

avec les autres espèces de vertiges n'offre pas en général de réelles difficultés. Le vertige *labyrinthique* ne s'accompagne pas de perte de la connaissance et l'examen de l'appareil acoustique révèle une diminution notable de l'acuité auditive de l'une des oreilles.

Le vertige *neurasthénique*, le vertige *d'origine gastrique*, se reconnaîtront à ces caractères : pas d'abolition de la conscience, durée plus longue, sensations vertigineuses. Celles-ci font défaut dans le vertige épileptique, lequel n'est à proprement parler qu'une perte subite de la conscience avec ou sans chute du malade et non un véritable vertige.

Le diagnostic du vertige *hystérique* sera indiqué au chapitre *Hystérie*.

Les *syncopes* fréquemment répétées telles qu'on les observe chez certains émotifs peuvent être confondues avec les vertiges épileptiques. Mais l'apparition constante de ces crises sous l'influence et à l'occasion d'une émotion, l'arrêt des battements du pouls, permettront d'en soupçonner la nature.

Il faut encore citer, parmi les troubles qui peuvent simuler le vertige épileptique, les *chutes subites* avec ou sans perte de connaissance qui se produisent chez les ataxiques dans la sclérose latérale amyotrophique.

Diagnostic des équivalents épileptiques. — L'attaque épileptique se manifestant quelquefois sous la forme d'un *ictus apoplectique*, on peut être conduit à la différencier de l'apoplexie vulgaire liée à l'hémorragie ou aux thromboses centrales, des ictus apoplectiformes de la paralysie générale progressive, de la sclérose en plaques, etc.

Le diagnostic des *manifestations psychiques* de l'épilepsie, lorsqu'elles se produisent isolément, indépendamment des crises convulsives, présente les plus grandes difficultés. Il est à peu près impossible de les différencier des délires ou folies transitoires qu'on observe chez les dégénérés. Inversement il faut savoir distinguer et ne pas attribuer à l'épilepsie les délires toxiques, ou systématiques, qui peuvent coexister chez un épileptique avec les diverses modalités des paroxysmes comitiaux et qui en sont indépendants. Cependant on pourra distinguer certaines *impulsions épileptiques* des impulsions alcooliques ou de la paralysie générale, par l'existence d'autres symptômes somatiques (inégalité pupillaire) ou mentaux (délire, hallucination), qui existent dans ces dernières affections.

Diagnostic étiologique. — Le diagnostic de l'épilepsie étant établi, il reste à en préciser autant que possible la cause déterminante. Cette seconde partie du problème nécessite l'examen complet du patient, une enquête approfondie sur ses antécédents personnels et héréditaires, en un mot sur les conditions étiologiques au milieu desquelles la maladie s'est développée.

Considérations médico-légales. — On conçoit qu'à cette question du diagnostic se rattachent d'importantes considérations médico-légales sur la nature des crimes et délits commis par les épileptiques, et leur part de responsabilité. Nous ne pouvons entrer dans les détails de cette question⁽¹⁾. Néanmoins nous donnons les conclusions suivantes empruntées à Moor⁽²⁾, qui la résume d'une façon suffisamment précise, et qui peuvent aussi bien s'appliquer à la *responsabilité criminelle* qu'à la *capacité civile* de l'épileptique :

1° L'irresponsabilité est toujours absolue lorsque l'acte criminel ou délictueux

(1) Cf. ARDIN DELTEIL. Th. Montpellier, 1892.
(2) MOOR. *Revue Neurologique*, 1899, p. 843.

a été commis au cours du paroxysme. En outre, le prévenu peut être irresponsable d'actes commis en dehors des crises : d'abord lorsque ses facultés morales et intellectuelles sont notablement affaiblies; ensuite lorsque l'acte a directement précédé ou suivi la crise et est empreint d'un caractère d'irrésistibilité;

2° La responsabilité est complète, en dehors des crises paroxystiques, lorsque les facultés intellectuelles et morales n'ont pas subi l'influence de la maladie, et que les circonstances de l'acte incriminé montrent que le prévenu était en pleine possession d'une volonté libre;

3° Enfin la responsabilité sera atténuée, l'acte ayant été commis dans un intervalle lucide, lorsque le prévenu présente des attributs du caractère épileptique, et que l'acte commis est directement sous la dépendance des altérations psychiques qui en résultent.

Traitement. — Le traitement général de l'épilepsie répond aux indications suivantes :

1° Rechercher et supprimer ou atténuer toutes les causes locales ou générales, morales ou physiques, infectieuses ou toxiques, qui sollicitent l'hyperexcitabilité corticale;

2° Modifier l'hyperexcitabilité corticale;

3° Surveiller les circonstances mêmes de l'accès.

La première et la troisième indications sont satisfaites par l'hygiène, la deuxième ressort du traitement médicamenteux.

I. Traitement médicamenteux. — A) *Médication bromurée.* — Le bromure est le médicament de choix de l'épilepsie : c'est la muselière de l'épilepsie (Legrand du Saulle), l'hyposthénisant des centres nerveux.

On l'emploiera de préférence sous la forme de bromure de potassium, ou de polybromure (association de bromure de potassium, de sodium et de strontium), d'une façon régulière, *sans aucune interruption*, à dose continue et même progressive pour atteindre peu à peu les doses maxima. Celles-ci sont fort variables et M. Féré a montré jusqu'où pouvait s'étendre la tolérance de l'organisme pour le bromure (50 à 40 gr. par jour). En général, la dose de 15 à 20 gr. est la dose maxima, le chiffre moyen 4 à 6 gr. Chez les enfants on ne dépasse pas 2 à 5 gr. La limite de tolérance est indiquée par la dilatation de la pupille (Gilles de la Tourette) et sa réaction paresseuse.

Pour éviter les accidents généraux (dépression intellectuelle et physique, amaigrissement) et les accidents locaux du bromure (acné, dermatite), Féré conseille surtout l'antisepsie intestinale, réalisée au moyen de purgatifs, l'usage des diurétiques et l'antisepsie cutanée (bains fréquents antiseptiques).

B) *Adjuvants du bromure.* — Certains médicaments ont été préconisés comme accentuant l'effet du bromure, ou en atténuant les inconvénients. Tels l'arséniate de soude (5 à 5 milligr. par jour), l'extrait d'opium (Flechsigsig) donné à dose croissante jusqu'à 1 gr., et qu'on cesse au moment où on installe brusquement à forte dose la médication bromurée; l'adonis vernalis, 2 gr. ou la digitale 0 gr. 25 ctg., en infusion (Betcherew). Leur utilité demeure douteuse.

C) *Autres médicaments.* — D'autres médicaments ont été proposés parmi lesquels le camphre, la valériane, la scopolamine, l'atropine, le borate de soude (4 à 10 gr. par jour) qui sont loin d'avoir la constance d'action du bromure.

D) *Médication physique.* — Seule l'hydrothérapie peut être préconisée, mais simplement comme un adjuvant de la cure bromurée.

II. Régime et hygiène des épileptiques. — *Régime.* — Il a reposé pendant longtemps sur des notions générales, par lesquelles on tendait à favoriser le moins possible la production des fermentations et des auto-intoxications chez l'épileptique, et à activer ses éliminations. Aussi avait-on tour à tour proposé un régime sobre, un régime lacté, ou lacto-végétarien.

Les travaux de MM. Richet et Toulouse⁽¹⁾ ont établi un nouveau régime sur des bases intéressantes. Ils ont montré qu'en privant dans une certaine mesure l'organisme de ses chlorures, on le rendait plus sensible à l'action de certains médicaments, et particulièrement du bromure : les tissus, tendant à retrouver leur taux moléculaire normal, l'empruntent au bromure. Dès lors le régime déchloruré, renforce l'action du bromure et permet des effets marqués avec des doses moins fortes. Il n'est cependant pas accepté par tous les auteurs (De Fleury).

Hygiène. — Il s'agit de mesures d'hygiène générale propres à diminuer toutes les causes d'excitation : travail modéré, vie calme, séjour à la campagne, occupations variées et peu fatigantes, absence d'excès. Le mariage ne peut être qu'exceptionnellement conseillé.

III. Traitement spécial. — Nous avons en vue beaucoup moins les *attaques* qu'il est possible quelquefois d'enrayer par de violentes excitations, et qui, une fois produites, ne comportent que des précautions banales, que *l'état de mal*. On le soignera par les lavements de bromure, de chloral, les bains sinapisés, et souvent aussi la saignée abondante.

IV. Traitement chirurgical. — Il est aujourd'hui à peu près abandonné. Il se proposait, soit de décompresser l'encéphale par la trépanation ou la résection crânienne (Chipault, Jaboulay, Lucas-Championnière), soit de modifier la circulation cérébrale par la ligature des carotides (Hamilton), des vertébrales (Alexander, Jackson) ou la résection du sympathique (Jaboulay, Alexander). Les résultats n'ont pas répondu à l'attente de ces auteurs.

⁽¹⁾ RICHEL et TOULOUSE. Acad. des sciences, nov. 1899. — TOULOUSE. Soc. Biologie, 1900; Soc. des Hôpitaux, 1904. — LAUFER. Th. Paris, 1901.

HYSTÉRIE

(ou *Pitiatisme*)

Par H. DUTIL et CH. LAUBRY

Historique. — L'hystérie est apparemment aussi ancienne que l'humanité. Son histoire nosographique remonte aux plus lointains écrits des médecins et des philosophes de la Grèce. Platon en parle déjà dans le *Timée*. Hippocrate, Celse, Galien, Boerhaave ont donné, de quelques-uns de ses symptômes, de petits tableaux descriptifs et discuté sur ses causes, sur sa nature, en maints passages de leurs œuvres.

Les peintres et les chroniqueurs du moyen âge ont laissé sur les épidémies de danse et démonopathie qui sévirent à cette époque d'importants documents écrits ou figurés, que Charcot et Richer⁽¹⁾, Pitres, Gilles de la Tourette ont remis en lumière dans leurs intéressants travaux d'exégèse et de critique historique.

Depuis la Renaissance jusqu'à la période moderne, les observateurs qui ont exercé leur sagacité et surtout leur imagination sur l'hystérie sont trop nombreux pour qu'il nous soit possible d'énumérer leurs travaux en indiquant, comme il conviendrait, le côté original et la portée de chacun d'eux. D'ailleurs, la plupart de leurs descriptions sont très imparfaites : elles maintiennent à des degrés divers l'antique confusion de l'hystérie avec l'hypocondrie, avec l'épilepsie, et, cela va sans dire, avec les états neurasthéniques que Béard a tirés récemment du chaos de l'ancien nervosisme. Il faut en excepter cependant des descriptions de Ch. Lepois et surtout celles de Sydenham⁽²⁾. Ce maître observateur a tracé, des principales manifestations de la névrose hystérique, des tableaux cliniques d'une fidélité parfaite. Il avait entrevu son grand caractère, si bien mis en relief par Charcot, de simuler la plupart des maladies organiques. L'hystérie, écrit-il, « imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain : car, dans quelque partie du corps qu'elle se rencontre, elle produit aussitôt les symptômes qui sont propres à cette partie. Et, si le médecin n'a pas beaucoup de sagacité et d'expérience, il se trompera aisément, et attribuera à une maladie essentielle et propre à telle ou telle partie des symptômes qui dépendent uniquement de l'affection hystérique. » Sydenham

⁽¹⁾ Consulter à ce propos : CHARCOT et P. RICHER. *Les Démoniaques de l'art*, Paris, 1887. — *Les maladies et les difformités dans l'art*, Paris, 1889. — La collection de la *Nouvelle Iconographie*.

⁽²⁾ SYDENHAM. *Médecine pratique*, trad. Jault, 1799.