

Je n'ai pas à ajouter d'épicrise au récit de ce fait curieux, qui rentre dans la catégorie des affections cérébrales non déterminées, et que j'ai cité seulement comme l'exemple de la catalepsie la plus limitée, la plus passagère que j'aie rencontrée.

Je ne crois pas davantage qu'il soit utile de résumer la description que j'ai donnée des états cataleptiques, ayant eu seulement en vue d'exposer le peu que je sais et d'appeler sur ce point de nouvelles recherches.

(Archives générales de médecine, octobre 1865.)

## HYSTÉRO-ÉPILEPSIE.

(Leçon recueillie et rédigée par M. Queyrat, externe du service.)

MESSIEURS,

Le mot hystéro-épilepsie fut introduit dans le vocabulaire médical il y a une dizaine d'années, il est aujourd'hui très employé. C'est là, à mon avis, une terminologie vicieuse : nosologiquement parlant il n'existe pas une maladie : hystéro-épilepsie, mais une maladie *hystérie épileptoïde*. Autrement dit, entre deux entités morbides, l'hystérie d'une part, l'épilepsie de l'autre, il n'existe pas de combinaison, il n'existe pas de mélange : l'hystéro-épilepsie n'est pas un liquide moitié vin, moitié eau, c'est un vin clair qui ne rappelle l'eau que par sa coloration.

Pour pouvoir préciser la frontière qui sépare l'épilepsie de l'état épileptoïde, je n'aurai garde de prendre comme type les malades ayant subi sous l'influence du milieu une véritable culture ; ce sera au contraire aux malades les plus simples que je m'adresserai.

Comment est constituée une attaque d'épilepsie ?

L'épilepsie a un caractère absolu : *l'invasion se fait sans que quoi que ce soit puisse la provoquer ou l'empêcher.*

Les attaques peuvent être périodiques ; elles sont *matinales* ; c'est qu'en effet le sommeil est épileptique, mais cette aptitude à l'attaque épileptique que constitue le sommeil n'existe *qu'à l'heure du réveil, jamais à l'heure de l'endormissement*. Ceci tient à ce que l'état cérébral au moment de s'endormir est tout différent de l'état cérébral au moment du réveil.

L'épilepsie peut dans certaines conditions survenir pendant la nuit sans que l'individu se réveille : il n'est aucune affection similaire, à part l'angine de poitrine, qui survienne pendant le sommeil.

Donc attaque :

- 1° Sans cause connue ;
- 2° Impossible à provoquer ;
- 3° En relation intime avec le sommeil, pouvant éclater pendant le sommeil, toujours le matin, jamais le soir.

Toute soi-disant épilepsie qui ne présentera pas ces caractères fondamentaux ne sera qu'un état épileptoïde.

La crise est *soudaine* ; si la soudaineté fait défaut, il s'agit encore simplement d'un état épileptoïde. Le malade tombe avec ou sans cri, il y a perte de connaissance ; la sensibilité est abolie, on peut dire totalement, car tout ce qu'il en reste se réduit à un clignement que l'on provoque en soufflant sur les yeux. Viennent alors des convulsions toniques ou cloniques, parfois les deux, mais il n'y a là rien de spécial, car ces convulsions s'observent aussi dans l'hystérie.

Toute attaque épileptique intéresse la respiration, et tout ce qu'on dit épilepsie et qui n'intéresse point la respiration n'est point de l'épilepsie. Dans la majorité des cas le malade arrive jusqu'à l'asphyxie, à tel point que son visage prend une teinte ardoisée bleue, et le nombre des malades n'est pas grand chez lesquels la participation respiratoire est moindre.

Enfin aucune attaque d'épilepsie vraie ne doit durer plus d'une minute : jamais la crise ne s'allonge, jamais il n'y a de déviation dans l'attaque vraie : tout est net, régulier. Néanmoins, dans l'état du mal, on peut observer des crises subintrantes qui se succèdent au nombre de cinq, six, sept, huit, mais ces crises sont séparées les unes des autres par un intervalle d'une demi-minute, d'une minute, intervalle pendant lequel le malade semble prendre haleine pour repartir dans une nouvelle crise. L'attaque terminée, l'épileptique passe à un état de coma, de sopor ou de conceptions délirantes ; dans la presque totalité des

cas, on constate de plus en cherchant bien un état vertigineux — vertige épileptique, — qui pour le médecin éclairé est une estampille caractéristique.

Ainsi donc il existe une épilepsie vraie, légitime, nettement caractérisée par :

- Son invasion sans cause ;
- La perte de connaissance ;
- Le spasme respiratoire et le coma ;

Par sa durée et sa nocturnité, j'ajouterai l'indifférence à la maladie.

Chez les épileptiques, d'autre part, il n'existe point de complications ; en dehors des crises, la santé est bonne et se maintient telle ; il n'y a pas de maladie cérébrale antécédente, il n'y a pas de maladie cérébrale concomitante, si ce n'est très tard. En un mot l'épilepsie est elle-même et elle reste elle-même. De telle sorte que dans les maladies à faciès épileptique, on peut dire que plus il y a d'accidents et moins il y a d'épilepsie. Cette formule d'ailleurs, soit dit en passant, ne s'applique pas qu'à l'épilepsie, mais aussi à beaucoup d'autres affections, le choléra par exemple.

Vous voyez que nous arrivons ainsi à simplifier l'histoire de l'épilepsie.

Maintenant il est possible que certaines maladies empruntent à l'épilepsie quelques-uns de ses caractères ; ainsi se trouvent constitués les *états épileptoïdes*.

Peuvent revêtir le cachet épileptoïde certaines intoxications ; l'empoisonnement par l'opium, par la belladone, par l'alcool, qu'il s'agisse de l'intoxication aiguë, — l'ivresse — ou de l'intoxication chronique, — l'alcoolisme.

Il faut placer dans la même catégorie les épilepsies saturnines, syphilitiques, urémiques, comme aussi celles qui succèdent à nombre d'affections cérébrales, les tumeurs en particulier.

De même également, les manières de crises épileptiques que l'on peut observer au cours des affections aiguës, du rhumatisme cérébral, des maladies du système nerveux proprement

dit, ou à la suite des traumatismes cérébraux, ne sont et ne seront jamais que des états épileptoïdes.

Enfin, sur le dernier plan, nous trouvons l'hystérie.

L'hystérie présente ce que j'appellerai volontiers des *zones de concentration*, que je distinguerai en périphérique, utérine, spinale et cérébrale.

Laissant de côté l'hystérie périphérique, la plus atténuée de toutes, nous voyons l'hystérie utérine produire des spasmes, des malaises, des syncopes. Avec la variété spinale nous montons d'un cran et alors paraissent les contractures des membres ; au haut de l'échelle nous trouvons l'hystérie cérébrale. Celle-ci engendre un malaise de l'ordre intellectuel pouvant aller jusqu'à la vésanie, — vésanie hystérique ; — elle produit des phénomènes cérébraux, des céphalées intra-crâniennes simulant un état cérébral pathologique ; en dernière analyse elle produit des crises qui empruntent beaucoup à l'épilepsie parce qu'il s'agit là, comme pour l'épilepsie, d'une *maladie cérébrale*.

Néanmoins les éléments de diagnostic ne manquent pas. Un des plus importants est l'absence de nocturnité.

Un second élément, non moins important, est la possibilité de provoquer la crise. Or, jamais, au grand jamais, quoi que vous puissiez faire, vous n'arriverez à provoquer une attaque d'épilepsie.

Un autre signe distinctif est l'existence de l'aura. L'aura est un point douloureux, un malaise local qui, se transmettant de proche en proche, va atteindre le cerveau et déterminer une attaque.

Or tout individu qui a une aura n'est pas un épileptique. Chez cet individu il y a, et on trouve quand on veut se donner la peine de chercher, une maladie cérébrale qui préexistait à la crise de soi-disant épilepsie.

Et ce qui prouve l'exactitude de cette assertion, c'est que toute guérison supposée d'épilepsie a trait à des malades porteurs d'une aura. Or l'épilepsie — la vraie, — ne guérit jamais.

Un autre élément de différenciation nous est fourni par la façon dont les malades perdent connaissance.

Dans l'épilepsie, la perte de connaissance débute avec l'attaque, *sans aucun intermédiaire* : l'individu est littéralement foudroyé, et le plus effrayant de l'épilepsie n'est peut-être pas tant l'attaque en elle-même que sa solennité, — sa soudaineté, qui ne permet même pas au malade de se garer.

Donc tout individu qui ne commence pas sa crise par une perte de connaissance *subite*, — et j'ajoute *absolue*, — n'est pas un épileptique franc.

C'est ce que vous pouvez voir dans l'hystérie.

Les hystériques ont des prodromes, des symptômes avant-coureurs de leur attaque. Celle-ci, loin d'être subite, présente une gradation plus ou moins rapidement croissante.

Les hystériques ont une demi-conscience préalable qui leur permet au moins de parer au danger immédiat, d'éviter par exemple de tomber dans un brasier ou de se heurter la tête contre un meuble. Quelques-unes même pressentent leur crise de beaucoup plus loin. Vous en verrez qui se trouvant éloignées de leur demeure ont le temps d'y rentrer et de se mettre au lit pour *faire* leur attaque.

Tout cela ne s'observe jamais — jamais — dans l'épilepsie.

L'épilepsie est donc une maladie autonome, à caractères nettement tranchés, qui ne saurait servir d'accessoire et ne saurait en tolérer. Elle est elle-même, elle reste elle-même et ne se combine jamais avec telle ou telle autre affection.

En revanche, certains états pathologiques peuvent revêtir quelques-uns de ses aspects : ce sont les états épileptoïdes, et c'est à cette classe qu'appartient l'hystéro-épilepsie.

L'hystéro-épilepsie ne saurait exister en tant que combinaison, en tant que mixture des deux maladies : il y a une hystérie épileptoïde, il n'y a pas, il ne peut pas y avoir d'hystéro-épilepsie.

En terminant, je tiens à vous mettre en garde contre un mensonge qui vous sera fait souvent dans le monde des épileptiques.

Presque invariablement, quand vous recherchez les antécédents du malade, vous verrez celui-ci ou son entourage invoquer comme cause première des accidents un traumatisme quelconque. C'est d'ordinaire toujours faux, mais cette assertion mensongère répond à un véritable besoin de l'esprit humain.

C'est qu'en effet il est des maladies nobles et des maladies non nobles; l'épileptique a besoin de paraître un blessé plutôt qu'un malade.

C'est que jusque dans ses misères et jusque dans ses souffrances, l'homme est un être souverainement vaniteux.

Il vous suffira d'être prévenu de ce fait pour dépister le mensonge et pour ne pas risquer de prendre a priori pour un état épileptoïde post-traumatique ce qui n'est en réalité qu'une franche épilepsie.

## TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER.

PRÉFACE.....	1
<b>I. — Études biographiques.....</b>	<b>1</b>
<i>École psychique allemande.....</i>	<i>1</i>
Stahl.....	1
Langermann et Ideler.....	37
<i>Richard Bright. — Sa vie et ses œuvres.....</i>	<i>60</i>
<i>Graves et Bretonneau.....</i>	<i>80</i>
<i>L'école de Halle. — Fred. Hoffmann et Stahl.....</i>	<i>116</i>
<i>Éloge de M. le professeur Trousseau.....</i>	<i>140</i>
<i>Louis et l'école médicale d'observation.....</i>	<i>162</i>
<i>Duchenne de Boulogne. — Sa vie scientifique et ses œuvres.....</i>	<i>178</i>
<i>Le Braidisme.....</i>	<i>207</i>
<b>II. — Études de pathologie générale.....</b>	<b>233</b>
Thrombose et embolie.....	233
L'école physiologique allemande.....	253
De la théorie cellulaire dans ses rapports avec la pathologie générale.....	270
De la logique scientifique et de ses applications médicales.....	303
De l'organisme vivant et de ses propriétés.....	327
Séméiotique de la langue.....	347
Du rationalisme en thérapeutique.....	354
Du vitalisme.....	367
Des ferments et des fermentations morbides.....	388
Des appétits en général et de l'appétit digestif ou particulier....	413
L'appétit de la soif. — La soif de l'alcool.....	420
Le sommeil.....	429
L'enseignement médical en France et à l'étranger.....	447
L'instruction préparatoire des étudiants en médecine.....	466

Enseignement médical.....	477
La thérapeutique jugée par les chiffres.....	492
<b>III. — Études psychologiques.....</b>	<b>543</b>
Du délire de persécutions.....	545
Les cérébraux.....	567
Questions de thérapeutique mentale.....	585
De la responsabilité légale des aliénés.....	616
Des délires par accès.....	642
Vol aux étalages.....	679
Les exhibitionnistes.....	692
La mélancolie perplexe.....	701
La folie à deux.....	722
Vertige mental.....	765
Des vertiges.....	775
Le mal de tête.....	796
De la spermatorrhée.....	807
Leçons sur la paralysie générale.....	812
De l'épilepsie par malformation du crâne.....	875
La pathogénie de l'épilepsie.....	891
Catalepsies partielles et passagères.....	899
Hystéro-épilepsie.....	919

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

