peut même dire qu'il existe autant de formes que de malades. Mais toutes ces manifestations, quelque dissemblables qu'elles soient en apparence, présentent un certain nombre de points communs qui constituent les *caractères généraux des équivalents psychiques* (1).

D'abord, le paroxysme psychique (convulsion mentale de Maudsley), qui constitue un équivalent lorsqu'il résume à lui seul l'accès, peut, d'autres fois, précéder ou suivre une attaque vulgaire de mal comitial ; il peut également alterner avec des crises d'épilepsie commune, de grand ou de petit mal (2).

L'épilepsie psychique est essentiellement caractérisée par l'*inhibition passagère des facultés les plus élevées dans la hiérarchie des fonctions supérieures, la volonté et le libre arbitre, avec conservation de ce que l'on a appelé l'automatisme cérébral.*

« L'épileptique est le plus grand malade de la volonté qu'il soit possible de rencontrer ; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici de la volonté libre, c'est-à-dire de la volonté normale ; car, à côté du cadavre de celle-ci, surgit subitement un spectre qui la rappelle, qui la plagie, une volonté morbide, qui est la spontanéité caractéristique de l'automatisme. » (Ardin-Delteil.)

Si tout se bornait là, il serait bien difficile de tracer une ligne de démarcation entre l'épilepsie psychique et l'absence classique ; de fait, il est souvent impossible de les distinguer l'une de l'autre ; mais, le plus ordinairement, on retrouve dans l'épilepsie psychique, à côté de la suppression des facultés supérieures, un élément actif surajouté, qui est l'*impulsion irrésistible*. Suppression momentanée de la volonté et du libre arbitre, conservation de l'automatisme cérébral, impulsions irrésistibles, tels sont les très grands caractères de cette catégorie d'accidents comitiaux.

Les actes accomplis par l'épileptique au cours de sa crise sont en apparence spontanés ; en réalité, ils sont involontaires, automatiques et le plus souvent inconscients (1). Sans motif, sans préméditation ni complicité, sans dissimulation aucune, l'épileptique, sous l'influence d'une brusque impulsion, quelquefois à la suite d'une hallucination ou d'une illusion, réalise avec une violence extrême et quelquefois avec une force extraordinaire, un acte le plus souvent répréhensible. Puis, après un temps dont la durée dépasse d'habitude celle des crises convulsives, le malade se réveille brusquement, reprend aussitôt possession de sa conscience, et ne conserve de sa crise qu'une sensation de fatigue et d'anéantissement, traduction de l'épuisement nerveux consécutif au paroxysme.

(1) Voy. sur ce point : Ardin-Delteil, thèse citée, et Parant, *Congrès des aliénistes et neurologistes*, Bordeaux, 1895 ; et *Arch. clin. de Bordeaux*, mai 1895.

(2) Toulouse et Marchand (*Soc. de biologie*, 7 janvier 1899) et Agricole (Th. de Paris, juillet 1899) ont cité, chez certains malades, la curieuse alternance de périodes lucides et de périodes délirantes ; les accès épileptiques étaient fréquents dans le premier cas ; on ne les observait pas dans le second.

Il existe, après l'attaque, une amnésie absolue pour tout ce qui s'est passé pendant l'accès ; Falret a cependant noté, dans quelques cas très exceptionnels, l'intégrité du souvenir. On cite, d'autre part, des cas de dédoublement de la personnalité dans lesquels le sujet oublie pendant ses crises les circonstances qui ont précédé le paroxysme et, après sa crise, ce qui s'est passé pendant l'accès.

On admet généralement que tous les paroxysmes successifs réalisés par un même malade se présentent sous une forme identique et sont en quelque sorte calqués les uns sur les autres. Enfin il est établi que la répétition fréquente des paroxysmes psychiques amène rapidement la déchéance intellectuelle.

Falret a divisé les troubles psychiques de l'épilepsie en deux groupes, les deux ordres de manifestations étant d'ailleurs susceptibles de se substituer les unes aux autres :

1° Le *petit mal intellectuel* est caractérisé par une impulsion irrésistible à réaliser certains actes (vol par exemple) ou à prononcer certaines paroles (obscénités). Magnan cite le cas d'une cuisinière qui entassait dans son pot-au-feu des débris d'assiettes, des épluchures de légumes, du savon, une vieille chaussure et différents objets qui tombaient sous sa main. Un épileptique payait ce qu'il venait d'acheter dans un magasin et continuait à déposer sur le comptoir tout l'argent dont il était porteur. Un archidiacre, cité par Trousseau, grimaçait en encensant son évêque, au grand scandale de l'assistance.

« Ce qui caractérise cet état maniaque, déclare Voisin, c'est la répétition des mêmes mots, des mêmes phrases, et l'accomplissement des mêmes choses ; c'est la monotonie de tous les actes ; enfin c'est l'apparence de raison des malades qui en sont atteints... Il est à remarquer que les gens les plus timides, les plus polis, les plus réservés, sont dans leur délire les plus effrontés, les plus malhonnêtes et les plus grossiers. On connaît plusieurs cas d'épilepsie chez des religieuses qui, dans leur trouble mental, n'avaient aux lèvres que des expressions ordurières, dépassant toute espèce d'imagination. »

Krafft-Ebing a donné à cette forme de mal comitial le nom d' « *état hypnagogique avec angoisse* ». On peut y faire entrer la plupart des cas d'*absence* comitiale classique.

2° Le *grand mal intellectuel* (*manie épileptique furieuse*, *fureur épileptique*, *état crépusculaire* des Italiens) est une sorte de manie aiguë,

(1) Un certain nombre d'auteurs admettent la possibilité d'impulsions conscientes chez les épileptiques. D'après Magnan (*Progrès méd.*, 18 avril 1896), Respaut, Marinesco et Sérieux, ces faits seraient à tort attribués à la maladie comitiale et relèveraient plutôt de l'état de dégénérescence du sujet ou de psychoses surajoutées ; au contraire, les impulsions inconscientes et accompagnées de perte totale du souvenir relèveraient de l'épilepsie. « La psychose épileptique d'un sujet déterminé peut toujours s'expliquer soit par l'épilepsie seule, soit par l'intervention d'un élément vésanique héréditaire. » (Ardin-Delteil.)

au cours de laquelle, et généralement sous l'empire d'hallucinations terrifiantes, le malade accomplit des actes d'une violence inouïe, ordinairement délictueux ou criminels (actes de brutalité, homicide, suicide, incendie). Cet état s'accompagne souvent de fièvre (39° ou 40°) comme l'état de mal, d'agitation permanente, de raucité de la voix, de sécheresse de la langue, de sueurs, d'insomnie; il dure de quelques heures à quelques jours et peut se terminer par une véritable cachexie. Mais, le plus souvent, la crise cesse d'une façon brusque ou rapide, et le malade ne conserve aucun souvenir de cet épisode dramatique de son existence.

A signaler dans cette forme le caractère cohérent et souvent logique en apparence du délire, la préméditation souvent habile de l'acte délictueux, enfin la tolérance quelquefois extraordinaire que présente le malade à l'endroit de la douleur : témoin un malade, cité par Cavalier (1), qui s'ouvrit le ventre avec un couteau, dévida et taillada son intestin sans souffrance apparente, et vécut jusqu'au lendemain sans proférer aucune plainte.

« En résumé : délire hallucinatoire d'une extrême intensité, surgissant avec brutalité, avec idées assez coordonnées, actes d'une violence inouïe, cessation brusque, et répétition d'accès toujours semblables, tels sont les caractères essentiels de la manie épileptique avec fureur. » (Ardin-Delteil.)

Ardin-Delteil distingue, au point de vue symptomatique, trois grandes variétés d'épilepsie psychique :

1° Les *formes avec excitation* comprenant :

A. L'*épilepsie criminelle et délictueuse*, dont les principales modalités sont :

a. La manie avec fureur;

b. Les impulsions à l'homicide et au suicide;

c. Les impulsions à l'incendie et au vol;

d. L'exhibitionisme, etc.

B. L'*épilepsie délirante simple avec excitation*, qui embrasse les groupes suivants :

a. La manie épileptique simple non délictueuse;

b. Diverses impulsions non criminelles, et en particulier l'impulsion à voyager (fugues, automatisme ambulatoire épileptique).

2° Les *formes avec dépression*, moins importantes, et dont les manifestations les plus habituelles sont : la *stupeur* et la *narcolepsie épileptique*.

3° Les *formes avec alternance d'excitation et de dépression* (folie à double forme ou folie circulaire).

Parmi les équivalents de l'épilepsie, il en est un qui par sa durée, son apparence de spontanéité et de logique, l'allure paisible de son

(1) Cavalier, Essai sur la fureur épileptique. Th. de Montpellier, 1850.

évolution (le plus souvent exempte d'épisodes dramatiques), mérite plus particulièrement d'attirer l'attention : c'est l'*automatisme ambulatoire comitial* (1).

Cet état (état second, état crépusculaire des Italiens, état hypnagogique de Krafft-Ebing et des auteurs allemands) est caractérisé par une impulsion soudaine et irrésistible qui force les malades à aller devant eux, voyageant sans but, durant un temps fort variable.

Les cas de cet ordre ont pour prototype la classique observation de Legrand du Saulle, dont le sujet, comitial invétéré, s'embarque au Havre en pleine crise psychique et reprend connaissance en arrivant à Bombay; pendant tout le trajet il a mené la vie de tout le monde, souscrit automatiquement à la plupart des obligations sociales, en un mot vécu d'une existence seconde à laquelle la volonté et le libre arbitre ne prenaient aucune part. — Un autre malade, cité par Cabadé, parcourt en sept jours 600 kilomètres à pied et se réveille aphasique à Hyères, sur une plage sablonneuse qui lui était inconnue, en face d'un navire qu'on déchargeait. — Un autre parcourt en cinq heures 100 kilomètres et ne s'arrête que lorsque son cheval tombe fourbu. — « Je connais, raconte Kovalewsky (p. 239), un cas où un marchand de Saint-Pétersbourg s'est trouvé être à Kiew un beau jour, sans savoir comment ni pourquoi. Il y conclut plusieurs transactions commerciales qu'il ne se rappelait positivement pas, mais qui étaient tout à fait en règle. » — Exceptionnellement les malades accomplissent durant leur accès des actes délictueux (vol, exhibition, incendie, homicide). Dubois (2) a rapporté le cas d'un épileptique qui, au cours d'un accès d'automatisme, entra dans un étang et se noya.

Ces « aliénés voyageurs » (Meige) jouissent en apparence de toute leur raison; ils accomplissent avec une apparente initiative tous les actes de la vie courante, mais perdent complètement, pendant leurs absences, le cachet de leur personnalité. Leurs *fugues*, d'après Voisin, se caractérisent essentiellement par : 1° la soudaineté de l'acte; 2° le besoin de déplacement (*dromomanie*); 3° l'absence de but; 4° l'oubli consécutif.

III. **Phénomènes intercalaires et évolution de l'épilepsie; particularités somatiques et psychiques des épileptiques.** — Les accès, quelle que soit leur fréquence et leur intensité, ne résument point la symptomatologie du mal comitial; presque toujours, dans les intervalles des crises, on retrouve chez les malades des indices permanents, des *stigmates* plus ou moins caractéristiques de la névrose.

L'intelligence et le caractère des épileptiques présentent de constantes anomalies : sans parler encore de la déchéance intellectuelle

(1) Voisin, *Congrès de méd. mentale*, 1889.
(2) Dubois, *Nord méd.*, 15 janvier 1898.

qui accompagne la maladie invétérée, on peut dire que l'immense majorité des comitiaux manquent de pondération, d'équilibre, au triple point de vue intellectuel, moral et affectif. Au lieu de cette harmonieuse proportion entre les facultés qui caractérise d'habitude l'individu sain, le psychisme du comitial peut présenter, à côté de profondes lacunes, des parties singulièrement développées. L'épileptique n'est pas toujours, loin de là, un *minus habens*; quelquefois même le développement de certaines qualités de l'esprit peut élever le malade jusqu'à l'élite de ses contemporains. Aussi a-t-on pu dire avec une apparence de raison qu'à un certain degré la névrose conduit le déséquilibré au génie; il serait mieux de dire que la névrose n'est point incompatible avec le génie et peut-être constitue pour lui un terrain de culture favorable (1). Jules César, Napoléon, Pétrarque, Flaubert étaient épileptiques; certains calculateurs prodigieux furent des névrosés (2). Mais toujours, chez les êtres ainsi doués, une analyse soigneuse révèle des imperfections : le sens moral, les qualités affectives sont souvent amoindris; ou encore, si l'on ne considère que l'intelligence, à côté de l'hypertrophie de certaines facultés, on souligne un développement défectueux des autres. Il est bien rare, en un mot, qu'un névrosé supérieur soit un être complet, remarquable en toutes choses et uniformément brillant.

Le *caractère* des épileptiques est en général violent et irritable; à la moindre contrariété, ils manifestent une bruyante agitation, leur face se congestionne, leurs yeux s'injectent. Maurice de Fleury considère certains accès de colère comme de véritables équivalents comitiaux. Le plus souvent, ils sont en même temps sombres, craintifs, méfiants, portés aux excès (onanisme, boisson, coït), dépourvus de sens moral. Leur système nerveux est constamment en état d'hyperesthésie; Ardin-Delteil les compare à une arme chargée dont le plus faible choc peut amener l'explosion.

En dehors de ces troubles intellectuels, plutôt imputables, d'après certains, à la dégénérescence qu'à la névrose, on peut dire que le comitial, du fait même de ses crises, tend plus ou moins à la *démence épileptique*. Chaque accès est précédé d'une courte phase d'excitation et suivi d'une période plus longue de dépression. Quand les accès se répètent, on voit survenir des troubles permanents de l'intelligence, proportionnés, semble-t-il, plutôt à la fréquence des paroxysmes qu'à leur durée; on a observé, en effet, que les paroxysmes atténués (vertiges, absences) aboutissent plus couramment à la démence que les grandes crises; cela tient probablement à leur répétition plus fréquente.

(1) Voy. sur les relations de la névrose et du génie, les développements consacrés par l'un de nous à cette question (Grasset, *La supériorité intellectuelle et la névrose*, Montpellier, 1900).

(2) Pacetti, *Riforma medica*, 1893; *Revue neurol.*, 1893, p. 605.

A côté des troubles intellectuels en rapport avec la fréquence des attaques (*démence par épuisement* de Féré), on peut en voir survenir d'autres qui se poursuivent régulièrement et indépendamment du nombre des paroxysmes : c'est la *démence dégénérative* de Féré.

La maladie peut se terminer par le tableau clinique de la *paralysie générale*. Pour les uns [Péon (1), Toulouse et Marchand (2)], il s'agirait d'une superposition à la névrose de la paralysie générale véritable; pour d'autres (Régis), pareille association serait rare et ne mériterait d'être admise, dans un cas déterminé, qu'après élimination raisonnée des crises épileptiformes qui fréquemment soulignent le début de la paralysie générale; encore, dans les cas positifs, s'agirait-il plutôt d'une démence paralytique, non subordonnée à de la méningo-encéphalite chronique comme dans la paralysie générale vraie (3).

En dehors des facultés intellectuelles, la plupart des fonctions du système nerveux sont troublées chez les épileptiques.

Féré a démontré, par des recherches dynamométriques, une *diminution notable de la force musculaire*. Maurice de Fleury divise, au point de vue de l'état des forces, les épileptiques en deux catégories : les plus nombreux (quatre cinquièmes environ) sont affaiblis et appartiennent au type neurasthénique; les autres réalisent le type hypersthénique (ce sont le plus souvent des alcooliques ou des scléreux).

La *sensibilité* est fréquemment émoussée; le plus souvent il ne s'agit que d'une hypoesthésie légère; quelquefois d'une analgésie complète. Höldenberg et Göbel font jouer un rôle important à l'*analgésie du cubital* (signe de Biernacki) chez les épileptiques, et pensent même que la constatation de ce symptôme peut permettre de trancher un diagnostic différentiel entre l'épilepsie et l'hystérie. Or Lannois et Carrier (4) ne l'ont constaté que dans 20 p. 100 des cas; ils ne voient là qu'un symptôme nerveux purement fonctionnel, transitoire et dépendant de l'épuisement nerveux consécutif aux attaques.

Toutes les *fonctions sensorielles* peuvent être troublées chez les comitiaux. On a signalé, en particulier, l'astigmatisme (Féré), la diminution de l'acuité visuelle, le rétrécissement du champ visuel, la dyschromatopsie, l'achromatopsie, le daltonisme. Browning (5) signale l'inégalité pupillaire et des oscillations de la pupille (*hippus*

(1) Péon, *IXe Congrès des médecins aliénistes*, Angers, 1898.

(2) Toulouse et Marchand, *Ann. méd.-psych.*, septembre 1899.

(3) On a également signalé l'association de l'épilepsie avec le *tabes*, la *maladie de Basedow* (Ingelrans, *Écho méd. du Nord*, 17 novembre 1898, p. 180), — la *paralysie agitante* (Combemale, *Écho méd. du Nord*, 14 mai 1899), — la *neurasthénie dégénérative* (phobies, obsessions), qui peut coexister avec l'épilepsie ou lui succéder (Popoff, *Messager méd. russe*, 1899, p. 1, et *Revue neurol.*, 1899, p. 609), — et l'*idiotie*.

(4) Lannois et Carrier, Congrès de Lille, 1899, et *Revue de méd.*, 1899, p. 849.

(5) Browning, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1893, et *Ann. méd.-psych.*, 1895, p. 506.

pupillæ) dans les intervalles des paroxysmes. De Gouvea (1) a observé de l'amblyopie et de l'amaurose transitoires, qu'il rapporte à des spasmes interparoxystiques des artères rétiniennes ; quand les spasmes se répètent trop fréquemment, la nutrition de la rétine peut s'altérer et la vision baisser d'une manière définitive.

L'*acuité auditive* peut également s'affaiblir d'une façon progressive et permanente (2) ; il en est de même pour l'*odorat* (3).

Le *sommeil* des épileptiques est fréquemment troublé par des cauchemars, des sursauts pénibles, des sensations angoissantes, des rêves érotiques fréquemment accompagnés de pollutions ; ces troubles peuvent quelquefois être considérés comme des équivalents de crises [Bombarda (4), Kelle (5)].

Les *réflexes* sont, en général, peu modifiés dans les intervalles des crises ; une exception peut être faite pour le *réflexe pharyngien*, dont l'abolition a souvent été notée, même en l'absence de toute bromuration (Féré) (6).

Les *fonctions organiques* sont rarement normales : les règles apparaissent tardivement (Beau) ; la digestion (7) est fréquemment viciée (Féré) ; l'ampleur respiratoire est amoindrie ; la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang est inférieure à la normale (Féré, Hambursin, Claus et Van der Stricht) ; Hénocque a établi qu'elle tombe de 13 à 9 p. 100. Il y aura lieu de revenir plus loin sur ces données, à propos de la physiologie pathologique de l'affection.

A côté de ces viciations fonctionnelles, on a signalé des *anomalies somatiques*, modifications objectives de l'esthétique du sujet, dont l'ensemble constitue ce que Claus et Van der Stricht ont appelé le « type épileptique ». Avec la plupart des auteurs nous croyons que ces anomalies n'appartiennent pas en propre à l'épilepsie, et qu'elles constituent simplement des *stigmates de la dégénérescence héréditaire* dont l'épilepsie est le plus souvent une manifestation. Cette « déviation du type normal de l'individu » (Morel) est surtout accentuée quand la névrose a débuté de bonne heure et quand l'absence de cause apparente souligne d'autant mieux son origine atavique.

« La dégénérescence, dit Legrain, est l'état de l'être qui, comparativement à ses générateurs, est amoindri dans sa résistance psycho-

(1) De Gouvea, *Ann. d'oculistique*, septembre 1897.
(2) Weill, Th. de Paris, juillet 1899.
(3) Toulouse et Vaschide, *Soc. de biologie*, 8 février 1899.
(4) Bombarda, *Rev. portug. de medic. e chir. prat.*, 1er février 1898 ; *Revue neurol.*, 1898, p. 576, et 1899, p. 32.
(5) Kelle, Th. de Paris, mars 1900.
(6) Féré, *Soc. de biologie*, 2 octobre et 13 novembre 1897.
(7) L'*appétit* des épileptiques est souvent modifié ou dépravé. Witmer, sur 100 cas, note un appétit vorace 8 fois, exagéré 75 fois, moyen 4 fois, variable 6 fois, diminué 7 fois ; la pica (dépravation de l'appétit) est fréquente chez les déments. — Bellisari (*Riforma medica*, 1897, n° 45) signale un excès d'acide chlorhydrique dans l'estomac des épileptiques à jeun.

physique ; cet amoindrissement, qui se traduit par des stigmates indélébiles, est essentiellement progressif ; il aboutit plus ou moins rapidement à l'amoindrissement de l'espèce. »

Sans remonter jusqu'à 1810, où Dumas (de Montpellier) signalait déjà l'étroitesse de l'angle facial chez les épileptiques, on peut dire que cette étude des stigmates physiques de dégénérescence, fréquemment notés chez les épileptiques, est en grande partie due à Lasègue (1), qui a fait jouer aux déformations que nous allons décrire un rôle important au double point de vue étiologique et diagnostique ; depuis, ces notions ont été étendues par les travaux de l'école d'anthropologie criminelle.

Les anomalies portent essentiellement sur le crâne et la face. La plus classique est l'*asymétrie cranio-faciale*, surtout appréciable au niveau des bosses frontales et pariétales, des arcades orbitaires et des principales saillies osseuses de la face ; Pisow (2) a fréquemment constaté l'asymétrie des os malaires et la déviation du squelette nasal. La valeur de ce signe a été, cependant, fort discutée et on est allé jusqu'à prétendre qu'il existe chez un grand nombre de sujets sains ; tout récemment, Claus et Van der Stricht ont, au contraire, insisté sur sa rareté à l'état physiologique.

L'ouverture moyenne de l'angle facial chez l'épileptique est de 66° à 70°, au lieu de la moyenne physiologique de 75°,5 à 81°,5 (Claus et Van der Stricht). Mazet (3) a également étudié les modifications de l'indice céphalique. Fréquemment on a signalé la synostose prématurée des os du crâne et des déformations crâniennes telles que la dolichocéphalie, la brachycéphalie, la macrocéphalie et la microcéphalie.

Des *anomalies dentaires* ont été constatées par Claus et Van der Stricht dans 51 cas sur 66 ; elles portent sur la forme des dents, leur volume, leur nombre, leur implantation, leur direction ; le prognathisme est loin d'être exceptionnel.

Du côté de l'œil on observe l'asymétrie des pupilles (Musso), l'asymétrie chromatique des iris (Féré), l'existence de taches de rouille sur l'iris (dans 11 p. 100 des cas : Claus et Van der Stricht).

La conformation des oreilles est modifiée dans 73,6 p. 100 des cas (Claus et Van der Stricht) : on peut noter l'adhérence du lobule, la déformation du pavillon et surtout la saillie de l'anthélix, l'asymétrie des pavillons, etc.

Deux autres stigmates importants sont l'*implantation basse des cheveux* et la *forme ogivale de la voûte palatine*.

Du côté de la colonne vertébrale, on a signalé l'*ankylose de l'atlas et de l'occipital* (Sœlbrig, Hoffmann, Sommer) et diverses déviations rachidiennes.

(1) Lasègue, *Arch. gén. de médecine*, 1877 à 1880.
(2) Pisow, Th. de Paris, 1889.
(3) Mazet, *Lyon médical*, 9 juillet 1899.

Le thorax, le bassin, les membres peuvent être asymétriques. La polydactylie, la syndactylie ont été observées ; Raymond et Janet (1) ont signalé une déformation des mains en pince de homard ; Féré et Schmidt ont noté des vergetures lombo-sacrées.

Les *organes génitaux* peuvent présenter toute espèce d'anomalies (Bourneville, Sollier, Féré) : la microrchidie, la cryptorchidie, l'inversion de l'épididyme, le phimosis, l'hypospadias, le pseudo-hermaphrodisme (van Brero).

Enfin la *peau* et ses annexes sont souvent le siège de troubles trophiques variés : la dyschromie unguéale, l'hypertrophie et la striction longitudinale des ongles, les nævi (Féré), la pigmentation anormale de la peau [Féré et Batigne (2), Crespin]; Lannois (3) a récemment étudié une forme paroxystique de la mélanodermie. Tous ces troubles semblent reconnaître une origine sympathique.

On peut rapprocher de ces troubles trophiques la coexistence, signalée par Jirasch (4), de l'*ostéomalacie* avec la névrose comitiale.

ÉTIOLOGIE. — Il y a lieu d'étudier à part le rôle de l'*hérédité* et celui des *conditions individuelles*.

A. **Hérédité.** — L'hérédité est certainement le facteur étiologique dominant de l'épilepsie essentielle. Nombre d'autres causes peuvent intervenir dans sa détermination ; mais, tandis que ces causes (on le verra plus loin) sont multiples, dissemblables, sans relation apparente les unes avec les autres, seule l'hérédité pathologique se dresse, immuable et fatale, au-dessus de ces facteurs variés, capable de créer elle seule la névrose, ou tout au moins susceptible d'apporter à son développement une prédisposition puissante.

L'importance de l'hérédité dans la genèse du mal comitial a été énergiquement affirmée par la plupart des anciens auteurs, et van Swieten ne craignait pas de proclamer que « le médecin n'est pas plus capable d'empêcher la maladie de se développer au temps marqué pour son évolution qu'il ne peut s'opposer à ce que les dents et la barbe, également déposées en germe chez l'enfant, ne poussent quand le moment est venu ».

A l'heure actuelle, un certain nombre de neurologistes tendent à restreindre le rôle de l'hérédité et à faire de l'épilepsie une maladie acquise. Tissot, Louis, Delasiauve, s'étaient déjà constitués les défenseurs de cette idée. On trouvera un reflet de cette opinion à la fois dans quelques-unes des citations du début de cet article, et aussi dans l'affirmation suivante de Marie (5) : « L'épilepsie, n'étant qu'un syn-

(1) Raymond et Janet, *Nouv. Iconographie de la Salpétrière*, 1897, t. X, n° 6.
(2) Féré et Batigne, *Ibid.*, 1897, n° 5.
(3) Lannois, *IXe Congrès des médecins aliénistes et neurol.*, Angers, 1898.
(4) Jirasch, *Revue neurol.*, 1898, p. 79.
(5) Marie, *Progrès méd.*, 1887; *Sem. méd.*, 13 juillet 1892, p. 282.

drome lié à des altérations organiques des centres nerveux, ne saurait être considérée comme une maladie transmissible directement ou indirectement. La cause de l'épilepsie serait toujours extérieure au malade (infection surtout) et postérieure à sa conception. »

Pour Marie, il est aussi difficile de devenir épileptique sans infection ou intoxication que de devenir paralytique général sans syphilis; l'enfant peut naître épileptique si une cause morbide l'a frappé pendant la vie intra-utérine, mais il ne peut être conçu épileptique.

Bessière (1) a relaté dans sa thèse un certain nombre d'observations de mal comitial dans lesquelles l'hérédité paraît avoir fait défaut ; il conclut sans hésiter : « L'hérédité n'intervient dans l'étiologie de l'épilepsie que comme une cause prédisposante ; elle manque dans un bon nombre de cas... Il n'y a pas d'épilepsie essentielle ; l'épilepsie n'est qu'un syndrome clinique, qui peut être sous la dépendance de facteurs divers ; le plus souvent elle est consécutive à une infection antérieure, plus ou moins éloignée... L'accès est dû à l'accumulation dans le sang de matières toxiques, fabriquées par un malade dont la nutrition est troublée et dont les centres nerveux sont prédisposés par des altérations que le microscope ne peut toujours déceler. »

Il est impossible de souscrire à une formule aussi absolue, qui ne tient compte ni des statistiques, ni de certains faits cliniques bien démonstratifs, tels que les suivants : Zacutus Lusitanus rapporte l'histoire d'un malade atteint de mal caduc, et dont huit fils et trois petits enfants furent frappés du même mal. Eccheveria a recueilli 136 observations d'épileptiques mariés, qui ont eu 533 enfants : parmi ces derniers, 195 sont morts en bas âge de convulsions ; sur les 338 survivants, 78 sont devenus épileptiques. Popoff (2) a soigné un comitial dont trois frères, le grand-père et une tante maternelle étaient épileptiques. Il serait facile de multiplier ces exemples qui, à notre avis, établissent d'une façon indiscutable la redoutable influence de l'hérédité.

Celle-ci est le plus souvent *directe* et peut émaner de tel ou tel des ascendants, quelquefois de tous les deux dans les cas d'hérédité convergente accumulée. L'épilepsie s'est montrée, dans quelques cas, chez les descendants avant de s'être manifestée chez les ascendants.

L'hérédité dite *en retour* ou *atavique* saute une ou plusieurs générations.

Il y a hérédité *homochrone* quand l'épilepsie éclate chez les descendants au même âge où elle a frappé leurs ascendants ; le plus souvent, toutefois, les manifestations sont plus précoces dans la descendance.

Tout ce qui vient d'être dit a trait à l'*hérédité similaire*, l'épilepsie des ascendants se transmettant aux descendants sous la forme iden-

(1) Bessière, Th. de Bordeaux, 1895.
(2) Popoff, *Messager méd. russe*, 1899, nos 17 et 18; *Revue neurol.*, 1899, p. 814.