

ainsi que l'épaule, et même elle s'étend parfois aux parties voisines du dos et de la poitrine ; dans les paralysies consécutives à la compression, par exemple, du plexus brachial, la sensibilité persiste à la face interne du bras et à l'épaule.

L'état de la contractilité électrique des muscles, l'existence ou l'absence de douleur fournissent aussi des signes importants.

La contractilité électrique est presque toujours conservée dans les muscles atteints par la paralysie hystérique, même lorsque la paralysie dure depuis plusieurs années ; de plus les paralysies hystériques s'accompagnent souvent d'anesthésie cutanée et musculaire. La marche de ces paralysies est souvent caractéristique, la paralysie disparaît pour reparaitre bientôt après ou bien elle change brusquement de siège.

On a noté quelquefois des paralysies du larynx (d'où une aphonie complète et subite), du diaphragme, du rectum, de la vessie, etc... La paralysie hystérique des muscles moteurs des yeux est très rare ; cependant il en existe quelques exemples dans la science.

Les contractures ont en général, comme les paralysies, un début très brusque ; la contracture des membres succède souvent à une paralysie flasque ; mais, au lieu de se produire lentement, progressivement, comme dans la sclérose latérale descendante de la moelle, elle atteint en quelques heures ou en quelques jours son maximum d'intensité. La contracture prend la forme hémiplegique ou paraplégique, ou bien elle se limite à quelques groupes de muscles ; les membres supérieurs se mettent dans la demi-flexion et s'appliquent fortement contre le tronc ; les membres inférieurs sont dans l'extension forcée, le pied prend la position du varus équin le plus prononcé, les adducteurs de la cuisse fixent le membre inférieur sur le bassin ; si bien qu'en saisissant le pied, on peut soulever le bassin et le tronc tout entier comme avec un levier rigide. En redressant fortement la pointe du pied, on provoque la trémulation, comme chez les malades atteints de sclérose latérale de la moelle (Charcot). Des contractures partielles peuvent produire le torticolis hystérique, le pied bot varus équin, ou simuler la coxalgie.

La contracture persiste dans le sommeil physiologique ; sous l'influence du chloroforme, les muscles se relâchent momentanément. La contracture hystérique paraît dépendre d'une réactivité exagérée de la moelle.

La compression ovarique a réussi quelquefois à faire disparaître des contractures récentes (Bourneville).

De même que les paralysies, les contractures peuvent disparaître tout à coup à la suite d'une émotion vive.

D. *Troubles de l'intelligence.* — Le plus souvent les hystériques se font remarquer par la bizarrerie de leur caractère, par leur sensibilité exagérée ; toutes les superstitions, tous les événements mystérieux, ont accès dans leur esprit ; les faiseurs de miracles trouvent en elles des complices dévoués quoique souvent involontaires.

Des accès de délire peuvent se produire en dehors des attaques hystériques et simuler la méningite (Bernutz) ; tantôt le délire se dissipe rapidement, tantôt il aboutit à l'aliénation mentale et à la démence. La déchéance intellectuelle est cependant beaucoup plus rare et beaucoup plus tardive dans l'hystérie que dans l'épilepsie.

E. *Troubles de la respiration, de la digestion, des sécrétions. Toux hystérique. Gastralgie, vomissements, tympanite, pseudo-péritonite, ischurie, etc...* — La toux hystérique se produit en général sous forme de quintes bruyantes ; les sons émis sont criards, désagréables à entendre ; quelquefois ils affectent le caractère de l'aboïement ou du miaulement. L'expectoration est nulle, et à l'auscultation de la poitrine on ne constate aucun signe morbide. Les impressions désagréables, les contrariétés, augmentent la fréquence des quintes. Chez quelques malades, le spasme des muscles de la glotte donne lieu à des attaques de dyspnée qui simulent l'asthme et pour lesquelles on a pratiqué plusieurs fois la trachéotomie. La toux, les douleurs dorsales, l'amaigrissement et la faiblesse des malades, les hémoptysies, qui sont assez souvent la conséquence de la suppression de la menstruation, peuvent faire croire à l'existence de la phthisie chez des jeunes filles qui sont seulement hystériques. L'apyrexie, l'absence d'expectoration et de signes physiques à l'examen de la poitrine, fournissent les principaux éléments du diagnostic différentiel ; quelques auteurs ont signalé un mouvement fébrile chez les hystériques, mais en général les sensations de frissonnement ou de chaleur fébrile ne s'accompagnent pas chez elles d'élévation de la température.

La gastralgie et l'épigastrie sont presque constantes chez les hystériques ; il existe de la douleur à la pression de l'épigastre, et les troubles de la digestion sont extrêmement communs ; l'appétit est capricieux : les malades ne digèrent pas tel ou tel aliment, tandis qu'elles ont une appétence singulière pour certaines substances absolument impropres à la nutrition ; les

mots *pica*, *malacia*, expriment cette perversion du goût. Les vomissements sont communs ; ils se produisent quelquefois sous forme de crises gastriques très douloureuses, mais peu durables ; ou bien ils sont incoercibles, ils empêchent pendant des mois entiers toute alimentation, et la mort peut en être la conséquence.

Le ventre est généralement ballonné ; la tympanite augmente au moment des attaques convulsives, par suite d'un développement très abondant de gaz intestinaux ; mais elle peut se produire aussi dans l'hystérie non convulsive, et parfois elle a donné lieu à de graves erreurs de diagnostic. Les douleurs abdominales très vives ressenties par les hystériques, et les symptômes de collapsus qui sont la conséquence de cet état de souffrance, le météorisme, les vomissements, simulent parfaitement la péritonite chez quelques malades ; le diagnostic différentiel de ces *pseudo-péritonites* (*spurious peritonitis* des auteurs anglais) et de la péritonite vraie est souvent très délicat. Le tympanisme hystérique a fait croire quelquefois à l'existence d'une grossesse. La constipation est opiniâtre.

On peut observer chez les hystériques des douleurs néphrétiques ou hépatiques qui simulent les coliques produites par la présence de calculs dans les canaux excréteurs des reins ou du foie. Il existe tantôt de la polyurie, tantôt une anurie plus ou moins complète (ischurie hystérique). Lorsque la quantité des urines est très notablement diminuée, il se produit des vomissements, et les matières vomies renferment de l'urée en assez grande quantité (Charcot, Fernet), comme si la sécrétion gastrique était chargée de la suppléance des reins.

Des troubles de la sécrétion de la salive (ptyalisme), de la sueur et du lait (galactorrhée) ont été notés dans quelques cas (Briquet).

COMPLICATIONS. — *Hystéro-épilepsie. Chorées hystériques. Catalepsie. Hypnotisme.* — L'hystérie se combine à l'épilepsie de deux façons : 1° l'épilepsie et l'hystérie coexistent chez un même malade qui a tantôt des crises hystériques, tantôt des attaques d'épilepsie ; les deux névroses « marchent sans agir l'une sur l'autre d'une manière sérieuse, chacune d'elles conservant ses allures et le pronostic qui lui est propre » (Charcot, *Maladies du syst. nerv.*, t. I, p. 325). 2° Les caractères de l'épilepsie et ceux de l'hystérie se trouvent mélangés dans les attaques ; d'où le nom d'*hystéro-épilepsie à crises combinées*, ou à *crises mixtes*, qui a été donné à cette forme. Le début de ces attaques rappelle complète-

ment l'épilepsie ; mais cette *phase épileptique*, au lieu de se terminer par le coma, se continue par des convulsions cloniques, hystéroides avec délire, et se termine par des pleurs, des rires, des sanglots. Les malades voient presque toujours dans leur délire les mêmes objets, les mêmes scènes, et à la fin de leur crise elles racontent ce qu'elles ont vu ou entendu, comme on ferait d'un rêve.

L'hystéro-épilepsie à crises mixtes relève bien plutôt de l'hystérie que de l'épilepsie ; la compression des ovaires, qui est sans action sur l'épilepsie vraie, permet souvent d'arrêter les crises d'hystéro-épilepsie ; l'hémianesthésie, très rare dans l'épilepsie, est commune chez les hystéro-épileptiques, qui au contraire n'ont jamais de vertiges épileptiques. Les troubles de l'intelligence, très précoces chez les épileptiques, font longtemps défaut dans l'hystéro-épilepsie, alors même que les crises sont fréquentes ; enfin l'élévation de la température du corps est beaucoup plus considérable dans l'état de mal épileptique que dans l'état de mal hystérique ; on peut donc admettre avec Briquet et Charcot que l'hystéro-épilepsie à crises mixtes rentre dans l'histoire de l'hystérie, dont elle constitue seulement une variété.

La chorée s'observe souvent chez les hystériques avec les caractères que nous lui connaissons déjà ; ou bien les mouvements choréiformes ont un caractère rythmique : les malades exécutent sans cesse des mouvements coordonnés, comme dans l'action de danser (chorée saltatoire), de marteler (chorée malléatoire), ou de nager, etc...

La *catapsie*, l'*extase*, le *somnambulisme*, la *léthargie*, succèdent quelquefois aux crises hystériques. La catalepsie est caractérisée par un état de raideur et de contracture des muscles ; la malade frappée de catalepsie reste dans la position qu'elle occupait ; si elle était debout, les bras en l'air, elle conserve cette position tout le temps que dure l'attaque de catalepsie ; lorsqu'on essaye de modifier la position des membres, on y arrive sans trop de peine ; les membres conservent la position dans laquelle on les place, ils n'obéissent plus aux lois de la pesanteur, on dirait un de ces mannequins auxquels les peintres impriment les poses les plus variées ; la catalepsie s'accompagne souvent d'un état extatique avec abolition de l'intelligence et de la sensibilité. La syncope et la léthargie qui se produisent chez certaines hystériques à la suite des attaques peuvent faire croire à la mort ; le pouls et la respiration s'arrêtent ou sont insensibles ; l'état de mort apparente se prolonge parfois assez long-

temps ; dans ces cas il faut attendre les premiers signes de putréfaction pour procéder à l'inhumation.

Chez la plupart des hystériques, on peut provoquer à volonté et à l'aide de procédés très simples le sommeil (hypnotisme) ou la catalepsie. Ces symptômes de l'hystérie ont été exploités pendant longtemps et sont encore exploités tous les jours par des charlatans sous le nom de somnambulisme et de magnétisme.

Toutes les hystériques ne s'endorment pas avec la même facilité ; les meilleurs sujets au point de vue de l'étude de l'hypnotisme sont les hystériques jeunes, sensibles, sentimentales, très impressionnables.

Bourneville et Regnard ont décrit ainsi qu'il suit les procédés dont on se sert à la Salpêtrière pour produire l'hypnotisme.

On fait asseoir la malade devant soi et on la regarde dans les yeux ; l'expérimentateur doit tenir son regard fixe et cligner des yeux le moins possible. On tient les pouces de la malade uniquement pour fixer les mains et nullement pour permettre le passage d'un fluide quelconque. Après deux ou trois minutes d'immobilité, on voit les yeux de la malade rougir, s'injecter légèrement, les larmes viennent baigner les paupières et roulent sur ses joues ; il faut persister à regarder fixement ; souvent le sujet ferme de lui-même les yeux et tombe en arrière. Si cet effet ne se produit pas spontanément, on laisse aller les mains du sujet et on lui applique les pouces sur les globes oculaires en refermant les paupières supérieures. Le sommeil est alors immédiat ; la malade tombe en arrière en poussant quelques soupirs. La simple application des pouces sur les globes oculaires provoque chez quelques sujets l'hypnotisme sans fixation préalable.

Un autre procédé consiste à placer entre les yeux de la malade un corps quelconque (un crayon, un porte-plume en argent sont excellents) ; on ordonne à la malade de regarder ce corps fixement et le sommeil ne tarde pas à survenir dans les mêmes conditions que par le procédé précédent.

Lorsqu'une hystérique a été endormie plusieurs fois par un même individu, l'hypnotisme peut se produire chez elle par l'effort seul de la volonté ; la seule idée qu'elle va être endormie fait que la malade s'endort en effet presque subitement.

L'hyperesthésie musculaire est telle pendant le sommeil hypnotique, qu'il suffit d'exciter légèrement les muscles avec la main pour les voir se contracter aussitôt ; un crayon ordinaire, appliqué sur la face, par exemple, détermine la contraction des muscles sous-jacents comme ferait un courant électrique (Charcot

et P. Richer). Une excitation un peu plus forte produit facilement des contractures partielles analogues aux contractures hystériques, mais qui disparaissent dès que l'état d'hypnotisme se dissipe.

Cette hyperesthésie musculaire permet de comprendre pourquoi la catalepsie accompagne souvent l'hypnotisme.

Le moyen le plus simple de produire la catalepsie chez les hystériques consiste à faire passer le sujet directement du sommeil hypnotique dans l'état cataleptique.

Pour produire la catalepsie chez une malade hypnotisée par un des procédés décrits ci-dessus, il suffit d'entr'ouvrir les paupières ; le malade tombe immédiatement en catalepsie ; en refermant les paupières, on fait repasser la malade au sommeil hypnotique. Lorsqu'on ouvre les paupières d'un seul côté, on détermine une *hémicatalepsie*, c'est-à-dire que du côté où l'œil est resté clos, l'état particulier à l'hypnotisme persiste, et que l'état cataleptique ne se prononce que du côté correspondant à l'œil dont on a entr'ouvert les paupières. Une lumière vive, un bruit subit et inattendu peuvent donner lieu à une attaque de catalepsie.

DIAGNOSTIC. — L'hystérie peut simuler un si grand nombre de maladies qu'il faudrait un volume pour faire le diagnostic différentiel de chaque manifestation hystérique en particulier ; tout en esquissant les principaux symptômes de l'hystérie, nous avons indiqué quelques-uns des caractères qui permettent de reconnaître leur véritable nature ; nous n'y reviendrons pas, d'autant plus que le diagnostic doit se baser plus encore sur les symptômes concomitants de l'hystérie que sur l'examen de telle ou telle manifestation morbide en particulier ; une contracture, une arthralgie, une gastralgie hystériques, ne diffèrent pas notablement d'une contracture par lésion organique de la moelle, d'une arthrite rhumatismale, ou d'une gastralgie liée à une affection organique de l'estomac ; c'est dans la marche de la maladie, dans l'étude des antécédents morbides, dans la recherche des caractères concomitants de l'hystérie, qu'on trouve les principaux éléments d'un diagnostic. Ce qui importe surtout, c'est qu'en présence d'une névralgie, d'une paralysie, d'une contracture, d'une arthralgie, d'une dyspepsie, d'une gastralgie, d'une tympanite, d'une pseudo-péritonite, de quintes de toux, d'accès de suffocation, d'aphonie, de délire, etc., le médecin ne s'arrête pas immédiatement à l'idée d'une affection *locale*, et qu'après avoir reconnu quel est l'organe qui souffre, il cherche

à s'élever jusqu'à la connaissance de la *nature* du mal. Peu de maladies sont plus capables que l'hystérie de donner lieu à de graves erreurs de diagnostic et de pronostic; on a pratiqué des amputations sur des femmes atteintes d'arthralgies et dont les articulations étaient parfaitement saines; la toux hystérique a été confondue avec la phthisie pulmonaire, la gastralgie hystérique avec le cancer de l'estomac; des paralysies ou des contractures relevant de l'hystérie ont été traitées et sont encore traitées tous les jours comme des maladies organiques du système nerveux; aussi des contractures, des paralysies déclarées incurables, guérissent en quelques heures. Il faut se rappeler que l'hystérie peut s'observer chez l'homme.

Les paralysies hystériques se produisent en général d'une façon brusque et assez fréquemment à l'occasion d'un traumatisme; elles s'accompagnent ou non de contracture, et presque toujours on constate de l'anesthésie limitée aux parties paralysées ou sous forme d'hémianesthésie. La contractilité électrique persiste et l'atrophie musculaire est rare. Il n'est pas exact cependant de dire que l'atrophie musculaire ne s'observe jamais dans les paralysies hystériques; plusieurs observateurs ont cité, dans ces dernières années, des faits qui démontrent que l'absence d'atrophie n'est pas un caractère constant des paralysies hystériques.

Nous avons vu que l'hémianesthésie pouvait exister dans les lésions cérébrales à foyer, d'autre part elle peut manquer dans l'hémiplégie hystérique.

L'hémiplégie hystérique s'accompagne très rarement d'hémiplégie faciale; Brissaud et Marie ont observé, chez des hystériques atteints d'hémiplégie, une déviation très marquée de la face et de la langue, mais cette déviation était due à la contracture de certains muscles de la face ou de la langue et non à leur paralysie; la déviation de la langue était beaucoup plus prononcée qu'elle ne l'est dans l'hémiplégie faciale.

Dans l'hémiplégie hystérique, la paralysie est souvent plus marquée au membre inférieur qu'au membre supérieur, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans l'hémiplégie de cause organique.

Dans les cas douteux, on recherchera avec soin les stigmates hystériques: zones hystérogènes, sensibilité des ovaires ou des testicules à la pression, anesthésie du pharynx, etc...

Le diagnostic différentiel des attaques d'hystérie et d'épilepsie sera fait dans le chapitre suivant, lorsque nous aurons appris à connaître l'épilepsie.

PRONOSTIC. — Il est rare que l'hystérie entraîne la mort; il n'en est pas moins vrai que son pronostic est très sérieux; ainsi que le dit Briquet, les hystériques sont condamnées à une vie de souffrances et de malaises; quelques-unes passent au lit une ou plusieurs années de leur existence. La durée de la maladie est très incertaine, les rechutes sont fréquentes; en général, l'hystérie s'use avec l'âge (Briquet) et, à partir de vingt-cinq à trente ans, ses manifestations diminuent d'intensité; mais la maladie devient parfois incurable; les attaques d'hystérie ou d'hystéro-épilepsie se répètent à de courts intervalles; il existe des paralysies, des contractures, les troubles de l'intelligence s'accroissent de plus en plus.

Le pronostic des accidents hystériques est très difficile à formuler; une contracture existe depuis quinze jours, combien de temps durera-t-elle encore? il est impossible de le dire. Cette contracture peut en effet se dissiper en quelques heures ou durer toute la vie. Lorsque les contractures persistent depuis plusieurs années, il faut craindre une sclérose latérale consécutive (Charcot) et, par suite, le pronostic est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne. Lorsque la guérison se produit, c'est presque toujours d'une façon brusque, à la suite d'une émotion. Les paralysies hystériques peuvent aussi se dissiper brusquement: une malade paraplégique se met à marcher tout à coup, une autre atteinte d'aphonie recouvre subitement l'usage de la parole, etc....

Les troubles de la digestion, la gastralgie, l'anorexie, les vomissements, jettent l'organisme dans un état d'épuisement qui favorise l'écllosion de la tuberculose.

L'hystérie est une cause très fréquente de stérilité (Bernutz); les hystériques font, dit Briquet, presque autant de fausses couches que d'accouchements à terme.

Il ne faut pas oublier dans le pronostic de l'hystérie les souffrances imposées aux personnes qui entourent les malades; peut-on, dit J. Frank, imaginer quelqu'un de plus malheureux que le mari d'une hystérique?

TRAITEMENT. — Les principales indications sont les suivantes: 1° rechercher les causes qui ont produit l'hystérie et s'efforcer de les faire disparaître; 2° modifier l'état général; 3° remplir les indications symptomatiques.

Pour les anciens auteurs, qui considéraient l'hystérie comme une fureur utérine, l'indication causale était facile à remplir: il fallait marier l'hystérique, en ayant soin seulement de choisir

un mari *vigoureux*; Briquet a fait justice de cette grossière doctrine, il a montré que le mariage pouvait aggraver l'hystérie ou même la faire naître; si une jeune fille, hystérique à un faible degré, se marie dans de bonnes conditions, si elle est heureuse dans son ménage, l'hystérie peut sans doute disparaître; mais, si le mariage est mal assorti, si les ennuis, la misère, les privations, en sont la conséquence, l'hystérie s'aggrave infailliblement.

Les conditions de milieu exercent la plus grande influence sur la marche de la maladie; telle jeune fille qui, grondée sans cesse et maltraitée dans sa famille, présente de fréquentes attaques, guérira après avoir été envoyée en pension; les voyages, les distractions, font souvent disparaître les accidents hystériques, au moins d'une façon temporaire.

Si les hystériques sont anémiques, il faut prescrire le fer et le quinquina.

Tous les antispasmodiques ont été employés contre l'hystérie, l'asa fetida, la valériane, le castoreum, jouissent encore d'une grande réputation; ces médicaments peuvent certainement rendre des services, mais d'une façon temporaire, dans le traitement de certains accidents hystériques, et non dans le traitement de l'hystérie elle-même. Le bromure de potassium, administré même à très haute dose, ne donne aucun résultat favorable dans l'hystérie (Charcot).

L'éther et le nitrite d'amyle, sous forme d'inhalations, provoquent souvent chez les hystériques des crises convulsives, à la suite desquelles certaines manifestations morbides, telles que paralysies ou contractures, peuvent disparaître; il est du reste très difficile de prévoir les résultats de cette médication perturbatrice.

De toutes les indications symptomatiques, la plus importante est sans contredit de calmer la douleur qui se présente sous tant de formes chez les hystériques; l'opium et ses alcaloïdes, la belladone, l'hydrate de chloral, rendent à ce point de vue de grands services. Certaines hystériques ont une grande tolérance pour les opiacés (Briquet, Bernutz); l'opium sera employé en potions, sous forme de lavements, ou bien on pratiquera des injections hypodermiques au niveau des points les plus douloureux.

Contre les paralysies hystériques, on fera usage de l'électricité; l'électrisation localisée avec le courant interrompu donne, d'après Duchenne (de Boulogne), de meilleurs résultats que le courant continu.

L'électricité statique donne de très bons résultats dans le traitement des paralysies et des anesthésies hystériques. Les malades sont placés sur un tabouret isolant; bain électro-statique (Charcot).

Pendant les attaques hystériques il faut avoir soin de maintenir les malades de façon qu'elles ne se fassent pas de mal; on enlèvera ou on desserrera les vêtements qui pourraient gêner la respiration. La compression des ovaires donne de bons résultats; elle permet de maîtriser les attaques trop longues ou trop violentes; elle fait même disparaître parfois certains symptômes, tels que contractures récentes (Bourneville) ou paralysies. Liouville et Debove ont réussi, dans un cas, à guérir une aphonie hystérique par la compression des ovaires.

La métallothérapie permet d'apprécier la réalité de la guérison; si chez une hystérique qui présentait, par exemple, une hémianesthésie gauche, et qui était sensible à l'or, l'application de pièces d'or sur le côté gauche du corps fait réparaître l'hémianesthésie, on peut en conclure que la malade est encore en puissance d'hystérie, et par suite il y a lieu de continuer le traitement (Charcot). Les aimants fournissent des résultats identiques à ceux de la métallothérapie; ils sont d'un emploi très utile dans le traitement de l'hémianesthésie hystérique.

SYDENHAM. In Encyclop. des sc. méd., trad. de Jault, Paris, 1835, p. 133. — LOUYER-VILLERMAY. 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. — MÉNET (E.). Études sur les paralysies hystériques, th., Paris, 1852. — LASÈGUE. De la toux hystérique (Soc. méd. des hôp., 1855). — NÉGRIN. Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystér. de la femme, 1858. — BRIQUET. Traité clinique de l'hystérie, Paris, 1859. — AXENFELD. Des névroses, Paris, 1863, 2^e édit., 1882. — CHAIROU. Étude clinique sur l'hystérie, Paris, 1870. — BREUILLARD. De l'hystérie chez l'homme, th., Paris, 1870. — HÉLOT. De l'hémiplegie hystérique, th., Paris, 1870. — BOURNEVILLE et VOULET. De la contracture hystérique permanente, Paris, 1872. — BOURNEVILLE. Rech. clin. et thérap. sur l'épilepsie et l'hystérie. — VOULET. De la contracture hystér., th., Paris, 1872. — BOUCHARD. Leçons sur les vomissements incoercibles hystér. (Mouv. médical, 1873). — CHARCOT. Leçons sur les malad. du système nerveux, 1873. — SECOUET. Vomissements urémiques chez les hystér., th., Paris, 1873. — BENJOLIN. Consid. sur la rachialgie hystér., th., Paris, 1873. — CORONEL. De l'hémiplegie hystér., th., Paris, 1873. — BINET DE JASSENEIX. Même sujet, th., Paris, 1873. — G. BERNUTZ. Art. *Hystérie*, in Dict. de méd. et de chir. pratiques. — LAFON. De la toux hystérique, th., Paris, 1874. — DUPONCHEL. De la folie hystér., th., Paris, 1874. — FERRAN (L.). Du vomissement de sang dans l'hystérie, th., Paris, 1874. — BACH. De la coxalgie hystér., th., Paris, 1874. — DESBROSSE. De l'hémiplegie hystér., th., Paris, 1876. — HAMMOND. Des contractures hystér. (Philadelph. med. Times, 1876). — O. LALLENANT. Observ. d'hystérie chez l'homme, th., Paris, 1877. — MARI-COURT. Même sujet, th., Paris, 1877. — Rech. sur la métallothérapie (Soc. de biol., 1877). — LANDOLT et P. OULMONT. Du retour de

la sensibilité sous l'infl. des applications métalliques dans l'hémianesthésie (Progrès méd., 1877, p. 381). — BOURNEVILLE. Influence de la compression ovarienne sur la contracture hystér. (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 hystér. (Progrès médical, 1878, p. 37). — BARON. Étude clinique sur les troubles de la vue chez les hystériques, th., Paris, 1878. — CHARCOT. Catalepsie et somnambulisme hystér. provoqués. Leçons cliniques de la Salpêtrière (Progrès médical, 1878-1879). — RICHER. De l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, th., Paris, 1879. — GUIRAUD. Essai sur l'hystérie précoce se développant chez les jeunes filles avant la puberté, th., Paris, 1880. — JANNEY. De l'hystérie chez l'homme, th., Paris, 1880. — MORA. Des hémorragies dans l'hystérie, th., Paris, 1880. — BRISSAUD et Ch. RICHER. Faits pour servir à l'histoire des contractures (Progrès méd., 1880). — BRODIE. Leçons sur les affections nerveuses locales, traduction in Progrès médical, 1880. — GOUGUENHEIM. Du spasme laryngé d'origine hystér. (Association pour l'avancement des sciences, Reims, 1880). — P. RICHER. Des zones hystérogènes (Progrès méd., 1880). — CHARCOT et P. RICHER. Contrib. à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques (Progrès médical, 1881). — BOURNEVILLE et REGNARD. Procédés employés pour déterminer les phénomènes d'hypnotisme (Progrès médical, 1881). — H. HUGHARD. Troubles vaso-moteurs et sécrétoires de l'hystérie (Gaz. heb., 1882). — LEGRAND DU SAULLE. Les hystériques, état physique et état mental, Paris, 1883. — TROUSSEAU. Clinique, 7^e édit., 1885, t. II. — TROISIER, JOFFROY, CHAUFFARD. Des paralysies hystériques (Soc. méd. des hôp., 1885-1886). — GRASSET. Traité des maladies du syst. nerveux. Montpellier. — BRISSAUD et MARIE. De la déviation faciale dans l'hémiplegie hystérique (Progrès méd., 1887, p. 84). — ACHARD. De l'apoplexie hystérique (Arch. de médecine, 1887). — MECHIN. Contrib. à l'étude clinique des monopégies brachiales hystériques, th., Paris, 1887. — CULLERRE. Hypnotisme; exposé des phénomènes observés pendant le sommeil nerveux provoqué au point de vue clinique, etc., Paris, 1887. — LIGHTWITZ. Les anesthésies hystériques des muqueuses et des organes des sens. Recherches cliniques, th. de Bordeaux, 1887.

ÉPILEPSIE

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 hémipégique, qui est produite presque toujours par des lésions des circonvolutions motrices, des convulsions épileptiformes géné-

ralisées, 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-Séquard, 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 glycosurie provoquée par la piqûre du bulbe. Certains faits observés chez l'homme peuvent cependant être rapprochés de ceux qui ont été découverts par Brown-Séquard; 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 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 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 complet 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 docteur Aug. Voisin a appelé l'attention sur les caractères sphymographiques 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 dirotisme. Le pouls conserve souvent ce caractère uné 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-Séquard, *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, il 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 hémiplegique 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 tempé-

rature 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'hémorragie 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'éternuement; les piqûres, les brûlures, donnent lieu à des mouvements réflexes; quelques simulateurs ont cependant assez d'empire sur eux-mêmes pour ne pas réagir contre ces excitations, surtout lors-

qu'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 et au cou de petites ecchymoses ressemblant à des piqûres de puces et produites par de légères extravasations sanguines; ces hémorragies 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 l'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'urine, 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.