Il est à remarquer que la même cause se retrouve fréquemment à l'origine de tous les paroxysmes chez un sujet déterminé.

Au début de l'évolution, les accès apparaissent surtout la nuit; quelquefois même ils sont exclusivement nocturnes; Féré, et tout récemment Pick, signalent deux maxima, l'un à neuf heures du soir, l'autre entre trois et cinq heures du matin. On a cherché à expliquer ce dernier soit par le refroidissement matinal de la température extérieure, soit par l'accumulation pendant la nuit de matières convulsivantes dans le sang (Bouchard).

Répétition et mode de succession des accès. — L'intervalle compris entre deux accès successifs est éminemment variable : certains sujets n'ont eu, dans tout le cours de leur existence, qu'un très petit nombre de crises, alors que d'autres présentent plusieurs attaques par jour. Les accès se groupent fréquemment sous forme de *séries*, influencées dans leur développement par certaines circonstances pathologiques ou physiologiques (menstruation), mais présentent bien souvent des recrudescences ou des rémissions sans cause apparente.

Les accès isolés ou les paroxysmes sériels peuvent être *irréguliers* ou *périodiques* (Voisin), ces derniers survenant à des jours ou à des heures déterminés. Les séries les plus nombreuses s'observeraient, d'après Sokoloff (1), en janvier et en juillet; les moins nombreuses, en mai et en novembre.

L'ÉTAT DE MAL est constitué par des séries de crises très rapprochées les unes des autres, ou même si bien enchevêtrées les unes dans les autres, chacune d'entre elles débutant avant que la précédente ait fini d'évoluer, qu'elles en arrivent à se confondre en un accès unique, de durée prolongée et de gravité croissante. Ces accès subintrants (attaques imbriquées de Trousseau), surtout étudiés par Browne et Bourneville, peuvent à la rigueur constituer la première manifestation de l'épilepsie, mais, le plus souvent, ils ont été précédés d'accès isolés.

Au point de vue symptomatique, l'état de mal est caractérisé « par des accès convulsifs répétés, par la persistance de la perte de connaissance entre les accès ou coma, et par l'élévation de la température » (Voisin).

Le *nombre des crises* peut être très considérable : Delasiauve rapporte le cas d'un malade qui présenta 2 500 accès en un mois; Legrand du Saulle a relevé, chez un épileptique, 8 000 attaques en vingt jours; Clark et Prout (2), 1 800 crises en douze jours ; enfin on a pu compter jusqu'à 600 attaques en une seule journée.

La *perte de connaissance* est complète pendant l'état de mal; le stertor est habituel; les pupilles, moyennement dilatées, sont insensibles à la lumière; les conjonctives sont congestionnées.

La *température*, simplement surélevée de quelques dixièmes au

(1) SOKOLOFF, *Soc. psychol. de Saint-Pétersbourg*, 1896 ; *Revue neurol.*, 1897, p. 207.
(2) CLARK et PROUT, *The Journ. of nerv. and ment. dis.*, janvier 1901, p. 29.

cours des accès isolés, est franchement fébrile dans l'état de mal : fréquemment on la voit s'élever à 40° et 41°; dans un cas récent, Bourneville, Tissier et Rellay (1) ont enregistré le chiffre de 42°,3; l'hyperthermie peut même s'accroître après la mort du malade.

Il faut encore citer l'altération des traits du visage, la sécheresse de la peau (quelquefois remplacée par des sueurs), la fréquence du pouls ; la langue est sèche et rôtie ; les sphincters sont paralysés ; il n'est pas rare d'observer des paralysies, en particulier l'hémiplégie.

Le pronostic de l'état de mal est fort grave. Voisin distingue à ce point de vue : 1° un grand *état de mal convulsif*, répondant à la description précédente et le plus souvent terminé par la mort; 2° un petit *état de mal vertigineux*, dans lequel les crises, de durée très courte, ne présentent pas le tableau bruyant de l'épilepsie convulsive, et au cours duquel la température n'est point supérieure à 38° ou 39°.

La durée des accidents ne dépasse pas deux jours dans les cas mortels; elle peut être de plusieurs semaines dans les cas de petit mal vertigineux ; la cessation des phénomènes convulsifs, alors que la température continue à monter, a une signification pronostique des plus fâcheuses.

L'état de mal, dans les cas où il respecte la vie, exerce sur l'intelligence une influence essentiellement nocive : pendant un temps plus ou moins long le sujet présente de l'hébétude, de la torpeur, quelquefois même le tableau complet de la démence. Tout récemment, Voisin et Legros (2) ont décrit, sous le nom de *démence épileptique paralytique et spasmodique*, les manifestations suivantes, qu'ils ont observées dans plusieurs cas : à la suite d'accès sériels ou d'un état de mal, surviennent des troubles intellectuels et moteurs (démence avec hébétude; paralysies partielles, telles que hémiplégie ou monoplégie, avec contracture et exagération des réflexes), qui, d'abord passagers, s'installent peu à peu et deviennent permanents.

II. **Accès non convulsifs** (3). — 1° **Petit mal vulgaire : vertige, absence, formes frustes.** — Les diverses manifestations paroxystiques dont il va être question devancent fréquemment, dans la chronologie des accidents épileptiques, les crises convulsives; elles peuvent alterner avec elles ou les suppléer à un moment donné. Leur durée est généralement très courte; leur nombre dépasse habituellement celui des grandes attaques.

(1) BOURNEVILLE, TISSIER et RELLAY, *Progrès méd.*, 18 mars 1899.
(2) VOISIN et LEGROS, *Ann. méd.-psych.*, novembre 1899; *Gaz. hebd.*, 24 décembre 1899, p. 122, et *Congrès intern. de médecine*, août 1900.
(3) A proprement parler, l'absence de convulsions n'est pas un caractère absolu de cette forme d'épilepsie et des nombreuses variétés qui la constituent. Dans bon nombre de cas, on note quelques manifestations convulsives ; mais celles-ci, au lieu de jouer, comme dans la forme précédente, le principal rôle sur la scène morbide, n'interviennent qu'à titre de comparses, de symptômes accessoires et effacés.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. A. N. L.

Vertige. — Le *vertige* consiste en une perte brusque et très passagère de la connaissance, précédée d'un violent tournement de tête. Le plus souvent, le malade tombe ; d'autres fois, il prévient la chute en s'asseyant machinalement, ou encore en s'appuyant contre un mur ou sur un meuble. Lorsqu'il y a chute, le malade se relève presque aussitôt.

La perte de connaissance, qui est le symptôme dominant (1), s'accompagne quelquefois de légères convulsions, d'une élévation très passagère de la température (2) et d'une période très courte de stertor. Dans certains cas, le malade prononce automatiquement quelques paroles, toujours les mêmes : « Ce n'est rien » ou « C'est fini ». La crise passée, il ne conserve aucun souvenir du paroxysme.

Les accès vertigineux se reproduisent avec une fréquence très variable ; on a décrit, nous l'avons vu, un état de mal vertigineux, moins grave que l'état de mal convulsif. Il ne faudrait pas, toutefois, considérer le vertige épileptique, au point de vue de l'avenir du sujet, comme une manifestation atténuée du mal comitial ; souvent il exerce sur l'intelligence une influence plus néfaste que le grand mal.

Absence. — L'*absence* consiste dans l'inhibition subite et momentanée, généralement très courte, du psychisme supérieur de l'individu ; les fonctions intellectuelles, morales et affectives sont tout à coup suspendues ; mais l'automatisme persiste, et le sujet se trouve, dès lors, en état de réaliser, pendant la durée de sa crise, des actes souvent anormaux, entièrement soustraits au contrôle de la volonté libre.

Ce qui distingue l'absence des équivalents psychiques proprement dits, dont il sera question plus loin et dans le cadre desquels on pourrait à la rigueur la comprendre, c'est surtout la courte durée de la crise, qui souvent ne dépasse pas quelques secondes.

Tout à coup, au milieu d'une conversation ou d'un acte quelconque, le sujet cesse brusquement de parler ou d'agir. Il pâlit ; son regard devient fixe, l'aspect du visage est hébété ; puis, au bout d'un instant, il revient à ses occupations ou reprend, non sans un peu d'obnubilation apparente, la conversation au point où elle s'est trouvée interrompue. Ni cri ni chute pour souligner cette brève attaque ; quelquefois de légères convulsions dans la face (grimaces), dans les lèvres (marmottement) ou dans les mâchoires. D'autres fois, ce sont des actes anormaux, souvent répréhensibles, habituellement inconscients, toujours involontaires.

Voici quelques exemples classiques : Un magistrat, dont l'histoire est racontée par Trousseau, quitte son siège au cours d'une audience et va uriner dans un coin de la salle des délibérations. — Un voyageur

(1) Mathieu a insisté, dans une thèse récente (Paris, mai 1901), sur l'existence d'un vertige épileptique *conscient*.
(2) Marchand, *Revue de psych.*, août 1899 ; *Revue neurol.*, 1900, p. 819.

se déshabille dans un compartiment de chemin de fer et va uriner sur les genoux d'une jeune fille. — Un malade de Motet, pris d'un accès dans une gare, au moment où il vient de demander son billet, déboutonne son pantalon et urine à travers le guichet.

Quelquefois, lorsque la crise survient au cours d'un acte très familier au malade et susceptible d'une réalisation automatique, l'absence peut demeurer inaperçue, et le sujet poursuit d'instinct l'acte entrepris : témoin ce jeune musicien, cité par Trousseau, qui pendant sa crise continuait à exécuter sa partie dans un orchestre, en sauvegardant même la mesure.

Accès frustes. — Les *accès frustes* sont ceux dans lesquels tel ou tel des symptômes importants du grand accès épileptique fait défaut. Le cri, la morsure de la langue, la miction involontaire, la chute, le stertor, ne se retrouvent pas toujours ; mais ce sont surtout les convulsions qui manquent dans ces formes atténuées. Souvent même l'accès fruste n'est caractérisé que par une portion infiniment restreinte de la symptomatologie du haut mal. C'est ainsi qu'on a décrit l'*accès soporeux* ou *crise de sommeil*, dont l'unique symptôme est un sommeil impérieux, accompagné de ronflement : cette forme, bien étudiée par Westphal, Fischer, Mendel, Jacoby, Féré (1), et limitée au stertor du grand accès, comprend un certain nombre des cas étudiés sous la rubrique de *narcolepsie*.

L'*accès apoplectiforme* (Trousseau, Romberg) se limite à la phase apoplectique du grand mal ; il se caractérise par une chute brusque avec ou sans cri, une perte complète de la conscience, et souvent aussi du stertor ; la connaissance reparaît après une heure environ ; le sujet ne conserve aucun souvenir de sa crise.

Dans toutes ces formes, la perte de connaissance est généralement totale ; cependant Féré (2) admet la possibilité de formes frustes à manifestations conscientes : « Si, souvent, les attaques d'épilepsie fruste sont constituées par l'isolement des premiers phénomènes d'attaques antérieures ou ultérieures, les phénomènes tardifs et conscients peuvent aussi se manifester isolément et constituer des attaques frustes. »

2° **Équivalents épileptiques (épilepsie larvée).** — L'étude approfondie et la classification méthodique des équivalents épileptiques est très moderne et, on peut le dire, toute récente. Certainement les relations avec l'épilepsie d'un certain nombre de troubles paroxystiques avaient été de longue date entrevues ; dans tous les classiques on signale l'opinion de Trousseau sur le tic douloureux de la face, l'incontinence nocturne des urines et même l'asthme essentiel. Mais c'étaient là des faits isolés, et l'opinion de ceux qui soutenaient l'idée d'une relation possible entre ces manifestations et

(1) Féré, *Revue de méd.*, 10 mai 1898, p. 431.
(2) Id., *Journ. de neurol.*, 1899, n° 22.

l'épilepsie résultait bien plus d'impressions personnelles et purement instinctives de médecins sagaces que d'une conviction basée sur des caractères précis et rigoureusement scientifiques.

Depuis quelques années, avec les travaux de Pitres, Féré, Voisin, Ardin-Delteil, la connaissance de ces équivalents épileptiques a été poussée beaucoup plus loin ; on en trouve, dans les tout récents travaux d'Ardin-Delteil, une classification rationnelle et fort bien ordonnée, qui mérite d'être suivie pas à pas dans l'exposé qui va suivre.

Le nom d'*équivalents épileptiques* a été donné par Maudsley et Pitres à « des phénomènes sensitifs, viscéraux, psychiques, dont la parenté avec l'épilepsie est démontrée par leur coexistence chez un même individu ou dans une même famille, leur allure essentiellement paroxystique, l'épuisement qu'ils laissent après eux » (Féré).

On en distingue habituellement deux grandes variétés : 1° les *équivalents physiques*, caractérisés par des perturbations paroxystiques portant sur le domaine somatique ; 2° les *équivalents psychiques*, dont les paroxysmes atteignent de préférence la sphère mentale.

L'ensemble des équivalents épileptiques constitue l'épilepsie larvée (Morel, 1869), définie par Ardin-Delteil de la façon suivante : « Une forme d'épilepsie empruntant, pour se manifester, des caractères étrangers à l'épilepsie ordinaire et revêtant la forme de diverses espèces nosologiques étrangères... Ces divers syndromes, qui ne sont que l'expression revêtue par la névrose pour se manifester à l'extérieur, ont cliniquement la même valeur que le paroxysme convulsif franc ; ils le représentent, ils lui équivalent. »

Un certain nombre de psychiâtres réservent le nom d'*épilepsie larvée* aux seules manifestations psychiques de la névrose : « C'est dans le seul domaine des manifestations psychiques que la névrose comitiale peut, d'après ces auteurs, se dépouiller entièrement de sa physionomie habituelle, et, bouleversée dans sa morphologie clinique, métamorphosée, transfigurée, épouser des formes étranges, adopter des allures inattendues, simuler des affections diverses, au point de dérouter les plus sagaces, de provoquer les erreurs les plus grossières, de rester absolument méconnue. Le mal sacré se dissimule alors tantôt derrière une manie, tantôt derrière une folie hallucinatoire, poussant à des actes terrifiants ; il se montre ailleurs sous forme de délire des persécutions, de délire religieux, etc. Le fait capital est dans la transfiguration, la métamorphose de l'épilepsie, qui prend le masque (*induit larvam*) d'une vésanie. » (Ardin-Delteil.)

Une pareille distinction ne nous paraît point acceptable : du moment où, en dehors des paroxysmes vulgaires, connus et qualifiés à toute époque, l'épilepsie peut, dans certains cas, prendre le masque d'affections diverses considérées jusqu'ici comme distinctes du mal comitial, il convient d'appliquer le nom d'*épilepsie larvée*, avec sa signification étymologique, à tous ces paroxysmes anormaux,

sans distinguer s'ils atteignent les fonctions somatiques ou le domaine mental.

A. **Équivalents physiques ou somatiques.** — On donne ce nom à « diverses manifestations motrices, sensitives, viscérales ou sensorielles, de la maladie comitiale, qui peuvent acquérir la valeur d'un paroxysme ordinaire » (Ardin-Delteil).

I. Équivalents moteurs. — On doit distinguer, avec Ardin-Delteil : 1° des *formes motrices incoordonnées* ; 2° des *formes motrices coordonnées* ; 3° des *équivalents paralytiques*.

1° *Formes motrices incoordonnées.* — Cette catégorie de troubles moteurs, à laquelle on peut rattacher les divers types de *myoclonies épileptiques* récemment décrits [Russell-Reynold, Weiss, Seppilli, Dide (1), Verga et Gonzalès (2), Rabot (3), Garnier et Saintenoise (4), Mannini (5), Strohmayer (6)], comprend :

a. Le *tremblement épileptique*, une des manifestations comitiales relativement courantes : « Les grandes crises convulsives sont remplacées par des crises de tremblement, qui durent parfois quelques heures, s'accompagnant d'obnubilation intellectuelle plus ou moins apparente. » (Féré.)

Le tremblement s'accompagne quelquefois de spasmes toniques, sans chute, ni cri, ni morsure de la langue ; il présente quelques analogies symptomatiques avec la trépidation épileptoïde, ou épilepsie spinale de Brown-Séquard, qui ne saurait en aucune façon être confondue avec lui. Il peut être remplacé par un *claquement convulsif des dents* (Billod).

b. Des *crampes musculaires*, en particulier la pseudo-crampe des écrivains de Féré (7).

c. Divers *mouvements convulsifs* : cris, rire, pleurs, bâillements, éternuements, toux, hoquet.

2° *Formes motrices coordonnées.* — Il y a d'abord des *actes coordonnés rudimentaires*, tels que :

a. Le *mâchonnement*, accompagné de mouvements de déglutition (épilepsie bucco-pharyngée de Falret) ; on note en même temps la suspension de l'intelligence, la fixité du regard, la pâleur et l'immobilité du visage, la dilatation pupillaire.

b. Certains *actes automatiques simples* : saut, battement des mains, geste de ramener les vêtements ou les couvertures, mouvements désordonnés accompagnés de paroles incohérentes.

(1) Dide, *Ann. méd.-psych.*, septembre-octobre 1899.
(2) Verga et Gonzalès, *Annali di neurologia*, 1899, p. 418.
(3) Rabot, Th. de Paris, juillet 1899.
(4) Garnier et Saintenoise, *Ann. méd.-psych.*, mai 1898.
(5) Mannini, *Gaz. degli Osped.*, 30 septembre 1900, p. 1220 ; *Revue neurol.*, 1901 p. 364.
(6) Strohmayer, *Mon. f. Psych. und Neurol.*, mai 1901, p. 142
(7) Féré, *Soc. de biologie*, 1891.

Dans une hiérarchie plus élevée, on observe des *actes coordonnés complexes* :

c. Le *marmottement* ou logospasme (*épilepsie bucco-laryngée*) : le malade prononce, sans le vouloir et le plus souvent sans s'en douter, une phrase, toujours la même ; il articule les mots rapidement et d'une voix généralement altérée. De Sanctis a décrit sous le nom d'*équivalents musicaux* des accès caractérisés par un chant inconscient.

d. Le *tic de Salaam* (*spasmus nutans*). Il consiste en une série de mouvements de salutation (vingt à cent par minute), avec flexion et redressement successifs de la tête et du tronc, se reproduisant sous forme de crises et affectant la première enfance. Chaque crise s'accompagne de pâleur de la face, de fixité du regard et de dilatation pupillaire.

e. L'*épilepsie procursive* (Bourneville et Bricon, Ladame, Mairet, Lemoine et Delbreil, Fergusson). Cette forme curieuse, « dans laquelle l'attaque est, au point de vue moteur tout au moins, constituée en totalité ou en partie par une course en avant, une procursion », se présente avec les caractères suivants : tout à coup, sans motif autre qu'une impulsion inconsciente, l'épileptique se met à courir droit devant lui ; le plus souvent, mais non toujours, il évite d'instinct les obstacles ; quand il en rencontre, il les repousse avec violence et cherche à les écarter de sa route. « Il se laisse guider par son *sensorium commune*, qui lui donne de plus ou moins vagues avertissements, n'arrivant pas jusqu'à son moi supérieur, maître des perceptions conscientes et de la volonté. » (Ardin-Delteil.) La fin de la crise est généralement marquée par une chute. Dans quelques circonstances, d'ailleurs assez rares, la course a lieu *à reculons* (Lannois) (1), ou en cercle (*forme rotatoire* de Mingazzini, Schuster et Mendel) (2).

La procursion peut précéder une crise convulsive, dont elle constitue l'aura ; elle peut suivre l'attaque convulsive, ou résumer l'accès ; dans ce dernier cas, c'est à proprement parler un équivalent épileptique.

L'épilepsie procursive réalise, en tant que forme morbide, un état intermédiaire entre les formes coordonnées inconscientes, dont il vient d'être question, et l'automatisme ambulatoire, qui fait partie des équivalents psychiques et dans lequel il existe une conscience seconde, susceptible de revivre au cours de chaque crise.

3° *Équivalents paralytiques*. — Ces formes équivalentaires sont plus fréquentes dans l'épilepsie jacksonienne que dans l'épilepsie essentielle. Ce sont :

a. Des *paralysies proprement dites*, survenant subitement sous forme de crises passagères, affectant un membre ou une moitié du

(1) Lannois, *Lyon méd.*, 28 juillet 1899.
(2) Schuster et Mendel, *Münch. med. Wochenschr.*, 1899, p. 918.

corps, et quelquefois précédées d'une crampe musculaire qui représente l'élément convulsif (Pitres). Il arrive souvent que ces paralysies paroxystiques sont, à un moment donné, remplacées par des crises convulsives (Mac Connell) (1).

b. De l'*aphasie*, avec ou sans hémiplégie (Daly, Pitres et Dubreuilh, Bateman, Stevens et Hughes).

c. Ardin-Delteil place dans la même catégorie les *attaques apoplectiformes* qui ont été signalées au paragraphe des formes frustes du mal comitial.

II. Équivalents sensitifs. — Ils consistent en sensations habituellement douloureuses, qui varient suivant les individus, mais sont constantes pour chaque malade lors des divers paroxysmes. Ce sont des engourdissements, des picotements, des fourmillements, des douleurs localisées, des sensations de brûlure ou de congélation ; ou encore l'impression d'un souffle tiède sur la peau, de fines pointes appliquées sur une partie du corps. Un malade de Pitres sentait, au moment des paroxysmes, ses doigts devenir gros comme des saucisses. Ces sensations apparaissent brusquement, ne durent pas plus de quelques minutes, et laissent généralement après elles de la courbature ou de la céphalée.

La *migraine* (Tissot, Parry, Livein, Bordoni, Kovalewsky), surtout dans sa formule ophtalmique, pourrait bien n'être qu'un « équivalent hémicranique » ; Lambranzi (2), tout en admettant la coexistence possible des deux névroses, n'accepte point leur identité de nature. A côté d'elle, Féré (3) a décrit des accès de « chocs céphalalgiques » passagers.

Le *tic douloureux de la face*, ou névralgie épileptiforme de Trousseau, a été longtemps considéré comme un équivalent comitial. Récemment encore, Forni (4) a rapporté onze observations de tic douloureux développé chez des épileptiques.

III. Équivalents vaso-moteurs et thermiques. — Venturi (5) rattache toutes les manifestations de l'épilepsie à des perturbations vaso-motrices, pouvant intéresser l'ensemble ou une partie du système nerveux central, et produisant, suivant leur localisation, des troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, psychiques ; tout accès d'épilepsie reconnaîtrait donc, d'après cet auteur, une origine vaso-motrice. Mais les troubles vaso-moteurs peuvent aussi se manifester primitivement à la périphérie : l'accès débute généralement par une aura sensitive ; puis survient une vaso-paralysie, d'abord localisée,

(1) Mac Connell, *The Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1899, p. 315 ; *Revue neurol.*, 1900, p. 879.
(2) Lambranzi, *Riforma medica*, 9 juin 1900, p. 699 ; *Revue neurol.*, 1900, p. 1105.
(3) Féré, *Revue neurol.*, 1898, p. 607.
(4) Forni, *Bull. del Policl. gen. di Torino*, mars-avril 1898 ; *Revue neurol.*, 1898 p. 650.
(5) Venturi, *Arch. di psych.*, 1889.

qui s'étend progressivement, atteint le visage et se traduit par une sensation de chaleur intense, accompagnée de rougeur et de troubles sensoriels (bourdonnements d'oreilles, anomalies de la vue).

Carlo Ceni (1) a tout récemment signalé, chez certains épileptiques, des *crises d'hypothermie*, persistant de trente à soixante minutes et provoquant un abaissement de température de 1 à 3 degrés.

IV. Équivalents viscéraux. — Les formes viscérales de l'épilepsie peuvent intéresser tous les grands appareils de l'économie.

Du côté du *tube digestif*, on a signalé des *crises gastriques*, caractérisées par de la gastralgie, des nausées, des vomissements ; des *crises intestinales*, avec entéralgie et diarrhée subite. Récemment Mathieu et Féré (2) ont décrit sous le nom de « faim-valle épileptique » une sensation angoissante de boulimie que présentent certains malades, et qui peut aboutir à la perte de connaissance si le besoin n'est pas immédiatement satisfait par l'ingestion d'un aliment ou d'une substance quelconque.

Les accès portant sur l'*appareil circulatoire* provoquent des crises de *palpitations*, d'*angine de poitrine* [Trousseau, Paget, Lemoine (3), Féré (4)], de *tachycardie essentielle* (Talamon), de *bradycardie* passagère.

L'*appareil respiratoire* offre des *crises laryngées* (Lœfferts), des *accès d'asthme* (Trousseau, Salter, Schüle); le *spasme glottique* (asthme thymique ou de Knopp), la *laryngite striduleuse*, seraient des manifestations du même ordre.

D'autres fois, c'est l'*appareil génito-urinaire* qui devient l'aboutissant des perturbations névrosiques : certains accès se bornent à une *miction impérieuse*, une *perte séminale* (Zucarelli), une érection violente et douloureuse survenant sans raison et disparaissant brusquement (Féré), ou de l'*incontinence d'urine*. Ce dernier symptôme, bien étudié de longue date et déjà rapporté par Trousseau et Legrand du Saulle à sa véritable origine, révèle quelquefois des accès nocturnes de haut mal, qui, sans lui, passeraient inaperçus ; d'autres fois, l'incontinence survient en plein jour, et l'émission brusque d'un flot d'urines, accompagnée ou non de vertige, prend la place d'un accès convulsif (Chouppe) (5) ; d'autres fois, enfin, une miction en apparence normale résume, par sa réalisation automatique et inconsciente, un accès diurne ; c'est alors « une miction cynique, étalée en plein jour, en pleine rue, accomplie avec un calme et une sérénité apparente que rien ne peut venir troubler » (Ardin-Delteil).

(1) Carlo Ceni, *Rivista speriment. di fren.*, décembre 1900, p. 585 ; *Revue neurol.*, 1901, p. 512.
(2) Mathieu, Féré, *Soc. méd. des hôp.*, 23-30 mars 1900.
(3) Lemoine, *Soc. de biologie*, 22 janvier 1898.
(4) Féré, *Revue de méd.*, 1899, p. 497.
(5) Chouppe, *Soc. de biologie*, 14 avril 1894.

V. Équivalents sensoriels. — Ce groupe, le plus élevé dans la hiérarchie des équivalents somatiques, affleure par certaines de ses manifestations le domaine des équivalents psychiques et sert de transition entre les deux variétés de troubles.

On distingue quatre grandes variétés de formes équivalentaires : visuelles, auditives, olfactives et gustatives.

Les *formes visuelles* consistent soit en des *sensations rudimentaires* (éblouissements, amblyopie, cécité, visions colorées), soit en troubles plus complexes, tels que des *hallucinations visuelles* ; la migraine ophtalmique, dont il a été parlé plus haut, est rangée par certains auteurs dans cette catégorie.

Les *formes auditives* peuvent être également classées en *sensations rudimentaires* (syndrome de Ménière, bruits vagues, roulements de voitures, bruissement du vent, grondement de l'orage, bruit de l'Océan, bruit de cloches, sifflet de locomotive, accès de surdité) et *hallucinations auditives*, poussant le malade à accomplir des actes déterminés.

Il en est de même pour les *formes olfactives* ou *gustatives*, qui se divisent en impressions rudimentaires (sensations peu précises, goût ou odeur désagréable) et impressions nettement spécialisées (goût ou odeur d'œufs pourris, parfums et saveurs déterminés).

B. **Équivalents psychiques.** — « Il existe une catégorie d'individus qui, à des périodes jusqu'à un certain point périodiques, sont susceptibles de présenter tout à coup des anomalies intellectuelles d'une durée très brève, des étrangetés de caractère, des violences de langage, des écarts de conduite ou des impulsions fâcheuses, avec ou sans troubles hallucinatoires de la vue, avec une véritable aura, mais invariablement avec une perte absolue de souvenir de tout ce qui a pu se passer pendant ces éclipses partielles de raison, de volonté et de liberté morale. Ces individus, qui accomplissent parfois les actes les plus inattendus, ne sont excentriques, immoraux, extravagants ou malfaisants qu'à leur heure, et, chaque fois qu'ils sont repris de leur sorte d'absence, ils disent identiquement les mêmes mots, s'emportent de la même façon, profèrent les mêmes injures, commettent les mêmes actes et obéissent aux mêmes impulsions. Il y a là quelque chose comme un mécanisme à répétition, et, en face de ces retours d'une similitude uniforme, il semble en vérité qu'un objectif photographique ait surpris, circonscrit et immobilisé la manifestation vésanique, qu'il en reste un cliché indélébile, et qu'une épreuve nouvelle soit tirée de temps en temps. » (Legrand du Saulle.)

Il serait difficile de mieux résumer en quelques lignes les allures générales de cette modalité de l'épilepsie, pour laquelle certains aliénistes réservent la dénomination d'*épilepsie larvée* et à laquelle les Allemands donnent le nom d'*épilepsie mentale*.

La forme des équivalents psychiques est extrêmement variable ; on