

XV

ÉPILEPSIE

PAR PH. CHASLIN

Médecin de Bicêtre,

et LOUIS ROUSSEAU

Interne des hôpitaux.

L'épilepsie (*Morbus Herculeus, morbus divinus, morbus sacer*) fut longtemps considérée comme relevant de causes fort différentes, suivant les connaissances et les théories de chaque auteur, mais c'est de nos jours seulement que l'on est arrivé à la notion de l'épilepsie-névrose. Puis sont venus les travaux sur les convulsions des enfants, des femmes enceintes ou en couches, des brightiques, des urémiques, et, d'autre part, ceux de Bravais et de Hughlings Jackson sur l'épilepsie symptomatique des lésions cérébrales en foyer, tandis que Lasègue¹ conservait une vraie épilepsie essentielle idiopathique très restreinte, due à un trouble de développement, bien distincte de ces convulsions attribuables à des tumeurs, à des intoxications, à des maladies comme la syphilis. Cette idée de Lasègue aboutit, en réalité, à la conception de l'épilepsie dégénérative des Italiens², avec une variante chez le Portugais Bombarda³, et à la conception de Féré⁴. Pour ce dernier, la convulsion épileptique est toujours symptomatique, mais elle ne peut naître, sauf dans certains cas rares, comme le saturnisme, qu'en vertu d'une prédisposition liée à la dégénérescence qui, toujours semblable à elle-même, quelle que soit la cause provocatrice, est seule la cause efficiente de l'épilepsie.

Pour nous, nous adopterons la proposition suivante : l'épilepsie est un symptôme, ou mieux un ensemble de symptômes (dont le mécanisme n'est peut-être, d'ailleurs, pas toujours le même), lié souvent à différentes affections bien reconnaissables; mais il existe, de plus, des accès d'épilepsie que l'on ne sait pas encore rattacher avec certitude à une affection ou à une combinaison connue d'affections; dans ces cas, il semble presque toujours que les patients soient porteurs de ce que l'on appelle des stigmates de dégénérescence ou anomalies de développement, ou encore qu'il y ait dans leurs antécédents héréditaires des affections nerveuses diverses. Ce sont ces cas, correspondant à l'épilepsie dite essentielle, que nous étudierons ici.

La façon de concevoir le sujet de cet article nous imposerait le devoir de parler des convulsions de l'enfant, que l'on peut qualifier d'épilepsie

(¹) LASÈGUE. De l'épilepsie par malformation du crâne. *Arch. gén. de méd.*, 1877. — *Études médicales*, t. I, 1884, p. 875.

(²) TONNINI. *Epilepsie*. Torino 1886 et *Le epilepsie, in rapporto alla degenerazione*. Torino, 1891.

(³) BOMBARDA. *Lições sobre a epilepsia e as pseudo-epilepsias*. Lisboa, 1896.

(⁴) FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890.

aiguë. Nous renvoyons cependant à l'article *Convulsions*, pour ne traiter ici que de l'épilepsie chronique.

« L'épilepsie, dans l'enfance, disent d'Espine et Picot, ne se révèle presque jamais d'emblée sous la forme de la grande attaque (haut mal), mais se cache pendant longtemps sous des formes plus légères en apparence (petit mal), mais, au fond, plus caractéristiques que les grandes attaques convulsives¹. »

Cependant, ce petit mal, pour si caractéristique qu'il soit, peut donner lieu à une erreur de diagnostic; l'un de nous a vu une petite fille qui présentait une série d'absences, fort bien décrites par la mère, ressemblant absolument au petit mal épileptique le plus fruste; en réalité, c'était une hystérique.

C'est de 4 à 12 ans que se présente le plus fréquemment le petit mal (Soltmann). Il se relie, d'ailleurs, insensiblement au grand mal; entre la simple absence et l'accès le plus complet et généralisé, il y a tous les intermédiaires possibles, y compris les accès anormaux: asthme, spasme de la glotte, tic de Salaam, épilepsie procursive, etc., ceux-ci, sinon spéciaux à l'enfance, du moins beaucoup plus fréquents dans le jeune âge que dans l'âge adulte. Cependant, comme cette prédominance du petit mal à un moment donné de l'enfance paraît avérée, nous le décrirons en détail avec ses variétés et les accès incomplets ou anormaux.

Mais il faut donner d'abord un résumé de la grande attaque complète et de l'ensemble du mal comitial, afin de faire mieux comprendre les particularités sur lesquelles nous serons forcés de nous étendre au point de vue spécial de ce traité.

Symptomatologie. — On doit décrire séparément: 1° les paroxysmes qui portent en même temps sur toutes les fonctions: motrices, sensitives, viscérales, sensorielles, psychiques, mais que, pratiquement, on peut diviser suivant la prédominance sur telle ou telle fonction, et 2° ce que l'on peut appeler l'état permanent des épileptiques.

Grande attaque convulsive (Haut mal). — Très rarement brusque, la grande attaque est parfois annoncée à assez longue échéance par des *phénomènes prémonitoires*, et souvent, immédiatement, par ce que l'on nomme, depuis Galien, une *aura* (par comparaison avec une vapeur). Ces prodromes, qui peuvent apparaître plusieurs jours avant l'accès, seraient pour Soltmann assez rares chez l'enfant. Ils sont très bien résumés par Féré dans son *Aide-Mémoire*² et consistent en: troubles du mouvement, tremblements, secousses générales ou locales, machonnement, grincement de dents, surtout nocturne, ou bien une sorte de paresse musculaire, de la maladresse, ou bien un embarras de la parole; sensations subjectives variées, bourdonnements d'oreille, chatouillement de la gorge, de la muqueuse nasale provoquant de la toux, des étournements; très souvent troubles digestifs, respiratoires, troubles viscéraux variés; hallucinations olfactives, visuelles, auditives, changement de caractère, d'humeur, du ton émotionnel, sentiment de bonheur.

L'aura, par laquelle l'enfant est souvent prévenu de l'attaque, est constituée, non pas seulement par une « vapeur », sensation qui débute par un point quelconque

(¹) D'ESPINE et PICOT. *Manuel pratique des mal. de l'enf.*, 6^e éd., 1900.

(²) FÉRÉ. *Épilepsie*. Collection Léauté.

du corps pour s'étendre en remontant vers la tête, mais encore par tout phénomène qui a lieu avant la perte de connaissance.

Avec Delasiauve on peut diviser ces auras en *motrices, sensitives, sensorielles, psychiques*.

L'*aura motrice* est un mouvement involontaire quelconque (secousse, tremblement, spasme, mouvement automatique) qui débute à l'extrémité d'un membre, par exemple, pour remonter à la racine, et alors l'attaque a lieu. Il est inutile de résumer toutes les variétés de cette aura qui peuvent comprendre des bâillements, toux, hoquets, ou des spasmes viscéraux, ou des phénomènes sécrétoires divers, etc.

L'*aura sensitive* est très variée aussi : quelquefois une sensation de boule comme la boule hystérique, ou une sensation viscérale. L'*aura sensorielle* est constituée par une excitation : diminution ou perversion du fonctionnement des différents sens qui peuvent être le siège d'hallucinations variées ou même donner lieu à des perceptions singulières, comme la *mégaloopsie* et la *micropsie*. Enfin l'*aura psychique* est une modification brusque du ton émotionnel, du caractère, des processus intellectuels.

Ces diverses auras peuvent du reste s'associer; mais chez le même malade elles se présentent presque constamment sous la même forme. Chez les enfants, l'aura est aussi fréquente que chez les adultes, mais plus l'enfant est jeune, plus l'aura est purement motrice; l'aura sensorielle est assez fréquente; l'aura sensitive, plus rare, se montre chez les enfants déjà âgés.

Attaque proprement dite. — Qu'il y ait eu aura ou non, le patient passe par les phases suivantes : subitement il pâlit, pousse un cri et tombe raide, là où il se trouve, en perdant connaissance. En même temps se montrent les *convulsions toniques (période tonique)* : tout le corps est raidi, la tête un peu renversée ou de côté; les yeux cachés derrière les paupières supérieures ont les pupilles dilatées et insensibles à la lumière, la bouche est souvent tirée de travers, les dents serrées et enfoncées parfois dans la langue ou les joues; la face, de pâle qu'elle était, devient de plus en plus violette et tuméfiée, car la poitrine est arrêtée en expiration prolongée. Puis, au bout de quelques secondes, d'une minute au plus, une détente se fait par saccades : c'est la *période clonique*. Les *convulsions cloniques* agitent le corps plus ou moins violemment en prédominant souvent d'un côté; le pouce habituellement fléchi dans la paume de la main est serré par les autres doigts; la face grimace hideusement, violacée, bouffie; les yeux roulent dans leurs orbites, mais sans laisser paraître la cornée cachée sous la paupière supérieure, et l'écume, souvent sanglante, s'écoule de la bouche entr'ouverte, hors de laquelle est projetée la langue plus ou moins mordue et déchirée. La respiration est bruyante, râlante, le pouls fort et rapide, la tension artérielle accrue. Puis, après quelques minutes, les convulsions se limitent et s'apaisent; la respiration devient régulière, profonde et ronflante; c'est la 5^e *période* ou de *Stertor*. Le patient, abîmé dans un sommeil qu'il faut respecter, dans une résolution complète, reste baigné dans une sueur profuse, dans son urine et ses matières fécales émises pendant les deux premières périodes. Pour Soltmann, chez les enfants, la stupeur est de durée moindre et plus superficielle que chez les adultes. La face, le cou, repâlissent peu à peu, sauf les ecchymoses que l'on peut fréquemment constater aux conjonctives, au cou, à la partie supérieure du tronc, conséquence de la congestion du début. Enfin, au bout de quelques minutes ou de plusieurs heures, l'épileptique ouvre les yeux, l'air hébété, et se relève courbaturé; il est sombre et accuse de la céphalalgie et une lassitude générale. Il y a amnésie complète pour tous les phénomènes de l'attaque; pourtant, quelques malades se rappellent les prodromes ou même l'aura, ou même ils ont un vague souvenir que quelque chose d'horrible s'est passé, et ils arrivent à reconstituer quelques particularités de leurs accès¹. D'autres fois, au contraire, il y a une amnésie rétroactive s'étendant à une certaine période avant l'attaque, variant de

(¹) Il y a quelquefois conservation de la conscience, même dans toutes les phases de l'accès. Voir BANNISTER. The conditions of consciousness in the epileptic attack and its equivalents. *American Journ. of Insanity*, 1897.

quelques heures à plusieurs mois et qui peut persister plus ou moins longtemps après¹. Cette attaque complète de l'enfant peut être modifiée de mille façons, si bien que la grande attaque est un type idéal rarement atteint.

Petit mal. — Le *petit mal* a reçu des noms différents suivant la variété qu'il présente. L'*absence* est le petit mal réduit à sa plus simple expression; le *vertige* est celui où il y a chute plus ou moins complète et quelques convulsions; enfin il y a des *accès incomplets* et *anormaux*.

Absence. — L'absence se réduit ordinairement à ceci : l'enfant pâlit subitement, le regard devient fixe; il y a perte de connaissance, mais le jeune patient ne tombe pas. Cet état dure quelques secondes; l'acte commencé, qui a été interrompu un instant, est repris en même temps que l'usage des sens. Le plus souvent, l'enfant n'a aucune conscience de l'incident pathologique, mais fréquemment celui-ci est suivi d'une hébétude plus ou moins longue. Trousseau² rapporte l'observation typique d'une fillette de 6 ans : « Au milieu de ses jeux, pendant le repas, l'enfant s'arrêtait tout à coup, puis tournait lentement la tête à droite, les yeux ouverts, le regard fixe, sans qu'on pût saisir le plus petit mouvement convulsif, le moindre grimace du visage; sa sensibilité était abolie à ce point qu'on pouvait, dans ces moments, lui pincer impunément la peau, la traverser avec une aiguille sans qu'elle en eût conscience. Elle restait dans cet état pendant 4 à 5 secondes tout au plus, puis elle revenait à elle, conservant encore un certain air d'étonnement et de mauvaise humeur. Généralement aussi, elle témoignait alors le désir de changer de lieu, disant à sa mère de la conduire dans une autre pièce de l'appartement; mais un quart de minute ne s'était pas écoulé qu'elle était complètement remise et que, après avoir poussé un grand soupir, elle reprenait le jeu qu'elle avait abandonné; si elle était à table, elle se remettait à manger. »

Au moment de l'absence, il peut arriver ou bien que l'enfant ne laisse pas tomber ce qu'il tient à la main, ou qu'il le laisse tomber; qu'il s'arrête dans la position où il se trouvait ou qu'il continue le mouvement commencé.

Vertige. — Dans le vertige, il y a, avec la perte de connaissance, une chute plus ou moins complète, plus ou moins brusque, beaucoup moins que dans la grande attaque, et des convulsions légères très localisées.

Le vertige s'accompagne quelquefois d'une élévation très passagère de la température³. Souvent les parents viennent se plaindre de la maladresse de leurs enfants, qui cassent les objets qu'on leur confie, qui s'accrochent ou s'embarrassent dans les meubles et même se laissent tomber par terre; et la méconnaissance de la gravité de ces accidents dure jusqu'au jour où un accès, moins incomplet, vient éclairer la situation (West). C'est qu'en effet, à cette chute qui peut empêcher de remarquer la pâleur subite, la fixité du regard, s'ajoutent le plus souvent quelques mouvements convulsifs très limités, un rire saccadé, un mouvement automatique de quelques doigts

(¹) SÉGLAS. De l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie. *Soc. de méd. légale*. 8 mars 1897 et *Presse méd.*, avril 1902. — MURALT. Zur Frage der epileptischen Amnesie. *Zeitschr. f. Hypnot.* Leipzig, 1900.

(²) TROUSSEAU. De l'épilepsie. *Clinique méd.*, t. II, 1877, p. 89 et suiv.

(³) MARCHAND. *Revue de psychiatrie*, août 1899 et *Revue neurol.*, 1900, p. 819.

qui peuvent durer de 1 à 2 minutes (Steiner), tic convulsif de la paupière gauche (Hench), etc., qui parfois indiquent le début des grandes attaques, quand celles-ci finissent par apparaître. Il arrive aussi que l'enfant laisse échapper ses urines, ce qui est très important pour le diagnostic, surtout quand les accidents n'ont lieu que la nuit. Les vertiges peuvent, du reste, s'accompagner d'une aura, comme chez la petite malade de Trousseau, qui, au début de l'accès, éprouvait une vive douleur au creux de l'estomac, gagnant rapidement la langue en augmentant d'intensité jusqu'à la perte de connaissance.

A côté de ces accès, dans lesquels le jeune patient a un regard fixe, la figure sans expression ou l'aspect hébété, il y en a d'autres qui forment un passage aux équivalents psychiques; la figure a une expression de terreur, de colère, d'étonnement ou de surprise, parfois de joie ou de gaieté, ou encore de préoccupation, de méditation soudaine qui précède une crise de larmes, très caractéristique pour Soltmann.

A côté de ces comitiaux qui continuent à agir pendant le vertige, on doit placer ceux qui répondent aux questions lorsqu'ils sont interpellés, surtout sur un mode impératif; d'autres fois, ils peuvent réagir contre des excitants quelconques, comme cet enfant à qui, pendant ses crises, on faisait respirer de l'éther ou de l'ammoniaque, qu'il trouvait d'une odeur insupportable, et qui criait avec une sorte de rage: « Va-t'en, va-t'en » (Trousseau). Après ces accès, d'ailleurs, l'amnésie est la règle. La période d'hébétude consécutive est souvent moins marquée que dans l'absence pure.

Ces vertiges peuvent être rares ou se constituer par séries (état de mal vertigineux de Bourneville).

Il peut y avoir une aura ou non, ou l'enfant peut être prévenu par un malaise vague ou par une convulsion limitée qui est d'abord consciente.

Accès incomplets. — Dans ces accès, un ou plusieurs des phénomènes les plus importants font défaut. La perte de connaissance n'existe généralement pas; il y a des convulsions partielles limitées, quelquefois très étroitement; il y a, dans ces cas, une grande difficulté à faire le diagnostic, à moins, ce qui arrive souvent dans les cas où l'on a vraiment affaire à l'épilepsie, que ces convulsions limitées et conscientes ne deviennent ultérieurement le début d'un accès complet et typique.

Accès anormaux ou équivalents épileptiques. — Tout récemment, Ardin-Delteil¹ a donné une bonne classification de ces manifestations anormales de l'épilepsie, phénomènes très disparates qui remplacent les accès typiques et constituent ce que l'on a appelé les *équivalents épileptiques*. Ces équivalents sont de deux ordres: physique ou psychique.

A. Équivalents physiques ou somatiques. — 1. ÉQUIVALENTS MOTEURS. — Ils consistent en tremblements, crampes musculaires, mâchonnements, actes automatiques simples, marmottement. Mais, parmi ces manifestations anormales motrices, deux méritent une mention particulière. Ce sont: le tic de Salaam et l'épilepsie procursive.

⁽¹⁾ ARDIN-DELTEIL. Les équivalents physiques de l'épilepsie. *Nouveau Montpellier médical*, 1900. — *L'épilepsie larvée et les équivalents épileptiques*. Paris, 1898.

Tic de Salaam (spasmus nutans). — Ce symptôme a été signalé pour la première fois spécialement par Newham, en 1849, puis par une série d'auteurs allemands et anglais, parmi lesquels Romberg et Henoch¹ le décrivent chez deux enfants, l'un de 6, l'autre de 8 mois; l'éruption des dents amena une guérison soudaine et complète.

De la lecture des auteurs les plus anciens², on tire facilement cette conclusion que le spasmus nutans n'est qu'un symptôme de différentes affections, et, de plus, que ce symptôme n'est pas toujours rigoureusement identique dans tous les cas. Comme le dit Féré, « les salutations convulsives constituent un épisode commun à un grand nombre d'affections du système nerveux » (oscillations salutantes du tremblement sénile, saluts incohérents des choréiques, de la selérose en plaques, salutations rythmées hystériques, balancement des déments et des idiots, balancements liés à une affection cérébrale grave signalée par Newham, Willshire et Henoch). Henoch ajoute, en plus, cette remarque importante, qu'il a vu plusieurs fois des mouvements de flexion de la partie supérieure du tronc, plus ou moins répétés, chez de petits enfants, comme résultat de manœuvres onanistiques. En dehors de ces cas, qui se montrent à tout âge, le tic de Salaam se rencontre surtout chez les plus jeunes enfants, et, ici encore, il appartient à des affections diverses. Mais la majorité des observations de ce tic se rapporte aux convulsions infantiles, pouvant disparaître avec elles, ou bien il n'est qu'une manifestation du mal comitial, comme le dit très bien West, et comme le démontrent les observations confirmatives où l'on a pu suivre la transformation du tic de Salaam en grande attaque complète (Gautiez, Descroizilles, Féré) et l'heureuse influence du bromure de potassium sur sa disparition. West décrit ainsi la manifestation du tic: « Les enfants inclinent la tête et plient légèrement le corps en avant, mouvement qui s'exécute avec une grande rapidité, quelquefois 20, 50, 100 fois de suite, puis cesse et peut se reproduire une ou plusieurs fois dans les 24 heures. Pendant l'attaque, l'enfant paraît hébété, mais l'intelligence reparait complètement après chaque attaque³. » Le plus souvent, au spasme des sterno-cléido-mastoïdiens s'ajoute celui des rotateurs de la tête, qui peut même prédominer (Hench). Steiner a décrit des cas où la tête est attirée en bas et en arrière par la contraction simultanée d'un seul côté du sterno-mastoïdien et du trapèze, en même temps que l'épaule remonte. D'autres fois, le mouvement de flexion du tronc en avant prédomine comme chez les bouddhas, ou, au mouvement de la tête se joint « un mouvement des épaules qui remontent en même temps que les bras se soulèvent légèrement, dans une attitude qui rappelle le haussement particulier des épaules qui, d'après Darwin, exprime l'impuissance » (Féré); d'autres fois, enfin, et très fréquemment, il se joint à la salutation proprement dite du nystagmus, moins souvent de la rotation des yeux, du strabisme (des deux yeux ordinairement).

⁽¹⁾ ROMBERG et HENoch. *Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen*. Berlin, 1851.

⁽²⁾ Consultez, pour la bibliographie: FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 100. — HENoch. *Vorlesungen*, etc., p. 189, 1885. — J. DICKSON. Spasmus nutans or the nodding spasm. *The Lancet*, 5 octobre 1895, p. 845.

⁽³⁾ WEST. Citation d'après d'Espine et Picot. *Loc. cit.*, p. 509.

rement), un mouvement convulsif unilatéral d'un bras, d'une jambe, etc.

Les autres phénomènes concomitants sont aussi variables que le phénomène convulsif lui-même; en effet, le spasme s'accompagne ou non de perte de connaissance, de pâleur de la face avec fixité du regard, dilatation de la pupille, air hébété, égaré, comme dans le vertige, et peut être suivi d'une stupeur plus ou moins prononcée, plus ou moins permanente.

Épilepsie procursive. — C'est une forme assez rare, mais observée surtout dans l'enfance et même la jeunesse. Bourneville et Bricon¹ ont étudié des premiers cette variété, en entendant le mot procursif dans un sens large, aussi bien celui de course en ligne droite (le plus fréquent) qu'en ligne circulaire.

Mingazzini² a bien étudié spécialement les accès dans lesquels il y a « une impulsion à courir rapidement suivant une ligne sensiblement circulaire » et ceux dans lesquels le patient tourne une ou plusieurs fois sur lui-même. Toutes ces différentes variétés ne paraissent pas avoir une grande importance, et, en tout cas, jusqu'à présent, la distinction de ces accès d'avec les autres vulgaires ne semble pas d'une grande portée; nous ne savons pas pourquoi ils se présentent plus fréquemment dans l'enfance et s'ils ont une signification particulière. La place de la course dans l'accès est variable; tantôt elle constitue l'aura ou une première phase de l'accès, ou enfin elle le termine; le patient tombe en proie aux convulsions, se relevant pour courir (Cullerre). En tout cas, la course, comme le dit Mairet³, est rapide, précipitée et absolument impulsive. La durée est variable, sa terminaison ordinairement brusque. Vis-à-vis des obstacles, la manière d'agir est variable: tantôt le malade les contourne ou les franchit, tantôt il s'arrête, les saisit, s'enroule autour d'eux ou s'arrête devant eux et se met à sauter, ou bien il se retourne, ou bien encore se précipite sur eux. Ces différentes manières de se comporter peuvent se rencontrer chez le même malade. Pendant la course, la conscience est abolie ou à l'état rudimentaire, ou même relativement conservée (sans souvenir après l'accès), ce qui est un acheminement à l'accès ambulatoire (fugues) dont nous parlerons plus bas. Mairet remarque encore que le cri, dans l'épilepsie procursive, est « souvent prolongé et peut être constitué par une série de cris successifs ». L'épilepsie peut quelquefois débiter par cette variété d'accès qui se présente d'abord isolée; puis cette épilepsie procursive varie peu à peu d'allure avec l'âge, alternant plus ou moins complètement avec les accès convulsifs plus classiques dans lesquels elle peut finir par se transformer et se perdre.

On a décrit, enfin, comme formes anormales de l'épilepsie, de véritables paralysies remplaçant l'accès et surtout des ictus apoplectiformes suivis de stertor, la phase convulsive de la grande attaque manquant complètement.

2. ÉQUIVALENTS SENSITIFS. — Ils consistent en sensations douloureuses

⁽¹⁾ BOURNEVILLE et BRICON. De l'épilepsie procursive. *Arch. de neurol.*, 1887, t. XIII, p. 521; t. XIV, p. 55, 255; t. XV, p. 75, 227, 379; t. XVI, p. 254, 420.

⁽²⁾ MINGAZZINI. Sui fenomeni circumcursivi e rotatori dell' epilessia. *Riv. sper. di freniatria e di med. leg.* Vol. XX, fasc. 5-4, 1894.

⁽³⁾ MAIRET. De l'épilepsie procursive. *Revue de méd.*, t. IX, 1889, p. 447, 641, 741.

très diverses, crises de courbature¹, en migraines, tic douloureux de la face, etc.

5. ÉQUIVALENTS VASO-MOTEURS. — Ce sont des sensations de chaleur intense, avec ou sans rougeur, ou de véritables crises d'hypothermie, bien décrites récemment par Carlo Ceni².

4. ÉQUIVALENTS VISCÉRAUX. — Les attaques épileptiques peuvent être remplacées par des crises gastriques ou intestinales, des vomissements, des palpitations, des crises d'angine de poitrine. Ces accès viscéraux se rencontrent surtout chez l'adulte; l'incontinence d'urine et ce que l'on a appelé l'asthme thymique sont particuliers à l'enfant.

On sait que Trousseau insistait tout particulièrement sur ce fait que très souvent, chez les enfants qui deviennent plus tard épileptiques, il y avait eu des convulsions dans le jeune âge, de même qu'il a rencontré l'épilepsie chez des femmes qui, quelque temps auparavant, avaient eu, pendant leurs couches, des attaques d'éclampsie. Il en concluait que très souvent ces convulsions étaient déjà de l'épilepsie, surtout quand elles se révèlent à l'âge de 5 à 6 ans; mais cela pourrait aussi avoir lieu, même si l'âge est beaucoup moins avancé. « Ces considérations relatives à l'éclampsie, dit-il, sont surtout applicables à cette forme de convulsions partielles qui frappe les muscles du larynx et que l'on a fort improprement appelée l'asthme thymique³. » Nous renvoyons à l'article *Convulsions* de ce traité pour l'étude de ce symptôme. Féré, qui étend énormément le domaine de l'épilepsie, dit que les enfants peuvent présenter des crises d'asthme alternant avec des convulsions, et il rapporte l'observation d'un jeune garçon de 16 ans qui a eu des accès d'asthme à partir de 2 ans, remplacés, à partir de 15 ans, par des accès épileptiques nocturnes⁴. Il assimile également aux accès incomplets le spasme de la glotte et le faux croup.

5. ÉQUIVALENTS SENSORIELS. — Ce sont des éblouissements, de l'amblyopie, de la cécité, des hallucinations visuelles ou auditives, des perversions gustatives et olfactives, des attaques de chant (*attachi di canto*)⁵, etc.

B. Équivalents psychiques. — Les manifestations psychiques⁶ se rencontrent, en fait, dans presque toutes les formes d'accès, mais elles peuvent aussi prendre un grand développement, précédant, suivant un accès convulsif, même fruste, ou exister en dehors de toute convulsion, c'est alors l'équivalent psychique, ou épilepsie larvée de Morel, épilepsie mentale des Allemands.

Le paroxysme psychique (convulsion mentale de Maudsley), soit qu'il constitue un équivalent psychique proprement dit, soit qu'il précède ou suive une attaque vulgaire, est « essentiellement caractérisé par l'inhibition

⁽¹⁾ FÉRÉ. Note sur la courbature comme équivalent épileptique. *Revue de méd.*, mai 1905, p. 574.

⁽²⁾ CARLO CENI. Hypothermia nell' epilessia et loro rapporti col potere tossico-ipotermico del Sangue. *Rivista sperimentale di freniatria e med. leg.*, etc. Volume XXVI, fasc. 4, p. 585, décembre 1900.

⁽³⁾ TROUSSEAU. *Cliniques*, 5^e éd., t. II, p. 146.

⁽⁴⁾ FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 125.

⁽⁵⁾ S. DE SANCTIS. Equivalenti musicali di attachi epilettici, attachi di Canto. *Riv. quind. si psicologica, psichiatria*, etc., 15 luglio 1897.

⁽⁶⁾ CHRISTIAN. *Épilepsie. Folie épileptique*. Paris, 1890. — NIESKY FEIGE. Die Geistesstörungen der Epileptiker. *Vierteljahrsschr. f. ges. Medicin*, IX Bd, S. 509; X Bd, S. 51, 1895. — ARDIN-DELTEIL, L'épilepsie larvée. *Progrès méd.*, 1900, XII, p. 461-495 et 1901, t. XIII, p. 2.

passagère des facultés les plus élevées dans la hiérarchie des fonctions supérieures, la volonté et le libre arbitre, avec une conservation de ce que l'on a appelé « l'automatisme cérébral¹ ». Le plus ordinairement, à côté de la suppression des facultés supérieures, se trouve un élément actif surajouté : *l'impulsion irrésistible*.

Chez les enfants, comme le remarque Schüle², les formes aiguës des troubles psychiques épileptiques sont rarement graves ; « les états de manie furieuse, fréquents chez les adultes, semblent ne pas exister chez les jeunes épileptiques ». Exceptionnels sont les faits de manie furieuse chez des enfants de 5 à 4 ans (Soltmann), de 11 ans (Audry). Ce n'est qu'à partir de la puberté que peuvent se manifester ordinairement ces paroxysmes psychiques suraigus, et encore sont-ils rares dans les services d'enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Ce qu'on observe le plus souvent, c'est la modification du caractère en rapport avec l'attaque, que cette modification précède l'attaque ou la suit ; la conscience persiste, sauf pendant la période convulsive ; le patient devient hautain, querelleur, irritable, mais la modification pathologique est la même avant et après l'accès convulsif.

D'autres fois, au contraire, le trouble psychique pré-épileptique ou post-épileptique est sous la dépendance étroite de l'attaque et se répète d'une façon stéréotypée.

« Il existe toute une série de variétés et de degrés, dit Schüle³. En somme on peut dire que le cerveau des enfants est moins troublé par une attaque que le cerveau des adultes. Une stupeur de longue durée est très rare, comme aussi une psychose post-épileptique nettement caractérisée. Habituellement, il s'agit de psychoses incomplètes, c'est-à-dire de modifications du caractère ; ainsi, une phase de dépression précède l'attaque convulsive et une phase d'euphorie succède à l'attaque, ou réciproquement ; mais ce dernier cas est plus rare. Il est intéressant de voir comme le type morbide, une fois constitué, se reproduit de la même manière. La phase dépressive pré-épileptique peut être de nature hypocondriaque (le corps est putréfié, les dents tombent), ou bien encore mélancolique ; ou enfin c'est une excitation furieuse pendant laquelle le malade devient dangereux pour lui et les autres. La phase d'euphorie est représentée par une satisfaction naïve et par une amabilité complaisante. Pour le pronostic, il faut savoir que ces cas sont graves et tenaces ; on n'obtient aucune amélioration par le traitement, ou, tout au plus, une amélioration insignifiante. »

Enfin le trouble psychique existe seul ; c'est alors le véritable équivalent de l'attaque. Tout à coup (plus rarement après quelques prodromes) le malade est en proie à une crise de manie furieuse (grand mal intellectuel de Falret), ou bien il a des impulsions à l'homicide et au suicide ou au vol et à l'incendie (petit mal intellectuel de Falret) ; d'autres quittent leur maison, s'en vont droit devant eux, entreprennent des voyages sans que personne ne

(¹) GRASSET et RAUZIER. Article EPILEPSIE in *Traité de Brouardel et Gilbert*, t. X.

(²) SCHÜLE. *Traité clinique des maladies mentales* (traduction française), 1888, p. 261.

(³) SCHÜLE. *Loco citato*, p. 262.

remarque rien d'anormal dans leurs allures. Tels sont l'*automatisme ambulatoire*¹, les *fuges*.

À côté de ces formes avec excitation, on a aussi décrit des formes plus rares avec dépression (stupeur, narcolepsie)². On a beaucoup discuté sur certains points et détails de ces accès psychiques, sur l'amnésie plus ou moins absolue qui les suit, sur l'interprétation après coup que peut faire le patient de ses actes. Nous renvoyons le lecteur, sur ces points spéciaux, au livre de Roncoroni, à celui de Schüle et à celui d'Ardin-Delteil.

PHÉNOMÈNES SPÉCIAUX EN RAPPORT AVEC LES ACCÈS. — Les uns consistent en des phénomènes d'épuisement (voir le livre de Féré) ; les autres sont des phénomènes organiques, indices de troubles plus ou moins profonds de la nutrition générale.

Phénomènes dits d'épuisement. — On les observe surtout après les grands accès convulsifs. Ce sont un affaiblissement de la force musculaire, le tremblement, la diminution ou même l'abolition des réflexes, des paralysies (hémiplegie, paraplégie³), mais qui sont surtout fréquentes dans les cas d'épilepsie jacksonienne, la déviation conjugugée de la face et des yeux, le nystagmus, la contraction dite idiomusculaire, des troubles variés du langage, de l'aphasie ; des anesthésies variées, des troubles sensoriels, l'allongement du temps de réaction ; la stupeur post-épileptique ; quelquefois de l'amnésie rétrograde dont la période s'étend sur un certain temps avant les accès⁴.

Phénomènes organiques en rapport avec les accès. — Ils montrent bien la profondeur de la perturbation subie par l'organisme, et, si les symptômes nerveux peuvent disparaître rapidement, il faut plusieurs jours parfois pour le rétablissement intégral de l'économie.

État gastrique. — Il a été déjà indiqué par Delasiauve, par Gowers et d'autres ; c'est Jules Voisin qui a le plus insisté sur la présence constante dans l'épilepsie idiopathique (non réflexe) d'un état pathologique des voies digestives avant l'accès, et pendant. Tant que cet état persiste, on peut être sûr, dit-il, que les phénomènes paroxystiques ne sont pas terminés.

Température. — L'accès d'épilepsie élève toujours la température ; cela est surtout marqué dans l'état de mal. Bourneville l'a bien montré dès 1869.

Tension artérielle. — Pour Vulpian, François Franck, Féré, Vaquez et Nobécourt, Marinesco et Sérieux, Maurice de Fleury, il y a hypertension avant l'accès et hypotension après. Pour Voisin, au contraire, la tension sanguine s'abaisse avant le paroxysme et s'élève au-dessus de la normale à la fin.

État du sang. — Le sang est épais, poisseux, noir comme dans les intoxications et les infections. La densité diminue avant le début de l'accès et augmente après le début (Claus et Van der Stricht). Il y a hypoglobulie con-

(¹) A. PITRES. *L'automatisme ambulatoire et ses rapports avec l'épilepsie*. Bordeaux, 1896.

(²) FÉRÉ. Note sur la narcolepsie épileptique. *Revue de méd.*, 1898, XVIII, 450.

(³) HEVEROCH. Les paraplégies post-paroxystiques transitoires chez les épileptiques. *Revue neurol.* 1902, X, 267.

(⁴) SÉGLAS. Épilepsie et amnésie rétrograde. *Presse méd.*, n° 50, 1902. — BENNATTI. Sull' amnesia retrograda negli epilettici. *Rev. d. Ass. med. chir.* Parma, 1900. — MAXWELL. L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. Bordeaux, imp. Gounouilhau, 1905.