

un médecin, un juge éclairé, si vous avez su prévoir toute la gravité d'un état qui se cachera longtemps peut-être encore, sous de trompeuses apparences.

DE L'ÉPILEPSIE PAR MALFORMATION DU CRANE.

I

On confond sous le nom d'épilepsie deux ordres de manifestations morbides. D'une part, les crises convulsives avec perte complète de conscience pendant l'accès, et, par suite, impossibilité de se souvenir non-seulement des symptômes, mais de l'existence même de l'attaque ; d'autre part, la maladie épileptique caractérisée par des crises comitiales revenant à intervalles plus ou moins inégaux, est soumise à une évolution qui lui est propre.

Entre les deux, la différence est la même que celle qui sépare l'*insultus hystericus* de l'hystérie proprement dite ; la douleur articulaire de la diathèse rhumatismale, l'accident de la maladie.

Personne n'ignore que, dans le cours d'un grand nombre d'affections cérébrales, il se produit, concurremment avec les symptômes les plus divers, des accès épileptiques auxquels conviendrait peut-être mieux le nom d'accès épileptiformes. La lésion fondamentale guérissant, les crises disparaissent pour ne plus revenir ; elles sont variables d'intensité, variables de durée et s'accompagnent de phénomènes accessoires empruntés à la maladie causale.

Il importe, au point de vue clinique, de séparer absolument ces attaques mixtes des crises vraies. Le diagnostic présente

et encore les récidives représentent-elles plutôt l'exception que la loi. Tout malade qui, à la suite d'une attaque provoquée par la boisson, est supposé avoir continué l'épilepsie, était épileptique au préalable, seulement l'enquête a été ou insuffisante ou mal conduite.

Je n'invoque ni ne récuse les résultats des recherches expérimentales entreprises sur les animaux, et veux m'en tenir à l'observation humaine. En analysant les faits constatés par des observateurs éminents, on trouverait plutôt la confirmation que la contradiction de ce qui vient d'être énoncé.

Si on cherche à établir un parallèle entre l'épilepsie alcoolique et l'épilepsie vraie, on constate d'abord qu'il existe seulement des attaques dues à l'ingestion toxique de l'alcool et pas d'épilepsie continue ; que les accès se présentent sous des formes variées et bâtarde ; qu'ils sont aussi inégaux dans leur durée que dans leur intensité ; que les symptômes même les plus accentués ne répondent pas à la rigoureuse correction du type. Or, ce qui est vrai de l'intoxication alcoolique l'est de tous les autres empoisonnements épileptogènes.

Mon opinion est qu'on doit, en réunissant dans un cadre à part les pseudo-épilepsies toxiques, leur ménager une étude spéciale, mais qu'on ne saurait, sans une regrettable confusion, les assimiler à l'épilepsie classique, soit au point de vue des symptômes essentiels, soit à celui des lésions.

A côté ou plutôt fort au-dessus des épilepsies toxiques, figurent celles qui doivent leur origine à des tumeurs intra-crâniennes, qu'elles soient ou non de nature syphilitique. Les syphiliographes contemporains ont consacré de savantes études à l'épilepsie syphilitique, et je n'ai pas à rappeler les travaux intéressants dont cette forme d'affection nerveuse a fourni la matière.

Il est hors de doute que des crises comitiales peuvent survenir intercurrentement, dans le décours des encéphalites syphilitiques ; il n'est pas moins certain que les accès convulsifs représentent un des éléments essentiels du diagnostic des tumeurs cérébrales. Qu'on consulte les traités classiques, qu'on se réfère

aux monographies, l'affirmation des observateurs est unanime.

Si on porte plus avant l'examen, et qu'au lieu de se contenter de la dénomination on analyse les symptômes, on voit qu'il s'agit de crises épileptiformes analogues à celles que provoquent les intoxications flottantes, à manifestations indécises, trop réduites ou trop énormes. L'accès n'est qu'une sorte d'aventure et le jugement médical porte sur des phénomènes qui remplissent le vide des attaques : céphalée, céphalalgie, paralysies partielles, spasmes intermittents, insomnie, etc. Il ne s'agit pas d'épileptiques, mais de malades sujets à d'autres troubles encéphaliques subissant des crises incidentes ; pas plus que pour l'alcoolisme, l'accès comitial ne résume et ne compose la maladie. Le jour où les crises ont disparu, le sujet n'en reste pas moins à l'état pathologique s'il garde tout ou partie des accidents étrangers à l'épilepsie.

Or, c'est là, pour moi comme pour tous ceux qui ont frayé avec l'épilepsie, la caractéristique solennelle. Du moment où le médecin, au lieu de dire : cet homme est épileptique, s'est borné à reconnaître qu'il était atteint d'attaques épileptiques, fussent ces accès aussi corrects qu'on voudra, il n'a pas émis d'opinion formelle. Plus encore, il a témoigné que le doute existait dans son esprit. Si nous n'étions pas en mesure de porter un diagnostic plus précis, on se consolait, comme pour tant d'autres maladies, de l'insuffisance du savoir, mais la condition est tout autre. Notre premier critérium est le suivant : nul ne doit être déclaré épileptique vrai, si la crise comitiale se tient au second plan et s'il existe des troubles cérébraux avérés qui ne relèvent pas d'elle.

Tel est le cas des tumeurs intra-crâniennes et en particulier des compressions syphilitiques du cerveau. Je ne me dissimule aucune des difficultés pratiques du problème. J'ai, comme tous ceux qui se sont occupés des affections cérébrales, enregistré trop de faits douteux pour ne pas être indulgent aux indécisions, mais il s'agit ici d'une question de principes.

Des accès épileptiques francs, dégagés des accessoires, exempts

de complications durables, se produisent à la suite de traumatisme du crâne avec enfoncement des os, esquilles saillantes, dépressions des tables osseuses plus ou moins circonscrites, etc. Il faut bien peu de saillie osseuse pour motiver les accès comitiaux. Je renvoie sur ce point de doctrine aux récits des chirurgiens, en demandant seulement à exposer les aspects médicaux de l'attaque.

Un ouvrier est frappé par un éclat de pierre ou de bois projeté de loin qui lui brise un des deux pariétaux : il tombe sans connaissance. Un coma entremêlé de convulsions se prolonge plus ou moins longtemps avec des phases et des phénomènes divers, puis tout guérit : intelligence, sensibilité, mouvement ; deux mois plus tard, une attaque d'épilepsie, la première, renverse le malade ; elle est sans avertissements, sans excuses pour ainsi dire, et caractéristique. Les crises se répètent à intervalles variables, souvent séparées par des mois, toujours identiques à elles-mêmes, parfois suivies de sopor comateux, parfois accompagnées d'un vague délire. Le malade est, du fait de sa blessure, devenu épileptique et pendant le reste de sa vie, si l'art n'intervient pas, si la lésion locale ne se fait pas spontanément (chance rare), il reste condamné à cette implacable maladie.

Que le traumatisme résulte d'une chute, d'une contusion, d'un choc, il peut entraîner les mêmes conséquences dès qu'il détermine les mêmes altérations. L'épilepsie en se prolongeant ne change pas de caractère, mais peut se compliquer de troubles consécutifs.

Ces blessés répondent au type et sont conformes à l'étalon. Les attaques ne sont pas un accessoire puisqu'en dehors d'elles on ne découvre pas une tare morbide au moins pendant un espace de temps indéfini.

Je n'insiste pas sur ces épilepsies acquises, survenues par une cause évidente, bien qu'il me paraisse important de noter le rôle que joue la compression d'un os accidentellement déplacé. Je passe également sous silence les épilepsies tardives se déclarant à un âge relativement avancé, et dont la pathogénie nous

échappe parce que la lésion cérébrale à laquelle elles se rattachent est douteuse ou méconnue.

II

Il existe une classe d'épileptiques corrects, la plus compréhensive de toutes, celle qui peuple nos trop rares asiles, celle qui jette le désespoir dans les familles et qui n'admet pas même les consolantes prévisions du médecin : c'est à celle-là que je veux m'attacher exclusivement.

Maladie de développement, elle n'éclate qu'à un âge défini, ni au-dessus, ni au-dessous. Passé 20 ans on peut affirmer qu'elle est non pas invraisemblable, mais impossible. Plus redoutable que les autres maladies liées à l'évolution, elle ne se modifie ni par le progrès de la vie ni par les transformations du tempérament, à la façon de la scrofule ou de la chlorose.

Par sa marche, par ses caractères positifs tels que les ont établis des siècles d'expérience, elle étonne ; on pourrait dire qu'elle se compose d'une série de dérogations aux lois pathologiques.

Tout d'abord, à l'inverse des autres affections quelles qu'elles soient, elle fait explosion sous une forme et avec une violence d'*insultus* dont elle ne se départira jamais. La première attaque est l'égale de celles qui la suivent, aussi intense, aussi achevée. Les accès peuvent s'éloigner ou se rapprocher, nous les comptons, nous ne les pesons pas. Dans certaines familles d'épileptiques, on tient registre des attaques et on les inscrit à leurs dates. Il n'est pas un de nous qui n'ait ou qui n'ait eu à sa disposition de ces registres embrassant de longues périodes de mois et d'années. Nous nous réjouissons de voir s'allonger les répits, nous tenons compte de la périodicité des heures, moins parce qu'elle engage l'avenir que parce que les crises nocturnes sont moins pénibles aux malades. Quel médecin a jamais songé à mesurer l'intensité des attaques, tant nous sommes convaincus d'avance de leur monotone fatalité ?

L'épilepsie, dans son uniformité symptomatique, n'est même pas progressive par le rapprochement des attaques. Tantôt subintrantes, constituant ce que par une expression réussie on appelle l'état de mal, tantôt distancées par d'énormes intervalles, elles n'obéissent à aucune règle et se soustraient à la prévision. Personne n'est autorisé à admettre que plus on a vieilli dans l'épilepsie, plus on est sujet à des crises fréquentes ; encore moins oserait-on accorder que les attaques acquièrent graduellement une violence croissante.

Les aggravations justement redoutées n'empruntent rien à l'attaque proprement dite qui ne dévie pas, et relèvent toutes de complications cérébrales. A force de subir des commotions encéphaliques, le malade peut tomber dans un état de maladie secondaire dont on retrouverait l'analogie à la suite de beaucoup d'autres *ictus* cérébraux ; c'est le délire qui succède à la convulsion, c'est l'imbécillité ou l'idiotie acquise, c'est la folie continue, c'est la stupeur ou l'agitation plus ou moins durable. Quand ces altérations du second ordre se sont constituées, elles n'influent ni sur la marche, ni sur le mode des attaques. Ces faits sont d'une authenticité si bien acquise qu'elle est devenue banale.

La première attaque est pareillement aussi soudaine que celles qui lui succèdent. Elle éclate au milieu de la santé la plus florissante, sans prodromes, sans avertissements à l'usage des plus habiles. On aime à l'attribuer à une cause occasionnelle dans l'espérance que, la cause disparaissant, le mal cédera avec elle. L'illusion est de courte durée même pour la famille. Si exquise que soit la recherche, rien ne fournit un indice. L'histoire des *aura* préparatoires est pleine d'exagérations, et encore ne comprend-elle guère que les cas mixtes. L'hystéro-épilepsie, les épilepsies accidentelles peuvent se préparer de longue main : la malade arrive par exception à les prévoir assez longtemps d'avance pour se garantir de la chute, mais ces *casus rariores* répondent aux accès épileptiformes.

Chez quelques épileptiques à attaques exclusivement mati-

nales, le sommeil semble être un antécédent nécessaire. Là même, ni la profondeur, ni la légèreté du sommeil, ni sa durée, ni les fatigues de la veille, ni les troubles digestifs qui jouent un si grand rôle dans les perversions du sommeil, ni les rêves ni les cauchemars n'interviennent. Le malade qui, pendant 40 ans, n'a éprouvé de crise que de 4 à 6 heures du matin, est frappé en plein jour, et cet écart ne surprend pas le médecin qui s'y attendait sans avoir eu le droit de le prévoir.

L'attaque initiale n'est ni plus longue ni plus courte que les autres. L'élément de la durée constitue pour tous les observateurs une des données les plus décisives, celle qui éclaire le mieux les diagnostics différentiels ; toute crise qui se prolonge au delà du terme pour ainsi dire réglementaire éveille le doute ; ou elle se compose d'une succession d'attaques, brèves et répétées, ou elle n'appartient pas au type classique. La première question qui s'impose dans l'examen d'un sujet réputé épileptique est la suivante : combien de temps dure l'accès, de son début instantané à la période soporeuse ; s'il est acquis que chaque crise a duré pendant des minutes, le médecin réserve son jugement. L'attaque éclamptique ou épileptiforme subit au contraire de telles variations de durée qu'elles échappent à toute prévision.

La succession des symptômes dont se compose l'accès épileptique à toute époque de la maladie n'est pas moins constante. Chaque stade peut s'accuser avec une intensité variable, mais les phénomènes essentiels ne font jamais défaut. Si la stase sanguine qui provoque la lividité de la face est moins marquée, si la convulsion tonique prédomine sur les secousses cloniques, si la vessie ou le rectum participe davantage aux spasmes, si la langue se rétracte dans la bouche ou qu'elle soit mordue entre les dents, si la salive est abondante ou perle seulement au bord des lèvres, la chose n'a pas d'importance. Elle en aurait une énorme dans le cas où, par le progrès du mal, l'accès croîtrait en violence, et les observateurs sans nombre qui ont envisagé l'épilepsie sous tous ses aspects n'auraient pas manqué

souvent de sérieuses difficultés; mais là comme dans toute diagnose, on arrive au plus près de la certitude en se référant au type ou à ce qu'il conviendrait mieux encore d'appeler l'*étalon*.

Si on veut prendre pour exemple l'espèce confuse désignée sous le nom d'hystéro-épilepsie, la règle logique est de viser l'épilepsie franche et de rechercher jusqu'à quel point les cas indécis s'en rapprochent ou s'en écartent. S'ils sont absolument conformes au type, la malade est épileptique; elle le paraîtra d'autant moins qu'il se rencontrera plus d'exceptions.

Je crois devoir laisser de côté ces formes imparfaites que je me contente de mentionner et qui sont trop complexes pour qu'il y ait profit à les envisager superficiellement.

Diverses intoxications à localisations cérébro-spinales donnent lieu à des attaques plus épileptiformes qu'épileptiques. Sans les passer en revue, une d'entre elles mérite d'être notée: je veux parler de l'empoisonnement alcoolique. Il est constant qu'il survient chez quelques alcooliques moins nombreux d'ailleurs qu'on incline à l'admettre, des accès d'aspect épileptique. C'est un incident relativement peu commun, si rare même que, malgré une très longue expérience, je n'en ai personnellement observé qu'une dizaine de cas.

Or, voici comment les choses se passent. Le malade, sous l'influence ou non d'un alcoolisme chronique, se livre à une débauche de boissons qui excède ses habitudes. Au lieu de boire méthodiquement, régulièrement, à heure et à doses fixes, conformément aux mœurs pathologiques des alcoolisants, il a succombé à un entraînement de hasard et substitué l'empoisonnement aigu à l'intoxication lente. L'état où il se trouve après cet excès est un mélange d'ivresse et d'alcoolisme. L'excitation générale est extrême, elle s'accuse par des symptômes physiques plus encore que par l'état mental; l'agitation psychique peut exister en dedans et se dissimuler au dehors sous l'apparence d'une sorte d'étonnement inquiet qui en impose aux médecins peu expérimentés. En revanche, le pouls est fréquent, bondis-

sant, la peau chaude, la sueur profuse et incessante, l'œil injecté, la langue sèche. La vue est incertaine ou troublée sans hallucinations distinctes, incompatibles avec l'obtusion sensorielle et le vague des perceptions cérébrales, l'ouïe est sans acuité, le goût indifférent à ce point que la soif se satisfait avec n'importe quel breuvage. Ce tableau n'est que celui de l'accès alcoolique suraigu. A un moment, éclate la crise épileptique soudaine, terrible, on pourrait dire excessive. Elle s'accuse par des rigidités tétaniques, par des convulsions cloniques énormes, par une strangulation qui ne provoque pas la cyanose, mais une congestion pourprée de la face, bouffie, ardente, couverte de sueur, avec les paupières gonflées, les lèvres saillantes, la langue rutilante, faisant issue entre les arcades dentaires. C'est certainement un des spectacles les plus terrifiants que puisse créer la maladie, mais ce n'est pas là l'image froide de l'épilepsie vraie.

Après quoi le malade meurt et sa mort est un témoignage que l'accès touche de plus près à l'éclampsie qu'à l'épilepsie.

Ajoutez que les attaques comportent des variantes indéfinies, depuis le simple trismus, l'œsophagisme au moment de la déglutition des liquides, le tremblement convulsif d'un des membres, la rétraction si fréquente et parfois extrême du pénis, la raideur du tronc, etc., jusqu'au mode *maximum* que je viens de rappeler.

Les demi-crisés auxquelles on refusera avec raison l'épithète d'épileptiques surviennent fréquemment: on pourrait dire que l'alcoolisme suraigu n'en est presque jamais exempt. Elles ont une grande importance nosologique parce qu'elles permettent d'établir une échelle graduée entre le tremblement obligé de toute intoxication par l'alcool et la convulsion portée à ses dernières limites.

Lorsqu'un malade a traversé, dans les conditions expresses que j'indique, une attaque épileptiforme d'intensité moyenne et compatible avec la préservation de la vie, il ne reste pas épileptique. S'il le redevient, c'est qu'il s'expose à une rechute aiguë;