ÉPILEPSIE

PAR

J. GRASSET

Professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier,

ET

G. RAUZIER

Professeur agrégé à l'Université de Montpellier.

Il y a quelques années, le neurologiste qui voulait décrire l'épilepsie n'avait point l'occasion d'être embarrassé sur le choix de son plan. Dans un premier chapitre, il traçait le tableau de l'épilepsie essentielle, idiopathique, ou épilepsie-névrose, forme morbide dépourvue de substratum anatomique et à laquelle on ne connaissait d'autre cause qu'une prédisposition constitutionnelle, généralement héréditaire. Un deuxième chapitre, moins important, quelquefois un simple paragraphe, était consacré à l'épilepsie partielle, symptomatique ou jacksonienne, dans laquelle les manifestations épileptiques, ou plutôt épileptiformes, trouvaient leur raison d'être dans une maladie, générale ou locale, qui dominait la scène et créait l'épilepsie en l'absence de toute prédisposition. En somme, l'étude du mal comitial gravitait tout entière, à cette époque, dans l'orbite de l'épilepsie essentielle.

A l'heure actuelle, la question de l'épilepsie traverse une phase pénible de bouleversement radical, et nous ne saurions mieux comparer ses vicissitudes qu'à celles de l'atrophie musculaire progressive. Après avoir étendu démesurément le cadre des épilepsies symptomatiques, on est arrivé, — depuis les travaux de Chaslin (1889) qui signalent une sclérose névroglique dans le cerveau des épileptiques francs, — depuis aussi les récentes recherches concernant la physiologie pathologique de l'épilepsie et révélant le rôle des intoxications et auto-intoxications dans la genèse des accidents, — on en est arrivé, disons-nous, à restreindre de plus en plus le rôle et l'importance de la névrose comitiale (1).

(1) En dehors des anciens classiques et de publications isolées, parues en grand nombre ces derniers temps, nous avons largement utilisé, pour la rédaction de cet article, les travaux suivants : Féré, Les épilepsies et les épileptiques, Traité, 2e éd., 1897, et Encyclopédie des aide-mémoire, 1892. — Voisin, L'épilepsie, Traité, 1897. — Claus et Van der Stricht, Pathogénie et traitement de l'épilepsie, 1896. — Maurice de Fleury, Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement, 1900. — Ardin-Delteil, L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité, Th. de Montpellier, 1892 ; Les équivalents psychiques de l'épilepsie, in *Montpellier médical*, 1900 ; L'épilepsie larvée, in *Progrès méd.*, 15-29 décembre 1900, 3 janvier 1901.

C'est au point que nombre d'auteurs, et non des moindres, refusent aujourd'hui droit de cité à l'épilepsie essentielle, ne la considèrent point comme une entité morbide, et n'admettent plus qu'un « syndrome épileptique », d'aspect et d'étiologie variables.

« Il n'y a pas, déclare Ardin-Delteil, jusqu'à l'épilepsie essentielle, l'épilepsie idiopathique, qui ne soit destinée à rentrer dans le groupe de l'épilepsie symptomatique ; les travaux contemporains s'accordent presque tous pour démontrer que là, comme dans les autres formes, il y a une cause irritative, mal connue et méconnue jusqu'ici, et qui pourrait bien n'être autre chose qu'un *poison*, une substance chimique de nature toxique. L'épilepsie essentielle serait une épilepsie chimique. »

Pour Féré, l'épilepsie est un *syndrome*, dépendant soit d'une malformation des centres nerveux (épilepsie dite essentielle), soit d'auto-intoxications (puerpéralité, urémie), soit de lésions organiques et grossièrement appréciables des centres nerveux (sclérose cérébrale, tumeurs cérébrales, etc.).

On ne peut méconnaître la valeur des arguments anatomiques et physiologiques sur lesquels est fondée la doctrine nouvelle. Si l'épilepsie autrefois appelée idiopathique a pour substratum une lésion constante de l'écorce, il ne saurait être question de maladie essentielle et partant de névrose. S'il est démontré que le mal comitial est, dans ses manifestations, fonction constante d'une auto-intoxication (d'origine digestive, par exemple), la notion d'essentialité paraît s'effondrer de même, puisqu'une cause tangible préside à l'évolution des accidents. Si l'on s'en tient à ce raisonnement strict, la conclusion s'impose.

Et cependant, le dernier mot n'est pas dit sur cette question. D'abord, la sclérose névroglique de Chaslin, lésion supposée de l'épilepsie-névrose, est encore très discutée, comme nous le verrons en étudiant l'histoire anatomique de l'épilepsie. En admettant qu'elle soit constante, peut-on comparer cette fine lésion histologique, qui laisse le cerveau indemne en apparence, aux lésions grossières qui produisent habituellement l'épilepsie jacksonienne ? — Pour ce qui est du rôle des infections, intoxications ou auto-intoxications, dans la genèse ou l'évolution de la maladie, est-il bien sûr qu'il suffise de constatations à peine ébauchées encore pour ruiner la notion de névrose ? N'admet-on pas, d'ailleurs, des névroses infectieuses ou toxiques ? L'hystérie, la chorée, la neurasthénie ne seraient, sans cela, plus dignes de figurer dans le cadre des affections névrosiques. Et puis, l'infection, l'intoxication et l'auto-intoxication ne sont bien souvent que des causes purement occasionnelles : tous les individus imprégnés de poison, que ce poison soit chimique, organique ou microbien, ne réagissent pas de même ; tous les sujets ne sont point égaux devant l'épilepsie ; seuls les prédisposés sont élus par le mal sacré.

En somme, il nous paraît que le moment n'est point encore venu de fondre en une même description les deux grandes variétés du mal comitial. En pareille matière, tant que la discussion demeure ouverte, le dernier mot doit toujours appartenir à la clinique. Or la clinique nous offre à considérer deux grandes catégories d'épileptiques :

1° Chez les uns, tarés dans leurs origines et portant fréquemment des stigmates de la tare héréditaire, l'épilepsie apparaît dans le jeune âge, spontanément ou sous l'influence de causes diverses, intangibles la plupart du temps. Les manifestations intéressent généralement l'ensemble des fonctions cérébrales, et spécialement la sphère psychique, qui peut être seule atteinte par les paroxysmes. Chez ces malades, l'épilepsie constitue toute la maladie.

2° Chez les autres, une cause matérielle, tangible, localisable, généralement acquise, provoque à tout âge, par elle seule et sans prédisposition, les manifestations comitiales. Celles-ci sont le plus souvent partielles dans leur distribution somatique, et portent plus souvent sur le domaine physique (convulsions) que sur la sphère psychique. Enfin les malades de cette catégorie présentent, en dehors du tableau de l'épilepsie, les symptômes de l'affection primitive qui provoque et entretient l'excitabilité du système nerveux.

Toutefois, et nous tenons bien à le souligner, il n'existe pas de ligne de démarcation absolument précise entre les deux modalités de l'épilepsie, dont nous venons de tracer le schéma. Souvent il sera difficile, en présence d'une cause déterminée, de dire si elle a créé l'épilepsie de toutes pièces ou si elle n'a fait que révéler une tare héréditaire. Ces cas difficiles à classer montrent bien qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre les deux ordres de faits ; ils constituent un trait d'union entre les deux grandes formes cliniques du mal comitial. On peut ajouter, pour accentuer le rapprochement, que les deux formes de l'épilepsie peuvent succéder l'une à l'autre (Voisin).

Sous bénéfice de ces restrictions, nous décrirons successivement :

1° La *névrose comitiale* (épilepsie dite *idiopathique* ou *essentielle*) ;

2° L'épilepsie *jacksonienne*, *partielle* ou *symptomatique* (1).

(1) Dans une revue relativement récente de la *Gazette des hôpitaux* (26 juillet 1890), « Ballet a maintenu, en la modifiant, l'ancienne division en épilepsie essentielle, symptomatique ou sympathique. Il admet que l'épilepsie est toujours la conséquence d'un trouble cortical provoqué, dans le premier cas, par la sclérose névroglique de Chaslin ; dans le second, par une lésion traumatique, inflammatoire ou néoplasique, du cerveau ou des méninges ; dans le dernier, par l'altération d'un organe éloigné (troubles digestifs, vers intestinaux, lésions utérines, affections de l'oreille ou du nez), servant de cause occasionnelle à la maladie chez un sujet prédisposé. »

NÉVROSE COMITIALE

(ÉPILEPSIE DITE IDIOPATHIQUE OU ESSENTIELLE).

HISTORIQUE. — La brusque apparition des accès, la violence et l'horreur de certaines manifestations paroxystiques, ont permis à l'épilepsie d'occuper de tout temps une place dans le cadre nosologique, et la description s'en retrouve dans tous les traités de médecine, à dater de l'époque la plus reculée.

Par contre, le nom de la maladie a varié suivant les périodes. La dénomination fort ancienne de *morbus herculeus* tend à prouver que les dieux de l'antiquité n'en étaient point indemnes ; on l'appelait aussi *mal sacré*, à cause des convulsions épileptiformes (probablement hystériques) qui secouaient les pythonisses au moment où elles rendaient leurs oracles, ou *mal comitial* (1), parce que les comices étaient interrompues lorsqu'un des assistants tombait frappé d'une crise. Plus tard sont venus les termes de *mal lunaire*, en raison de l'influence attribuée aux révolutions sidérales, *mal caduc, haut mal, grand mal*, etc. C'est A. Paré qui a le premier employé le mot d'*épilepsie* (de επιλαμβάνειν, saisir, surprendre).

Cette terminologie variée avait surtout pour objectif la grande attaque convulsive, l'accès brutal que Paracelse, impressionné par son tableau dramatique, appelait le « tremblement de terre de l'homme ». Il faut arriver à l'ère moderne et aux travaux de Morel, Trousseau, Falret, Féré, Magnan, Voisin, Charcot, Pitres, etc., pour trouver une description, aujourd'hui poussée très loin, de formes différentes et généralement plus discrètes : le vertige, l'absence, les équivalents comitiaux. Ces diverses modalités sont actuellement considérées comme dépassant en fréquence l'épilepsie convulsive.

« Même chez l'épileptique avéré, dont l'existence est à tout moment troublée par l'apparition du paroxsyme convulsif, ce n'est pas ce dernier qui est l'expression la plus fréquente de l'épilepsie : chez ces sujets, les vertiges répétés, les absences ne se comptent plus, sans parler des attaques pour ainsi dire avortées où, avec quelque sagacité, on finit par découvrir un phénomène convulsif si limité, si atténué, qu'il passe presque inaperçu : c'est un léger tremblement de la lèvre, avec ou sans traction de la commissure, c'est un strabisme temporaire, ou quelques contractions de l'orbiculaire des paupières... La convulsion n'est que la traduction, dans le domaine moteur, des modifications apportées par l'ictus épileptique dans les centres nerveux. Mais l'action épileptique peut se porter sur des points du système nerveux

(1) Ce mot, avec lequel le grand public n'est pas encore très familiarisé, est fréquemment employé par les médecins lorsqu'ils causent entre eux devant les malades ; souvent aussi on le trouve inscrit en tête des consultations confiées à ces derniers.

tout à fait étrangers aux centres moteurs : la convulsion sera dès lors supprimée ; mais les effets de l'ictus épileptique pourront se localiser sur des zones nouvelles et donner naissance à des formules symptomatiques autres. Et nous pourrons alors trouver dans le domaine de la sensibilité générale, aussi bien que dans celui de la sensibilité spéciale, aussi bien que dans le domaine purement psychique, des équivalents de ce qui est la convulsion dans le domaine moteur. Mais aucune de ces modalités nouvelles ne pourra acquérir, pas plus que la convulsion, une valeur pathognomonique en l'espèce. Ce qui est pathognomonique dans l'épilepsie, ce n'est pas tel ou tel symptôme prédominant, c'est leur association, c'est le syndrome. » (Ardin-Delteil.)

Mais l'attention ne s'est point exclusivement portée sur la multiplicité des formes cliniques de la maladie comitiale ; les dernières années de ce siècle ont été signalées par d'importantes recherches sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie (Chaslin, Blocq, Marinesco, Sérieux), la physiologie pathologique et la pathogénie de cette affection (Féré, Voisin, Maurice de Fleury).

DÉFINITION. — *L'épilepsie essentielle est une névrose dominée dans son étiologie par l'hérédité, et se manifestant par des crises ou accès dont la caractéristique la plus essentielle consiste dans une perte absolue, pendant la crise, du libre arbitre et généralement aussi de la conscience, avec amnésie consécutive.*

Chacun des termes de cette définition est, il faut l'avouer, passible de restrictions et, partant, de critiques : l'épilepsie essentielle peut s'accompagner de lésions et ne constituerait plus, dès lors, une névrose ; la prédisposition héréditaire n'est point apparente dans tous les cas ; l'inconscience du sujet pendant la crise souffre des exceptions [Bull, Lemoine, Hénocq, Salgo (1)], et la perte, après l'accès, du souvenir de ce qui s'est passé pendant le paroxysme a pu faire quelquefois défaut (épilepsie de Samt) (2). Et cependant elle résume les caractères les plus habituels du mal comitial, sous quelle forme qu'il se présente (on verra plus loin combien ces formes sont nombreuses et dissemblables) : absence de lésions démontrées constantes, rôle de l'hérédité, allure paroxystique des accidents ; brusquerie de l'inva-

(1) Salgo, *Allg. Zeit. für Psych.*, mai 1899.

(2) Il est intéressant, à ce propos, de signaler l'opinion de Féré, qui discute la perte absolue de la conscience pendant les accès et se demande si le sujet n'a pas la notion de ses actes au moment même où il les accomplit, quitte à les oublier après (amnésie consécutive). Il est certain que la perte du souvenir peut évoluer indépendamment de la perte de connaissance ou ne point être proportionnée à cette dernière. On a signalé des cas où l'amnésie survient tardivement, c'est-à-dire un certain temps seulement après la crise (amnésie *retardée*) ; d'autres fois, l'amnésie est *rétrograde* et porte sur des actes conscients antérieurs à l'accès ou simplement sur les phénomènes de l'aura.

sion ; transformation du sujet, pendant les accès, en un autre lui-même, de mentalité différente et de moralité inférieure, dont les désordres demeureront toujours ignorés du premier.

ÉTUDE SYMPTOMATIQUE. — On peut étudier les manifestations de l'épilepsie sous trois chefs :

I. Accès convulsifs (haut mal) ;

II. Accès non convulsifs, comprenant :

1° Petit mal vulgaire (vertiges, absences, formes frustes) ;

2° Équivalents épileptiques ;

III. Phénomènes intercalaires ; particularités somatiques et psychiques des épileptiques.

I. **Accès convulsifs (haut mal).** — Précédé ou non de prodromes, l'accès débute, en général, brusquement : tout à coup l'épileptique pousse un cri et tombe sans connaissance, comme foudroyé ; dans sa chute il se mord la langue et se blesse. Aussitôt surviennent des spasmes toniques, puis des convulsions cloniques, consistant en d'effroyables distorsions du tronc et des membres ; les yeux convulsés, le corps déjeté de côté et d'autre, le malade écume et rugit. D'abord pâle, il se congestionne peu à peu, se couvre de sueur, et devient, avec sa face pourpre et grimaçante, effrayant à contempler. Comme pour ajouter à l'horreur de la situation, l'urine et les matières fécales forcent la barrière sphinctérienne et souillent le malade, qui s'en imprègne au hasard des convulsions. Puis, après quelques minutes qui semblent interminables, l'épileptique épuisé tombe dans un engourdissement apoplectiforme, bientôt suivi d'un sommeil stertoreux, d'où il sort obnubilé, hagard et endolori.

Telle est en quelques mots l'évolution de la crise, dont il faut maintenant approfondir le détail.

Prodromes. — Les prodromes de l'accès sont *éloignés* ou *immédiats*.

A. Prodromes éloignés. — Ils peuvent précéder la crise de quelques heures ou de plusieurs jours. On a signalé la céphalée une sensation pénible de courbature, des bourdonnements d'oreilles, des grincements de dents pendant la nuit, des hallucinations, des palpitations de cœur, de l'excitation génitale, du tremblement des extrémités, des secousses musculaires, de l'embarras de la parole, un changement plus ou moins accentué du caractère (irascibilité, tristesse). Les troubles du sommeil (1) sont fréquemment notés : tantôt il existe de l'insomnie ; tantôt le sommeil est entrecoupé de rêves pénibles, de cauchemars effrayants ; tantôt, au contraire, il est plus profond et plus prolongé que d'habitude (Nothnagel). Reynolds a signalé, dans un cas, une pigmentation brunâtre

(1) Kelle, Th. de Paris, mars 1900.