

aimants fournissent des résultats identiques à ceux de la métallothérapie; ils sont d'un emploi très utile dans le traitement de l'hémi-anesthésie hystérique.

SYDENHAM, in Encyclop. des sc. méd., trad. de Jault, Paris, 1835, p. 133. — LOUYER-VILLERMAZ. Traité des malad. nerveuses, 1816. — SCHUTZENBERGER. Études sur les causes organiques et le mode de production des affections dites hystériques (Gaz. méd. de Paris, 1846). — LANDOUZY. Traité de l'hystérie. Paris, 1848. — MESNET (E.). Études sur les paralysies hystériques, thèse, Paris, 1852. — LASÈGUE. De la toux hystérique (Soc. méd. des hôp., 1855). — NÉGRER. Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme, 1858. — BRIQUET. Traité clinique de l'hystérie, Paris, 1859. — AXENFELD. Des névroses. Paris, 1863, 2<sup>e</sup> édit., 1882. — TROUSSEAU. Clinique, 6<sup>e</sup> édit., 1882, t. II, p. 272. — CHAIROU. Étude clinique sur l'hystérie, Paris, 1870. — HÉLOT. De l'hémiplégie hystérique, thèse, Paris, 1870. — BOURNEVILLE et VOULET. De la contracture hystérique permanente, Paris, 1872. — BREUILLARD. De l'hystérie chez l'homme, thèse, Paris, 1870. — BOURNEVILLE. Recherches clin. et thérap. sur l'épilepsie et l'hystérie. — VOULET. De la contracture hystérique, thèse, Paris, 1872. — BOUCHARD. Leçons sur les vomissements incoercibles hystériques (Mouvement médical, 1873). — CHARCOT. Leçons sur les malad. du système nerveux, 1873. — SECOUET. Vomissements urémiques chez les hystériques, thèse, Paris, 1873. — BENJOLIN. Considér. sur la rachialgie hystérique, thèse, Paris, 1873. — CORONEL. De l'hémiplégie hystérique, thèse, Paris, 1873. — BINET DE JASSENEUX. Même sujet, thèse, Paris, 1873. — G. BERNUTZ. Article Hystérie, in Diction. de méd. et de chir. pratiques. — LAFON. De la toux hystérique, thèse, Paris, 1874. — DUPONCHEL. De la folie hystérique, thèse, Paris, 1874. — BACH. FERRAN (L.). Du vomissement de sang dans l'hystérie, thèse, Paris, 1874. — BACH. De la coxalgie hystérique, thèse, Paris, 1874. — DESBROSSE. De l'hémiplégie hystérique, thèse, Paris, 1876. — HAMMOND. Des contractures hystériques (Philadelph. med. Times, 1876). — O. LALLEMANT. Observ. d'hystérie chez l'homme, thèse, Paris, 1877. — Recherches sur la métallothérapie (Comptes rendus de la Soc. de biologie, 1877). — LANDOLT et P. OULMONT. Du retour de la sensibilité sous l'influence des applications métalliques dans l'hémi-anesthésie (Progrès médical, 1877, p. 384). — BOURNEVILLE. Influence de la compression ovarienne sur la contracture hystérique (même rec., 1877, p. 385 et 487). — BOURNEVILLE et REGNARD. Iconographie photographique de la Salpêtrière, 1876-1877. — ROSENTHAL. Op. cit. — CHARCOT. Leçons de la Salpêtrière, 1877. — DU MÊME. Des troubles de la vision chez les hystériques (Progrès médical, 1878, p. 37). — BARON. Étude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques, thèse, Paris, 1878. — CHARCOT. Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués. Leçons cliniques de la Salpêtrière (Progrès médical, 1878-1879). — RICHER. De l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, thèse, Paris, 1879. — GUIRAUD. Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les jeunes filles avant la puberté, thèse, Paris, 1880. — JANNET. De l'hystérie chez l'homme, thèse, Paris, 1880. — MORA. Des hémorragies dans l'hystérie, thèse, Paris, 1880. — BRISSAUD et CH. RICHER. Faits pour servir à l'histoire des contractures (Progrès médical, 1880). — BRODIE. Leçons sur les affections nerveuses locales. Traduction in Progrès médical, 1880. — GOUGUENHEIM. Du spasme laryngé d'origine hystérique (Association pour l'avancement des sciences, Reims, 1880). — P. RICHER. Des zones hystérogènes (Progrès médical, 1880). — CHARCOT et P. RICHER. Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques (Progrès médical, 1884). — BOURNEVILLE et REGNARD. Procédés employés pour déterminer les phénomènes d'hypnotisme (Progrès médical, 1881). — LEGRAND DU SAULLE. Les hystériques, état physique et état mental. Paris, 1883.

Synonymie : *Morbus divinus, sacer, herculeus, mal caduc, haut mal.*

L'épilepsie (de *ἐπιλαμβάνω*, je saisis) est une névrose caractérisée par des attaques convulsives ou par de simples vertiges, avec perte de connaissance et troubles intellectuels. Dans l'épilepsie invétérée, les troubles de l'intelligence deviennent permanents et les attaques se répètent sans intermission notable (état de mal).

En dehors de l'épilepsie essentielle, il existe un grand nombre d'autres maladies qui peuvent donner lieu à des attaques épileptiformes, en tout semblables à celles qui caractérisent l'épilepsie-névrose. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de signaler les attaques épileptiformes parmi les symptômes des maladies de l'encéphale, notamment à propos des tumeurs cérébrales et des affections des méninges, et nous avons distingué l'épilepsie hémiplégique, qui est produite presque toujours par des lésions des circonvolutions motrices, des convulsions épileptiformes généralisées, si communes dans les maladies des méninges. Les traumatismes, les fractures du crâne, les plaies de tête avec enfoncement des os, donnent souvent lieu à des attaques épileptiformes qui reviennent seulement à intervalles plus ou moins éloignés, bien que la lésion soit permanente. Enfin, ces attaques figurent dans la symptomatologie de l'urémie et de l'alcoolisme.

Toutes ces convulsions épileptiformes secondaires, symptomatiques, doivent être séparées complètement de l'épilepsie-névrose, qui se caractérise non seulement par des attaques convulsives, mais aussi par des vertiges avec perte de connaissance, et par des troubles de l'intelligence sans altération appréciable des centres nerveux.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de l'épilepsie sont encore plus obscures que celles de l'hystérie; l'hérédité est la seule influence prédisposante manifeste. Il y a dans l'histoire de l'épilepsie un caractère de fatalité qui avait frappé les anciens, comme l'indiquent les dénominations de *morbus sacer*, *morbus divinus*; à Rome, on interrompait les comices quand un des assistants tombait du haut mal: d'où le nom de *morbus comitialis*.

Lorsqu'on coupe le nerf sciatique chez un cobaye, ou lorsqu'on pratique une hémisection de la moelle épinière dans la région dorsale, on voit apparaître, après un laps de temps qui varie de quelques jours à plusieurs mois, une zone épileptogène d'un côté de la

face et du cou; c'est-à-dire qu'en irritant légèrement la peau de cette région, on fait naître des mouvements convulsifs d'abord partiels, puis généralisés et semblables à ceux qui caractérisent l'attaque d'épilepsie. Ces expériences, dues à Brown-Séguard, sont assurément très intéressantes; mais on ne produit pas plus l'épilepsie en coupant le nerf sciatique, que le diabète en piquant le plancher du quatrième ventricule; on provoque l'apparition de symptômes morbides, on ne crée pas une maladie; l'épilepsie expérimentale ne tarde pas à guérir, comme la glycémie provoquée par la piquûre du bulbe. Certains faits observés chez l'homme peuvent cependant être rapprochés de ceux qui ont été découverts par Brown-Séguard; en effet, on a constaté chez quelques malades l'existence d'une zone épileptogène dont l'excitation provoquait des attaques, et l'on a vu, dans d'autres cas, des lésions des nerfs ou de la moelle provoquer des attaques épileptiformes; mais ce sont là des faits exceptionnels; dans l'immense majorité des cas, il n'existe ni zone épileptogène, ni lésions apparentes du système nerveux.

D'après M. Lasègue, l'épilepsie dépend d'une malformation du crâne, consistant principalement dans un rétrécissement du trou occipital; l'examen et la mensuration de la tête révèlent toujours chez les épileptiques une asymétrie soit latérale soit antéro-postérieure, ordinairement accompagnée d'une asymétrie de la face et en particulier de la bouche. L'épilepsie vraie, dépendant d'une malformation non traumatique du crâne, n'apparaît jamais avant que l'ossification du crâne soit achevée et se développe invariablement de quatorze à dix-huit ans (Lasègue).

L'épilepsie est un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme, il est rare qu'elle débute chez des sujets âgés de plus de vingt ans.

Parmi les circonstances prédisposantes, on a cité les excès de toute sorte, les chagrins, les inquiétudes, les frayeurs; mais il faut remarquer que les malades aiment beaucoup à trouver une cause extérieure à leurs maux: les femmes atteintes de cancer du sein invoquent presque toutes un traumatisme; l'épileptique fait volontiers remonter le début de son mal à une frayeur ou à telle autre émotion morale vive, et il cherche à éloigner l'idée d'une prédisposition individuelle qu'il considère comme une espèce de tare.

DESCRIPTION. — Les manifestations symptomatiques de l'épilepsie sont très simples, surtout quand on les compare à celles de l'hystérie.

On peut les réduire à trois :

1° Grandes attaques avec convulsions toniques, puis cloniques et perte de connaissance, *grand mal*.

2° Petites attaques sans convulsions, mais avec perte de la conscience des actes accomplis, *vertiges, absences épileptiques, petit mal*.

3° *Troubles mentaux* très importants à étudier, surtout au point de vue médico-légal.

Les *grandes attaques* sont rarement précédées de prodromes consistant en malaise général, modifications dans le caractère, douleurs sur différents points du corps, etc...; elles se produisent brusquement, sans que les malades aient le temps d'éviter la chute; certains épileptiques éprouvent avant l'attaque des sensations variées, mais toujours très fugitives. Il leur semble, par exemple, qu'un courant d'air froid se dirige des extrémités vers le tronc; de là, le nom d'*aura* qui par extension a été appliqué à toutes les sensations qui précèdent immédiatement les attaques d'épilepsie; quelques malades éprouvent une crampe, d'autres entendent des sons extraordinaires, voient des objets lumineux ou sentent des odeurs fétides, etc.

La *grande attaque* d'épilepsie présente à considérer trois phases distinctes qui se succèdent presque toujours avec une grande régularité; ces trois phases peuvent se caractériser ainsi :

- A. Chute et convulsions toniques;
- B. Convulsions cloniques;
- C. Coma.

Le malade pousse un cri, puis il se raidit et il est précipité contre le sol tout d'une pièce, comme une statue tombant de son piédestal. La chute a lieu presque toujours de la même manière, sur la face le plus souvent; d'où la fréquence des blessures des parties les plus saillantes de la face (front, nez, lèvres).

Les épileptiques peuvent se tuer, lorsque la chute a lieu d'un endroit élevé, ou se faire de profondes brûlures, lorsqu'ils tombent dans le feu. L'insensibilité est complète dès le début, ainsi que la perte de connaissance. La face est pâle. Cette première phase ne dure que quelques secondes.

Le cri initial n'est pas constant; quelques auteurs l'ont attribué à la douleur; il est bien plus probable qu'il est produit d'une façon mécanique par l'air qui s'échappe à travers la glotte contractée; en tout cas, s'il y a douleur au début de l'attaque, les malades n'en conservent aucun souvenir.

Le thorax étant immobilisé par la convulsion tonique de tous les muscles du tronc, la respiration est impossible et la circulation de retour difficile; la face s'injecte, les lèvres sont violacées comme dans l'asphyxie, les veines du cou se gonflent, le pouls est petit et fréquent.

Bientôt la raideur tétanique fait place à une série de secousses suivies de convulsions cloniques généralisées qui caractérisent la deuxième phase de l'attaque. Les convulsions prédominent souvent dans un des côtés du corps; il en résulte que la bouche est tirée soit à gauche, soit à droite; la langue est entraînée entre les arcades dentaires, ce qui explique la fréquence de ses déchirures; tous les muscles du tronc et des membres se contractent avec une grande violence, mais les mouvements sont moins étendus que dans l'hystérie; l'épileptique ne tombe pas ou tombe rarement de son lit pendant une attaque, tandis que plusieurs personnes ont souvent de la peine à contenir une hystérique.

Les convulsions de la face sont horribles à voir et bien faites pour frapper l'imagination; les arcades dentaires sont fortement serrées et leurs déplacements latéraux donnent lieu à des grincements de dents, la bouche se remplit d'une écume sanguinolente. Le sang mêlé à la salive provient le plus souvent de morsures de la langue ou des lèvres, mais dans quelques cas, il est impossible de découvrir aucune déchirure des muqueuses, et il faut admettre que les globules sanguins s'échappent par diapédèse au travers des tissus congestionnés (Aug. Voisin).

Le pouls est petit, très fréquent; la face est congestionnée, couverte de sueur; quelques malades ont des évacuations involontaires d'urine et de matières fécales. Comme dans la première phase, la perte de connaissance et l'insensibilité sont absolues; les piqûres, les brûlures les plus profondes ne provoquent aucune douleur, aucune réaction; la lumière n'agit plus pour faire contracter les pupilles; les vapeurs les plus irritantes, celles de l'ammoniaque par exemple, mises en contact avec la muqueuse nasale, ne donnent plus lieu à aucun réflexe.

La phase des convulsions cloniques a une durée qui varie de trente secondes à trois ou quatre minutes; les convulsions cessent, la respiration se rétablit, la cyanose de la face disparaît, mais les malades ne reprennent pas immédiatement connaissance; ils restent plongés pendant quelque temps dans le coma; la respiration est bruyante, stertoreuse; les membres sont dans le relâchement com-

plet et la sensibilité ne reparait que lentement; le coma peut se dissiper au bout de quelques minutes ou se prolonger pendant une heure et plus. Les malades reprennent enfin connaissance, ils ouvrent les yeux et peuvent prononcer quelques mots; puis, sous l'influence de la fatigue produite par l'attaque, ils s'endorment profondément, et c'est seulement à leur réveil qu'ils reprennent entièrement possession d'eux-mêmes; ils ne se souviennent de rien, et ne peuvent fournir aucun renseignement sur ce qui leur est arrivé; ils se plaignent seulement de céphalalgie, de courbature, de fatigue.

L'élévation de la température du corps est peu marquée dans les attaques isolées; mais dans l'état de mal, lorsque les attaques se répètent coup sur coup, elle atteint souvent 40 ou 41 degrés: c'est là un caractère important des convulsions épileptiques. D'une façon générale, on peut dire que les affections du système nerveux qui donnent lieu à des convulsions toniques, comme l'épilepsie et le tétanos, s'accompagnent d'une élévation considérable de la température; tandis que les convulsions cloniques de l'hystérie, les mouvements incoordonnés des choréiques, ont très peu d'influence sur la température; ce fait s'explique par la théorie de la transformation des forces; dans le tétanos et dans l'épilepsie, la chaleur produite par la contraction des muscles n'est pas dépensée en mouvement.

M. le Dr Aug. Voisin a appelé l'attention sur les caractères sphygmographiques du pouls dans l'attaque d'épilepsie. Pendant la période convulsive, les tracés dénotent une tension très forte du pouls: les pulsations se traduisent par de simples oscillations; au contraire, à la fin de l'attaque, les pulsations deviennent trois ou quatre fois plus hautes qu'à l'état normal, la ligne d'ascension est presque verticale, l'angle supérieur est aigu, et la ligne descendante montre l'encoche profonde du dicrotisme. Le pouls conserve souvent ce caractère une demi-heure ou même une heure après l'attaque (A. Voisin).

Un grand nombre de théories ont été proposées pour expliquer la production des grandes attaques d'épilepsie; aucune d'elles n'est complètement satisfaisante. D'après Brown-Séquard, la perte de connaissance est due à la contraction des petits vaisseaux des hémisphères cérébraux et à l'anémie consécutive; les vaisseaux de la base de l'encéphale se congestionnent, au contraire, au début de l'attaque, et l'excitation du bulbe a pour conséquence les convulsions toniques

et l'asphyxie; quant aux convulsions cloniques, elles dépendent surtout de la présence d'un excès d'acide carbonique dans le sang (Brown-Séguard, *Lec. sur les vaso-moteurs*, p. 86).

Le *petit mal* présente deux variétés principales : le *vertige* et l'*absence épileptiques*. Le malade pris de vertige épileptique pâlit tout à coup et s'affaisse sur lui-même. La chute n'est pas violente comme dans la grande attaque, et même, lorsque le malade est assis, il reste dans la position qu'il occupe; les convulsions toniques et cloniques font défaut, ou bien elles ne sont représentées que par des contractions partielles de certains muscles; les malades prononcent souvent des paroles sans suite; au bout d'une ou deux minutes au plus, tout est rentré dans l'ordre.

Trousseau a fait une étude très intéressante de l'*absence épileptique*, et les nombreux exemples qu'il en a cités sont devenus classiques; un épileptique s'arrête au milieu d'une partie de cartes, s'il causait avec quelques personnes, il se tait tout à coup, pâlit, fait quelques gestes inexplicables ou prononce des mots sans suite, des injures, des mots obscènes; puis au bout de quelques secondes, il revient à lui, continue sa partie de cartes ou reprend sa conversation; l'absence dure quelquefois plus longtemps, et les épileptiques peuvent exécuter des actes très compliqués dont ils ne conservent aucun souvenir. Le corps continue à agir d'une façon en quelque sorte automatique, tandis que l'intelligence et la volonté subissent une véritable éclipse.

*Troubles intellectuels. Délire, manie, démence épileptique; impulsions involontaires.* — Il est rare que l'intelligence ne soit pas affectée à un degré quelconque chez les épileptiques. Les troubles intellectuels peuvent se présenter chez eux sous quatre formes principales : 1° modifications dans le caractère, qui est sombre, maussade, rancunier; les malades sont irascibles et se laissent facilement entraîner aux voies de fait; en même temps l'intelligence s'affaiblit; 2° les malades, à la suite d'une attaque ou d'un vertige, sont pris de délire : ils ont des hallucinations effrayantes, sous l'empire desquelles ils se livrent souvent à des actes criminels; ils tuent sans motif une personne qu'ils ne connaissent même pas, ou bien ils allument des incendies, etc.; ce délire se produit parfois en dehors des attaques et des vertiges; 3° la manie épileptique ne se distingue de la forme précédente que par sa persistance; elle donne lieu à des accès qui durent de huit à quinze jours et même davantage. Les maniaques épileptiques sont extrêmement dangereux, la colère, la

haine, l'envie de nuire, semblent diriger toutes leurs actions et donnent à leurs traits une expression farouche; quelques-uns sont tranquilles, sombres, taciturnes, mais la moindre observation les fait entrer aussitôt en fureur; 4° chez les vieux épileptiques, il existe une déchéance très marquée de l'intelligence : les malades tombent dans un état de stupeur, d'abrutissement, qui est traversé par des crises d'agitation furieuse (Aug. Voisin).

Les impulsions irrésistibles, les mauvais instincts qui dominent dans le délire des épileptiques, font que ces malades se livrent souvent à des actions criminelles, et que les médecins légistes sont appelés à se prononcer sur le degré de leur responsabilité. Cette question ne peut pas être résolue d'une façon générale; il faut la débattre à propos de chaque cas particulier; si l'acte criminel a été accompli peu d'instants après une attaque ou un vertige épileptique; si, de plus, le malade a agi en dehors des mobiles ordinaires du crime, on peut affirmer presque à coup sûr que l'accusé a obéi à une impulsion morbide; mais ce serait aller beaucoup trop loin que de rendre tous les épileptiques irresponsables de leurs actes.

La *marche* de l'épilepsie est chronique; la fréquence des attaques varie beaucoup suivant les cas : certains épileptiques n'ont d'attaques que tous les ans; d'autres en ont tous les mois, tous les jours ou même plusieurs fois par jour; en général, les attaques se répètent d'autant plus souvent que l'épilepsie est plus ancienne; lorsqu'elles deviennent *subintrantes*, elles constituent l'*état de mal*; quelques malades ont jusqu'à quatre cents attaques dans les vingt-quatre heures (Aug. Voisin).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Les attaques d'épilepsie peuvent être confondues avec les attaques épileptiformes symptomatiques de lésions de l'encéphale, l'épilepsie alcoolique, l'urémie convulsive, les crises d'hystérie, ou d'hystéro-épilepsie, certaines attaques d'apoplexie, enfin avec les attaques simulées.

L'épilepsie consécutive à des lésions du cerveau ou des méninges s'accompagne presque toujours de symptômes autres que les attaques convulsives, tels que céphalalgie persistante, vomissements, hémiplégie. Chaque fois que l'on a à faire le diagnostic différentiel de l'épilepsie et d'une autre affection convulsive, il faut se rappeler : 1° que l'épilepsie essentielle débute rarement après l'âge de vingt ans; 2° qu'elle ne se caractérise pas seulement par de grandes attaques convulsives, mais souvent aussi par des vertiges, par des absences, par des troubles de l'intelligence. L'épilepsie hémiplégique se

distingue nettement de l'épilepsie essentielle : les membres sont envahis l'un après l'autre, et il n'y a presque jamais perte de connaissance.

L'épilepsie alcoolique doit toujours être soupçonnée chez des hommes qui ont fait des excès de boisson et chez lesquels l'épilepsie ne s'est montrée qu'après l'âge de vingt ans ; le diagnostic se confirme si le séjour à l'hôpital et la sobriété forcée qui en est la suite entraînent la disparition des attaques.

L'éclampsie urémique se caractérise par des attaques convulsives identiques à celles de l'épilepsie ; la répétition de ces attaques, chez un malade souvent assez âgé et jusque-là indemne, éveille tout de suite l'attention ; l'analyse des urines et la recherche des symptômes de l'albuminurie font le reste. La thermométrie sépare nettement l'urémie de l'état de mal épileptique ; dans l'urémie, la température du corps s'abaisse presque toujours au-dessous de la normale, tandis qu'elle s'élève à 40 ou 41 degrés dans l'état de mal épileptique.

La distinction des attaques d'hystérie et d'épilepsie est en général facile, les principaux caractères différentiels peuvent se résumer ainsi :

*Crise hystérique.* — Elle est presque toujours annoncée par une douleur épigastrique et par la sensation spéciale du globe hystérique ; si bien que les malades peuvent éviter la chute ; les convulsions sont purement cloniques et elles se rapportent souvent à la mimique des passions. La perte de connaissance n'est pas absolue. Il y a rarement de l'écume à la bouche. La température ne s'élève pas, alors même que les attaques se prolongent. La crise hystérique se termine par des sanglots, par des pleurs ou par une émission abondante d'urines claires.

*Attaque d'épilepsie.* — La perte de connaissance est instantanée et absolue ; alors même qu'il existe une *aura*, les malades peuvent rarement éviter la chute. Les convulsions sont d'abord toniques, puis cloniques, ces dernières sont moins étendues que dans l'hystérie et elles n'ont aucun rapport avec des actes physiologiques. La température du corps s'élève lorsque les attaques se répètent coup sur coup ; il y a presque toujours de l'écume à la bouche et les morsures de la langue sont fréquentes ; lorsque les convulsions cessent, les malades tombent dans le coma. L'attaque d'épilepsie dure en général moins longtemps que la crise hystérique.

L'attaque d'hystéro-épilepsie présente à son début les caractères

de l'épilepsie, mais elle se termine comme la crise hystérique ; nous avons donné plus haut les raisons qui permettent de rattacher ces attaques mixtes à l'hystérie plutôt qu'à l'épilepsie. Les deux grandes névroses peuvent du reste coexister chez un même malade qui présente alternativement des crises d'hystérie et des attaques d'épilepsie.

L'hémorrhagie cérébrale, accompagnée d'inondation ventriculaire et de contractures primitives, survient d'ordinaire chez des personnes âgées qui, antérieurement, n'ont présenté aucun signe d'épilepsie, et lorsque le coma se dissipe, il reste une hémiplegie. La température s'abaisse au début de l'attaque apoplectique, contrairement à ce qui a lieu dans l'épilepsie.

L'épilepsie est assez souvent simulée par des individus qui veulent s'attirer la commisération publique ou par des hommes qui cherchent à se soustraire au service militaire. Les principaux caractères qui permettent de reconnaître si des attaques sont simulées sont les suivants : 1° le simulateur prépare en général sa chute de façon à ne pas se faire de mal ; 2° les convulsions ne prédominent pas chez lui dans un des côtés du corps, comme dans l'épilepsie véritable, et elles se prolongent beaucoup plus longtemps sans produire des symptômes d'asphyxie bien accentués ; 3° l'insensibilité n'est pas absolue, les pupilles se contractent sous l'influence de la lumière, un flacon d'ammoniaque promené à l'orifice des fosses nasales provoque l'éternument ; les piqûres, les brûlures, donnent lieu à des mouvements ; quelques simulateurs ont cependant assez d'empire sur eux-mêmes pour ne pas réagir contre ces excitations, surtout lorsqu'ils sont prévenus ; 4° les morsures de la langue sont rares ; il n'y a pas d'écume à la bouche, ou bien cette écume est très abondante, blanchâtre, les simulateurs se mettant pour la provoquer un petit morceau de savon dans la bouche ; 5° à la suite des attaques d'épilepsie vraie, surtout lorsqu'elles sont violentes, on observe à la face de petites ecchymoses ressemblant à des piqûres de puces et produites par de légères extravasations sanguines ; ces hémorrhagies capillaires font défaut chez les simulateurs ; 6° les caractères sphygmographiques du pouls, signalés par M. Voisin, fournissent aussi un élément de diagnostic ; 7° la flexion forcée du pouce dans la main n'a pas l'importance qu'on lui attribuait autrefois, d'autant plus que ce caractère est souvent connu des simulateurs ; 8° en dehors des attaques convulsives, il n'y a chez les simulateurs ni vertiges, ni troubles mentaux.

Le vertige épileptique peut être confondu avec le vertige stomacal ou avec la maladie de Ménière, avec des attaques apoplectiques lorsque les foyers hémorragiques sont très peu étendus; enfin, avec des lipothymies; nous nous occuperons dans le chapitre suivant du diagnostic différentiel du vertige épileptique et de la maladie de Ménière; les petits foyers cérébraux (hémorragies, ramollissements) donnent lieu à des vertiges, à des éblouissements, à des chutes; mais il est rare que les malades perdent connaissance, et on n'observe chez eux ni délire, ni hallucinations, ni impulsions irrésistibles. Les lipothymies surviennent chez des individus faibles, anémiques, ou bien à l'occasion d'émotions vives, et s'accompagnent d'un arrêt des battements du cœur.

L'épilepsie peut être méconnue pendant longtemps, lorsque les attaques se produisent seulement la nuit; les malades ignorent eux-mêmes qu'ils en sont atteints; l'incontinence nocturne d'urines, revenant à intervalles variables sans cause apparente, met quelquefois sur la voie du diagnostic.

Le pronostic de l'épilepsie est toujours grave; alors même que les malades n'éprouvent que des vertiges ou des absences, on peut prévoir que des troubles graves de l'intelligence et de grandes attaques convulsives ne tarderont pas à se produire. Les épileptiques sont obligés d'abandonner toutes les professions qui les exposent aux regards du public, et la facilité avec laquelle ils commettent des actes violents rend leur société très dangereuse; ils peuvent vivre longtemps, mais l'état d'abrutissement dans lequel ils tombent au bout de quelques années est pire que la mort. Chez les jeunes enfants l'épilepsie est une cause d'idiotie. Les malades succombent souvent à la suite des attaques répétées qui constituent l'état de mal.

L'épilepsie essentielle ne guérit presque jamais.

TRAITEMENT. — Parmi les médicaments les moins inefficaces il faut citer : 1° la belladone, préconisée surtout par Bretonneau et Trousseau; 2° l'oxyde et le lactate de zinc, trop vantés par Herpin; 3° le bromure de potassium, qui produit des améliorations temporaires bien plutôt qu'il ne guérit l'épilepsie.

La médication par la belladone est formulée ainsi qu'il suit par Trousseau : on prescrit des pilules qui renferment chacune 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme de poudre de feuilles de belladone; le malade prend chaque jour une de ces pilules, le matin, si les accès ont lieu surtout dans la journée, et le soir si

les accès se produisent plus particulièrement la nuit. Chaque mois on donne une pilule de plus et l'on continue la médication jusqu'à production d'effets toxiques : dilatation de la pupille, sécheresse de la gorge. La médication doit être continuée pendant plusieurs années.

Le bromure de potassium doit être donné longtemps et à forte dose, 6 à 8 grammes par jour.

Chez quelques malades qui ont des *auras* périphériques, on parvient à arrêter les attaques par une constriction de la partie des membres qui est le point de départ de l'aura, mais c'est là un fait exceptionnel.

Les épileptiques doivent être surveillés avec soin et placés dans des asiles d'aliénés lorsque les troubles de l'intelligence sont très marqués et lorsqu'ils s'accompagnent d'impulsions irrésistibles ou d'accès de fureur.

TISSOT. Traité de l'épilepsie. Paris, 1770. — CALMÉL. Thèse, Paris, 1824. — GORGET. Art. Epilepsie, in Diction. en 30 vol. Paris, 1835. — LEURET. Recherches sur l'épilepsie (Arch. gén. de méd., 1843). — HERPIN. Du pronostic et du traitement de l'épilepsie. Paris, 1852. — DELASIAUVE. De l'épilepsie. Paris, 1854. — FALRET. Des théories de l'épilepsie (Arch. gén. de méd., 1859). — MOREL. Traité des malad. mentales. Paris, 1860. — BAILLARGER. De la responsabilité des épileptiques (Union méd., 1861). — TROUSSEAU. Clinique méd., 3<sup>e</sup> édit., t. II, p. 86. — A. VOISIN. Article Epilepsie, in Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques, 1870. — BROWN-SÉQUARD. Leçons sur les vaso-moteurs et sur l'épilepsie; trad. de Béni-Barde, Paris, 1872. — BOURNEVILLE. Études clin. et thermom. sur les malad. du syst. nerveux. Paris, 1873, p. 243. — JANNIN. De l'épilepsie larvée, thèse, Paris, 1875. — MAGNAN. Des rapports entre les convulsions et les troubles circulatoires et cardiaques dans l'attaque d'épilepsie (Gaz. méd., 1877). — TOIGNE. Du vertige épileptique, thèse, Paris, 1877. — A. FERRAND et E. VIDAL. Art. Convulsions, in Diction. encyclop. des sc. méd. — LASÈGUE. De l'épilepsie par malformation du crâne (Acad. de méd., 1877, et Arch. gén. de méd., 1877, t. II, p. 5). — LÉGRAND DU SAULLE. Étude médico-légale sur les épileptiques. Paris, 1877. — JOBARD. Étude clinique sur l'épilepsie par malformation du crâne, thèse, Paris, 1878. — MÉDIEUX. Même sujet, thèse, Paris, 1879. — VIARD. De l'épilepsie d'origine syphilitique. Paris, 1878. — LASÈGUE. Pathogénie de l'épilepsie (Arch. gén. de méd., 1880). — DU MÊME. Communic. au Congrès international de Londres, 1884. — MAGNAN. Leçons sur l'épilepsie (Progrès médical, 1882).

#### DES VERTIGES. — DE LA MALADIE DE MÉNIÈRE.

Le *vertige* est un symptôme commun à un grand nombre de maladies; on l'observe chez les anémiques, dans l'ischémie cérébrale consécutive aux lésions des artères; il figure parmi les symptômes les plus caractéristiques des tumeurs du cervelet; enfin il est souvent la conséquence de lésions de l'estomac, *vertigo a stomacho læso*, *vertige stomacal*; ou de l'oreille, *vertigo ab aure læsa*; les

maladies du larynx le provoquent aussi quelquefois, *vertige laryngé* (Charcot). Le vertige peut être produit encore par une altération survenue dans les conditions normales de la vision. La cause principale du vertige oculaire est dans la perturbation survenue dans le jeu des forces musculaires qui meuvent symétriquement nos deux yeux, c'est-à-dire dans la déviation d'un des yeux (Cugnet). Le vertige oculaire s'observe quelquefois avec une grande persistance chez des personnes qui ont beaucoup fatigué leurs yeux en se livrant à des travaux minutieux.

Les vertiges et les nausées qui surviennent chez des personnes qui se balancent ou qui ont le mal de mer constituent seuls un état pathologique distinct; cet état se lie du reste si étroitement à sa cause, et il disparaît si vite quand celle-ci vient à cesser, qu'il mérite à peine le nom de maladie. Le vertige stomacal et le vertige laryngé se rattachent naturellement à l'histoire des maladies de l'estomac et du larynx; nous nous occuperons plus spécialement dans cet article du vertige *ab aere læsa*, qui est souvent confondu avec des affections des centres nerveux ou avec le vertige épileptique.

C'est à Ménière que revient le mérite d'avoir démontré que des lésions de l'oreille interne ou de l'oreille moyenne pouvaient provoquer des vertiges, des nausées, des vomissements; de là le nom de *maladie de Ménière*.

Ce sont les lésions de l'oreille interne, et en particulier celles des canaux demi-circulaires, qui provoquent les vertiges et les nausées; il n'est pas nécessaire, du reste, que les lésions portent directement sur l'oreille interne; une simple augmentation de pression dans le labyrinthe ou les canaux demi-circulaires suffit. Aussi le vertige de Ménière peut s'observer à la suite de lésions de l'oreille moyenne, telles que l'ankylose de la chaîne des osselets; le seul attouchement de la membrane du tympan provoque parfois des nausées. Les lésions primitives de l'oreille interne sont rares; cependant le froid semble pouvoir provoquer l'otite labyrinthique qui existait probablement chez cette malade de Ménière qui fut prise de surdité complète et de vertiges continuels, après avoir voyagé pendant une nuit très froide sur l'impériale d'une diligence. La syphilis peut être la cause des lésions labyrinthiques.

DESCRIPTION. — Au début, la maladie de Ménière se présente sous forme d'accès qui reviennent à intervalles irréguliers. Les malades éprouvent tout à coup des bourdonnements d'oreilles; ils entendent des sifflements analogues à ceux d'une locomotive

(Charcot); puis ils se sentent entraînés en avant ou en arrière, comme s'ils allaient faire la culbute; ou bien ils ont la sensation du mal de mer; la rotation du corps semble quelquefois s'opérer autour de l'axe vertical; la chute se produit quand les malades ne rencontrent pas à temps un point d'appui solide, mais il n'y a jamais perte de connaissance. La fin de l'accès est marquée par des nausées et des vomissements, puis tout rentre dans l'ordre.

A mesure que l'affection devient plus ancienne, les crises tendent à se rapprocher; l'état vertigineux est continu avec des paroxysmes; les sons un peu forts, tous les mouvements volontaires ou communiqués, augmentent la sensation de vertige; les malades restent couchés, il leur semble qu'ils sont menacés sans cesse de tomber dans un précipice ouvert à côté d'eux.

Les vertiges, les nausées, les vomissements, attirent généralement toute l'attention des malades, et, préoccupés de cet état si grave en apparence, ils ne songent pas à parler au médecin de quelques troubles de l'appareil auditif peu gênants et sans relation évidente avec les phénomènes nerveux. Si cependant on les interroge dans ce sens, on apprend qu'ils éprouvent habituellement des bourdonnements ou des sifflements dans les oreilles et que l'ouïe est diminuée d'un côté; d'autres fois il existe ou il a existé une otorrhée purulente. L'exploration à l'aide de la montre permet de constater l'affaiblissement de l'ouïe, et l'examen otoscopique révèle les lésions du conduit auditif externe et de la membrane du tympan, lésions qui du reste peuvent manquer complètement.

Chez un malade atteint de vertiges de Ménière avec surdité presque complète d'un côté, l'un de nous a constaté l'existence d'une sialorrhée abondante qui dépendait probablement de l'irritation de la corde du tympan.

Les vertiges qui se rattachent à des troubles de la vue ou à une maladie de l'estomac, ont une grande analogie avec ceux que nous venons de décrire, seulement ici les sifflements d'oreilles font défaut et sont souvent remplacés par des troubles oculaires, si le point de départ est dans les yeux, ou par des troubles digestifs, si c'est l'estomac qui est en cause. Les malades se sentent entraînés d'un côté ou de l'autre, ils craignent de s'aventurer dans la rue, et la sensation de vertige augmente d'ordinaire quand ils marchent sur une surface très unie.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES. — Dans une autopsie faite par Ménière, les canaux demi-circulaires étaient remplis