L'intensité de la stase veineuse donne quelquefois lieu à des ecchymoses de la conjonctive, de la face, etc.

Le stade convulsif dure d'ordinaire plusieurs minutes. Puis les contractions cessent, parfois après un profond soupir, et ensuite vient le troisième stade, celui du *coma postépileptique*. Le malade reste privé de connaissance, mais la respiration se calme et la cyanose se dissipe. Le coma fait peu à peu place au sommeil qui peut durer plusieurs heures. Il arrive cependant que ce stade passe assez vite et que les malades se remettent de leur crise avec une remarquable rapidité. Quelquefois néanmoins l'attaque laisse après elle pendant plusieurs jours des secousses comme *traces* évidentes de son passage. Les malades souffrent de la tête, sont abattus et brisés, bouleversés au moral et d'humeur irritable. Les muscles, ceux du tronc surtout, sont pour quelque temps fortement *endoloris* par la violence des convulsions. Parfois l'attaque laisse à sa suite une *parésie légère* d'un membre ou d'une moitié du corps, laquelle néanmoins cède assez vite en cas d'épilepsie pure. On retrouve souvent, mais pas toujours, dans la première urine émise après l'accès, une petite quantité d'albumine, et aussi quelques cylindres hyalins. D'autres fois il y a pendant quelque temps une *polyurie* prononcée.

2. *Formes légères, rudimentaires, de l'attaque d'épilepsie. Petit mal.* Indépendamment des attaques convulsives violentes que nous venons d'esquisser (*grand mal*), il y a des attaques comicales moins fortes qu'on appelle *petit mal*. Celles-ci ne consistent qu'en un *vertige* passager, un léger *évanouissement* ou un court moment de perte de conscience (*absence*), sans aboutir à des phénomènes d'excitation motrice. Ces attaques légères peuvent aussi être précédées d'une aura, qui fait le plus souvent défaut. Fréquemment on voit des malades au milieu d'une occupation quelconque (causant aux cartes, ou touchant le piano), s'arrêter tout à coup, regarder fixement, égarés pour un moment, et puis reprendre leur besogne, comme si rien n'était arrivé. D'autres fois ils poursuivent leur occupation, même pendant

ce court instant d'absence. Quand, par exemple, « l'accès les surprend à la rue », ils continuent machinalement à marcher, mais ils se trompent de chemin ou entrent dans une maison étrangère, jusqu'à ce que, revenant subitement à eux, ils se retrouvent, à leur grand étonnement, dans un endroit inaccoutumé. Les cas d'« *invasion subite du sommeil* » sont presque tous des faits d'épilepsie. Il y a ainsi toute une série de nuances, depuis le simple vertige jusqu'aux convulsions épileptiques les plus formelles. Parfois les malades s'affaissent sur le sol, quelques trémoussements agitent la face ou les bras, et peu de minutes après ils ont repris entièrement possession d'eux mêmes.

3. *États épileptoïdes (équivalents épileptiques)*. Tandis que les accès de petit mal ne sont le plus souvent que des formes rudimentaires de l'attaque type d'épilepsie, vu qu'ils consistent en une simple obnubilation du sensorium, quelquefois associée à de légers phénomènes d'excitation motrice, le syndrome caractéristique de l'attaque d'épilepsie type se met complètement à l'arrière-plan dans les états épileptoïdes. C'est la reproduction par accès de ce genre de désordres et leur coïncidence maintes fois constatée avec les franches attaques épileptiques, qui ont établi leur parenté incontestable avec le mal comical. Les *équivalents psycho-épileptiques* ont une importance pratique des plus considérables (SAMT). Ces accès de trouble psychique se présentent tantôt immédiatement à la suite des attaques épileptiques franches (*folie post-épileptique*), tantôt aussi d'une manière indépendante. Ce sont des états d'aberration mentale complète, dans lesquels les malades posent les actes les plus incongrus, se déshabillent, commettent de prétendus larcins, sautent à l'eau, allument un incendie, etc. Outre ces « *états d'assombrissement comical de l'intelligence* », il y a aussi des paroxysmes de *violente exaltation psychique*, accompagnés de conceptions angoissantes, d'hallucinations terrifiantes et conséquemment d'agitation maniaque, qui poussent parfois les malades à des agressions sur les personnes qui les entourent. Chez les jeunes sujets on rencontre quelquefois comme équivalent psycho-épileptique, des états particuliers dans lesquels les enfants courent sottement de côté et d'autre, font un tas de tous les objets qui leur tombent sous la main, se livrent à des mouvements curieusement combinés, etc. Nous avons observé fréquemment chez des enfants de courts instants d'absence momentanée accompagnée de sentiments prédominants d'angoisse et parfois de quelques contractions. Beaucoup de cas de « *frayeur nocturne* » semblent être de nature épileptique, quoiqu'on ait de la peine à les distinguer de l'hystérie. Presque toujours après le retour de l'intelligence, le *souvenir de ce qui s'est passé* manque complètement ou à peu près. — Nous ne pouvons insister davantage sur les nombreuses et importantes par-