

de le signaler. A ce point de vue comme à tous les autres, je mets le praticien le plus compétent au défi de soupçonner, lorsqu'il est témoin d'une attaque, s'il assiste à la première ou à la centième.

La constitution du malade, son état diathésique, qu'il soit anémique, scrofuleux ou sous l'influence de tout autre tempérament, est si dépourvu de signification qu'il serait oiseux d'en parler, le sexe même ne compte pas.

L'épilepsie dont je parle est implacable : elle ne guérit jamais. La thérapeutique contemporaine a réussi, et c'est une de ses conquêtes, à retarder ou à suspendre les attaques, sans aller au delà.

Les praticiens exercés sont tellement convaincus de l'individualité de l'épilepsie vraie, qu'ils se réfugient dans l'empirisme et ne font pas d'emprunt aux médications banales. Les médicaments se sont succédé sans que l'insuccès éteignît le zèle, mais les seuls commençants ont songé à utiliser les ressources habituelles des formulaires : ni l'hydrothérapie, ni les toniques ou les antiphlogistiques, ni les dérivatifs de tout ordre, ni les moyens hygiéniques les plus autorisés ne servent même à modérer la maladie ; on ne serait pas excessif en ajoutant qu'ils ont peu de prise sur le malade.

L'épileptique se trouve à ce point de vue dans les conditions du syphilitique indifférent à toute médication qui ne va pas droit à son mal. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit de crises épileptiques adventices qui se subordonnent aux médicaments locaux ou généraux propres à atténuer l'affection dont elles ne sont qu'un des symptômes.

Comment espérer d'ailleurs qu'un modificateur transitoire de l'économie produira des effets utiles lorsqu'on voit que la puberté elle-même passe inaperçue !

L'épilepsie maladie d'évolution n'est pas héréditaire. Cette proposition semble avoir soulevé quelque surprise et j'ai peine à le comprendre tant elle a peu de nouveauté. Je n'ai pas à défendre un fait, mais peut-être convient-il de le commenter.

La formule de l'hérédité épileptique, si elle existait, serait celle de toute généalogie : *Epilepticus autem genuit Epilepticum*. Or, les statistiques (et combien elles sont nombreuses !) ont suffisamment prouvé que cet engendrement direct est l'exception. L'épilepsie se transmet si rarement que jamais un dicton populaire n'aurait osé dire : à père épileptique, fils épileptique ; à plus forte raison un aphorisme médical. Sous ce rapport l'épilepsie se rapproche, et on ne saurait y voir une simple coïncidence, de la surdi-mutité par vice de conformation.

Est-ce à conclure que l'épilepsie, affection autochthone, se produit par une génération spontanée et n'emprunte rien aux ascendants. Bien s'en faut. Elle est au contraire une des maladies sur la genèse desquelles la santé des parents a le plus d'influence, mais par voie détournée comme pour la surdi-mutité.

Qu'on fasse enquête sur les familles dont les épileptiques vrais sont issus, on trouve un nombre limité de cas collatéraux. Les ascendants, quand ils ont présenté des troubles maladifs, étaient atteints des affections les plus diverses du système nerveux, de la bizarrerie à l'aliénation confirmée ; ils avaient contracté des mariages consanguins ; ils s'étaient livrés à des débauches de tout genre ; ils appartenaient à une race, pour mieux dire à une *tribu* de dégénérés, ou ils avaient eux-mêmes inauguré la déchéance : alcooliques, vicieux, vagabonds, déclassés de n'importe quelle classe de la société.

Les ascendants irresponsables comptent dans leur progéniture des idiots, des infirmes et des difformes, enfants mal venus sans qu'on trouve la raison de cette imperfection génitale.

Dans certains cas enfin, on ne peut invoquer que l'hypothèse parfois plausible d'un accouchement laborieux, d'une grossesse entravée par des accidents ou d'une altération fœtale.

Il m'est arrivé souvent, comme à tous les médecins, d'être consulté sur la possibilité de marier un épileptique. La réponse était facile en présence de l'incurabilité et en regard des événements si menaçants de l'avenir. On accordait le péril et on s'y résignait. Mais les enfants ? Quel sort leur présageait cette union

librement consentie et dont il répugnait de leur infliger les conséquences? J'avais épuisé honnêtement les arguments contraires; je me reconnaissais à peine le droit d'opposer comme un souverain empêchement la probabilité de l'hérédité épileptique. Dans ces graves circonstances, il déplaît d'agir seul. Mes confrères consultés, hommes de mûre expérience, n'ont pas eu d'autre avis: avec moi ils admettaient les dangers que peut entraîner pour la descendance toute grave affection du système nerveux. De même que l'homme cérébral donne naissance à l'occasion à un fils épileptique, de même le père ou la mère épileptique peut engendrer, suivant le hasard des transformations héréditaires, un enfant irréprochable, idiot, infirme ou aliéné prédestiné.

Il faudrait défigurer le sens des mots pour appeler ces modes de transmission ou plutôt d'influence: hérédité épileptique.

Pourquoi l'épilepsie type échappe-t-elle aux lois fondamentales de la pathologie? Pourquoi n'a-t-elle ni évolution ni involution? Pourquoi demeure-t-elle invariable dans sa manifestation essentielle: l'attaque? Pourquoi les aggravations, les complications, les aventures ne changent-elles rien au fond? Pourquoi la mort n'est-elle pas sa conséquence obligée?

C'est que la grande épilepsie n'est pas une maladie, mais une infirmité; autant elle s'écarte des règles qui commandent aux malades, autant elle obéit à celles qui s'imposent aux infirmes: l'immobilité invariable, l'incurabilité, le fait d'être un centre fixe autour duquel gravitent des accidents multiples et secondaires. Dès qu'on l'envisage sous cet aspect, ce qui était complexe devient simple, ce qui était obscur s'éclaircit.

Infirmité, elle s'acquiert par les deux seuls procédés possibles: ou par un traumatisme à lésions immuables ou par une déformation spontanée. J'ai passé outre au premier ordre de faits pour ne m'arrêter qu'au second.

L'épilepsie non traumatique ne survient pas à tout âge; son apparition n'a lieu, comme je l'ai dit, que de 10 à 18 ans en moyenne. L'enfant réputé épileptique de naissance rentre dans

une autre catégorie sur laquelle j'aurais à revenir. L'adulte devenu comitial plus tardivement n'appartient même pas à l'espèce.

De 10 à 18 ans il s'accomplit une évolution dans l'assiette du crâne. Les sutures si multiples de la base se consolident en masse ou par portions. C'est au moment où ce travail s'achève, date variable dans la limite de plusieurs années, que la conformation crânienne devient fixe; c'est à la même période de la vie que l'épilepsie apparaît.

Les conformations vicieuses des pariétaux, de l'occipital, de la voûte profitent des compensations bien connues qui en annulent en tout ou en partie les effets fâcheux. Il n'en est pas ainsi pour les os qui se rattachent à la fois à la base et à la face, groupés autour des segments antérieurs du trou occipital, solidaires les uns des autres et subissant le contre-coup, même à distance, de leurs variations de formes.

La consolidation s'effectue en vertu d'une loi physiologique sans trouble aucun de la santé qui puisse fournir un avertissement. Correcte, elle assure la symétrie de l'appareil osseux qui concourt à la formation de la base du crâne; incorrecte, elle s'accuse par une asymétrie. C'est un fait depuis longtemps mieux qu'entrevu, constaté par des observateurs compétents, que la déformation du trou occipital joue un rôle dans la genèse de l'épilepsie. Son rôle eût été tout autre si, au lieu de confondre dans une commune description les épilepsies de divers ordres, on avait pris compte des seules épilepsies dues à une erreur de conformation.

Les zoologistes ont, à juste titre, posé une loi qui trouve son étroite application à la médecine, c'est qu'aucun des caractères qui servent à la classification ne doit être latent et révélé seulement par les autopsies. Si les déformations basiques du crâne ne se découvrent que *post mortem*, elles cessent d'avoir une valeur pratique.

Il n'en est pas ainsi, et les asymétries de la face auxquelles correspondent celles de la base crânienne sont pendant la vie

d'une facile constatation. Le tout est de les chercher et d'acquiescer par l'expérience la technique de ce mode d'investigation.

L'asymétrie épileptogène s'accuse par une saillie plus ou moins notable d'une des moitiés du frontal; j'ai cru pendant longtemps que le côté droit était le seul atteint, et je persiste à croire qu'il est de beaucoup le plus fréquemment affecté. Cette saillie globuleuse occupe la région sus-orbitaire dans la plupart des cas, quelquefois elle se porte plus en arrière, au niveau de la suture avec le pariétal correspondant, dont elle compromet la symétrie. J'ai actuellement dans mon service un homme épileptique qui présente au plus haut degré cette disposition.

La saillie prédominante se constate à la fois par le toucher et par la vue : par le toucher, en appliquant simultanément les deux mains sur le front du malade et en exerçant un palper répété et attentif; par la vue, en faisant renverser la tête en arrière, de manière à ce que la partie moyenne du frontal se dessine comme ligne d'horizon.

Si la déformation se borne là, je la tiens pour douteuse. Il faut qu'elle retentisse sur le système osseux de la face et s'y accuse par des déviations certaines. On constate à l'examen, tantôt une asymétrie des orbites, tantôt celle d'un des os malaire qui fait une saillie évidente tandis que l'os parallèle subit une dépression, souvent toutes les deux. L'inspection de la voûte palatine me paraît fournir un complément d'information indispensable. L'arête qui trace la ligne médiane est plus ou moins oblique et les deux côtés de la voûte du palais n'affectent pas la même courbure.

Je crois pouvoir admettre que, dans certains cas, le plan imaginaire qui passerait par le centre des apophyses mastoïdes est également oblique, mais je n'oserais l'affirmer. La mensuration par le palper est trop délicate et nous n'avons pas de mesure plus exacte à lui substituer.

Ces asymétries presque toujours manifestes même à première vue, quelquefois exigeant une recherche méthodique, semblent répondre à deux types. Ou la face a subi un mouvement de ro-

tation en sens inverse du frontal, ou elle est entraînée dans la même direction. Dans le premier cas, à la saillie frontale droite répond une saillie malaire gauche, dans l'autre les saillies se dessinent du même côté. La première forme est la plus commune.

Il arrive que les parties molles du visage participent visiblement à la déformation des plans osseux, les muscles sont alors, comme chez les gibbeux, soumis à des tractions inégales et la face ne se contracte plus également des deux côtés; tantôt un des deux sourcils s'abaisse, tantôt les lèvres se dévient et s'entr'ouvrent obliquement, tantôt les plicatures de la peau sont plus marquées dans une des moitiés du visage. Ces déformations accessoires ont peu d'intérêt et souvent même appellent une autre interprétation.

Les médecins qui ont pénétré profondément dans l'étude des prédispositions nerveuses savent quelle importance prennent les anomalies des tissus mous de la face, lors même qu'elles ne s'expliquent pas par une conformation vicieuse des os; dues à un défaut de concordance des nerfs symétriques, elles témoignent d'un désordre qui peut préparer de plus graves lésions, mais elles n'ont que de lointains rapports avec l'épilepsie.

On comprend que je ne puis ni ne veux poursuivre dans le détail l'étude de variations, qu'il me serait impossible de décrire. La mensuration précise nous échappe faute de procédés et de moyens graphiques propres à donner un simple schème des degrés de l'asymétrie.

Ce que j'affirme, c'est que l'asymétrie fronto-faciale est la règle toutes les fois que la première attaque épileptique est venue surprendre le malade dans les limites d'âge que j'ai assignées. Mon observation ne porte pas sur quelques faits qu'il serait permis de considérer comme de hasardeuses exceptions, elle s'appuie sur des centaines, j'oserais dire sur des milliers de malades; elle a reçu le contrôle d'enquêtes sérieuses relatives à la période de la vie où l'épilepsie s'est déclarée.

Mon but en publiant ces recherches a été, à l'exclusion de

l'investigation anatomo-pathologique réservée à des médecins placés dans des conditions plus favorables que moi, d'exposer les côtés cliniques de la question. Sur ce terrain, bien peu de praticiens pourraient invoquer une expérience plus profuse.

La seule conclusion à laquelle j'entends aboutir est celle-ci : Toutes les fois qu'un médecin sera appelé à examiner un épileptique, que son premier soin soit de constater si oui ou non il existe une asymétrie de la région supérieure de la face ; s'il constate son existence, l'épilepsie est le résultat d'une malformation et son début répond à l'âge de la vie où se fait la consolidation osseuse.

La maladie due à un vice de développement et ne procédant pas d'une lésion accidentelle répond au type dont j'ai énuméré les caractères, et par ses symptômes, et par sa marche, et par les conséquences qu'elle entraîne.

(*Archives générales de médecine*, 1877.)

LA PATHOGÉNIE DE L'ÉPILEPSIE.

Il existe à Londres une institution médicale tout enviable, et qu'il serait heureux de voir importer chez nous. De généreux donateurs ont fondé des leçons ou *lectures* faites devant un auditoire d'élite, par des médecins choisis à cet effet. L'affluence est considérable, et ces enseignements, assez courts pour ne pas fatiguer l'attention, assez remplis pour solliciter la curiosité, sont intégralement reproduits par les journaux de médecine. Ce mode d'entraînement scientifique n'est-il pas, en somme, préférable aux œuvres manuscrites que récompensent nos Académies, quand elles ont le courage de les récompenser, et qui, sans éclat même éphémère, passent tristement de l'indifférence à l'oubli?

Il s'en faut, on le comprend, que ces leçons aient une égale valeur et un égal retentissement.

La dernière *Gulstonian Lecture*, délivrée, pour prendre la formule anglaise, devant le Collège royal des médecins, était confiée au docteur Gowers, médecin de l'hôpital national pour les paralyés et les épileptiques,

Le professeur, par un singulier retour à des habitudes justement démodées, a cru devoir emprunter à la statistique les éléments de sa dissertation orale. Si la méthode était encore discutable, il aurait fourni contre elle de bien puissants arguments. Le défaut des doctrines défectueuses n'est pas seulement d'affirmer une erreur, mais d'en tirer des conclusions qui restent longtemps après qu'on a oublié les prémisses.