Dr Henri FLOURNOY

Épilepsie émotionnelle

Extrait des Archives de Psychologie, T. XIII, N° 49 (avril 1913).

Extrait des *Archives de Psychologie*. Tome XIII, N° 49, Avril 1913.

ÉPILEPSIE ÉMOTIONNELLE

Par M. le Dr Henri Flournoy

Ancien assistant à la Clinique médicale de l'Université de Genève
et à l'Asile d'aliénés de Cery près Lausanne.

Sommaire :

Pages

Première partie : **Observation** [1].

I. Anamnèse 51
II. Les crises 53
III. Phénomènes d'hypnotisme 58
IV. Les accès émotifs 61

Deuxième partie : **Diagnostic.**

I. Epilepsie essentielle 65
II. Hystéro-épilepsie 68
1° *Association des deux maladies* 68
2° *Grande hystérie de Charcot* 68
3° *Hystérie épileptiforme* 69
4° *Affection mixte* 71
Remarques sur l'hystérie et l'épilepsie 73
III. Epilepsie symtomatique 76
IV. Epilepsies tardives et réflexes 80
V. Epilepsie émotionnelle 81
VI. Rapports de l'épilepsie émotionnelle avec les maladies voisines 89
Conclusion : Epilepsie émotionnelle et réactions de défense . . . 91

Avant-Propos.

On sait combien le diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie est parfois délicat : non-seulement ces affections peuvent se traduire à l'extérieur par des manifestations analogues, mais encore s'associer

[1] Monsieur le Professeur Bard a bien voulu me permettre d'utiliser l'observation de la malade dont il est question dans ce travail. Je lui en exprime ma respectueuse et vive reconnaissance.

de façon si intime, qu'il est difficile de faire la part exacte revenant à l'une ou à l'autre.

L'expression d'hystéro-épilepsie, si commode à première vue pour désigner les cas douteux, a l'inconvénient de faire ressortir davantage encore, par son ambiguïté, les hésitations du diagnostic ; aussi ne saurait-on l'employer avec profit qu'après l'avoir définie au préalable. Mais, parmi ces cas intermédiaires, il s'en rencontre auxquels le terme d'hystéro-épilepsie lui-même ne peut être appliqué, quel que soit le sens précis qu'on lui accorde. La malade qui fait l'objet de ce travail en est un exemple. Son histoire peut se résumer en quelques mots :

Il s'agit d'une femme qui paraissait atteinte d'épilepsie et présentait en outre certains troubles souvent rattachés à l'hystérie, entre autres une grande suggestibilité hypnotique. A l'Hôpital de Genève, elle eut six crises convulsives, et plusieurs accès émotifs, phénomènes moins violents mais tout pareils à l'aura des attaques. Or, en comparant les uns aux autres ces accidents, si variés d'intensité et d'apparence, j'ai été amené à la conclusion qu'ils étaient en somme de même nature, et que les crises, aussi bien que les accès, pouvaient être considérées comme des réactions anormales, d'ordre émotif.

Dans quelle catégorie devait-on faire rentrer un cas de ce genre ? En l'examinant de près, il me devint clair qu'il n'appartenait franchement à aucun des groupes classés d'habitude sous les noms d'épilepsie ou d'hystéro-épilepsie. Il se rapproche, en revanche, des « *psychasthenische Krämpfe* » d'Oppenheim et de l' « *Affektepilepsie* » de Bratz, affections autonomes et si voisines que je les réunirai sous la désignation commune d'*épilepsie émotionnelle ;* cette expression me paraît, en effet, indiquer assez nettement le caractère convulsif de ces états morbides, tout en marquant leur indépendance vis-à-vis du mal comitial et de l'hystérie.

Bien que la malade n'ait pu être suivie que pendant le temps relativement court qu'elle séjourna à l'Hôpital, il m'a semblé valoir la peine de publier son cas, d'autant plus qu'il présente de nombreuses ressemblances avec l'un de ceux relatés par Oppenheim.

Cette étude est divisée en deux parties : la première renferme l'observation du cas ; dans la seconde, consacrée au diagnostic, je passerai en revue avec quelque détail les maladies entre lesquelles on pourrait hésiter, et aborderai, en dernier lieu, la question de l'épilepsie émotionnelle.

PREMIÈRE PARTIE : **Observation**

I. — Anamnèse.

Mme X., âgée de 46 ans, entre à l'Hôpital cantonal, dans le service du Prof. Bard, le 21 octobre 1911. Le 11 octobre, Mme X., à la suite de contrariétés, avait eu, en l'espace de quelques heures, trois fortes crises ; le médecin appelé, qui ne l'avait encore jamais vue, ne put la décider à entrer à l'hôpital que dix jours plus tard, avec le diagnostic de crises épileptiques.

Antécédents héréditaires. — Le père s'est suicidé à 32 ans, après une faillite ; la mère, qui souffrait également de crises, est morte à 29 ans ; elle aurait été empoisonnée par de la morphine, suite d'une erreur médicale (?). Ni frères, ni sœurs.

Antécédents personnels. — A part une rougeole dans l'enfance, la malade, de tempérament émotif, aurait toujours joui d'une excellente santé jusqu'à 43 ans ; elle nie tout excès alcoolique. D'après ce qu'on lui a raconté, elle aurait eu autrefois, à trois reprises, des accès de somnambulisme nocturne. Réglée normalement depuis l'âge de 17 ans. Mariée à 21 ans. Son mari, plus âgé qu'elle de quatre ans, est mort à 38 ans de méningite tuberculeuse ; de lui, elle a eu six grossesses normales, mais deux enfants seulement sont vivants : le 4me, âgé de 17 ans, bien portant et la 5me, âgée de 13 ans, atteinte d'une arthrite chronique du genou. Des quatre autres, le 1er et le 2me ont succombé à 21 et 18 ans, de tuberculose pulmonaire ; le 3me et le 6me sont morts de méningite, en bas âge.

En 1902, soit deux ans après la mort de son mari, Mme X., qui avait alors 36 ans, fait la connaissance d'un individu de 30 ans — que nous appellerons son second mari, — avec lequel elle a toujours vécu dès lors ; elle a de lui deux enfants, de 8 et 6 ans, bien portants.

Il est à noter que le premier mari, qui a légué à ses enfants une fâcheuse hérédité tuberculeuse, était de condition sociale aisée et d'un naturel très doux. Le second, au contraire, robuste physiquement, appartient à un milieu beaucoup moins favorisé ; son caractère emporté et violent lui aurait fait perdre plusieurs bonnes places. Il fut même mis en observation au point de vue mental, à la suite de voies de fait contre un supérieur, et aurait eu autrefois des crises au cours desquelles il tombait « raide » ; Mme X. dit en avoir été vive-

ment impressionnée pendant les premières années de son union avec lui ; elles ont cessé ensuite.

Affection actuelle. — C'est le 9 février 1909 que Mme X., âgée de 43 ans, eut sa première crise : elle venait de perdre un porte-monnaie bien garni lorsqu'elle tomba sans connaissance, en pleine rue, à Milan ; elle serait restée évanouie pendant deux heures et aurait perdu ses urines. Dès lors les crises se sont reproduites tantôt tous les huit jours, tantôt tous les mois, quelquefois à des intervalles plus rapprochés ou plus espacés. Pas de céphalées entre les attaques.

Deux facteurs ont, au dire de la malade, une influence manifeste sur l'intensité et la fréquence de ses crises : les règles et les émotions ; c'est ainsi qu'elle observa une recrudescence de la maladie en août 1909, peu après la mort de sa fille, et en mars 1910, après avoir été témoin de la levée de corps d'un noyé. D'autre part, il est certain que pendant d'assez longues périodes d'existence plus tranquille, elle n'eut pas d'attaques ; les seules données précises que nous ayons à ce sujet, se rapportent à deux séjours que la malade fit en 1910 sous surveillance médicale : du 2 avril au 23 mai dans les Hospices civils de Toulon, pour insuffisance mitrale — apparemment très légère, puisqu'aucun signe n'en a été retrouvé plus tard ; et du 8 juillet au 8 août dans l'Hôpital de Grasse, où le diagnostic porté fut celui de « fatigue », ce qui prouve qu'on ne constata pas de symptôme bien net[1]. Dans aucun de ces deux établissements il ne fut question d'épilepsie. Enfin, arrivée à Genève le 3 juin 1911, Mme X. resta trois mois sans attaque, ce qu'elle attribue soit au changement de climat, soit à l'absence de son mari, resté à l'étranger ; ce dernier l'ayant rejointe le 1er septembre, elle eut le jour même une crise, explicable par l'émotion. D'autres attaques se succédèrent, presque toujours à l'occasion de contrariétés, jusqu'à celle du 11 octobre, qui motiva son envoi à l'hôpital. Toutefois elle n'y entra que le 21 octobre, et en sortit le 30 novembre.

Le 6 décembre les circonstances l'obligèrent à quitter son appartement et à se réfugier à l'Asile de nuit ; à peine arrivée dans cet établissement, elle eut une crise, peu intense, car on jugea inutile d'appeler le médecin. Quinze jours plus tard, en pleine rue, nouvelle crise beaucoup plus violente qui nécessita sa rentrée à l'hôpital. Ce second séjour dura du 23 décembre 1911 au 2 mars 1912. La malade ayant quitté Genève ce jour même, n'a pu être suivie depuis lors.

---

[1] Je dois ce renseignement à l'obligeance du Dr Philip, de Grasse.

Examen somatique. — Le status physique ne s'est pas modifié d'un séjour à l'autre :

Femme de taille moyenne, assez maigre, de visage très rouge. Petite cicatrice au bord gauche de la langue. A part un mouvement fébrile dû à une bronchite au début de son premier séjour, apyrétique. Pas de troubles respiratoires ou digestifs. On ne constate aucun signe de lésion valvulaire, sauf une légère accentuation du 2me bruit à la base; pouls régulier, 72 par minute. Ni cyanose, ni œdèmes, ni dyspnée d'effort. Urines normales. Menstruations régulières, suivies d'un peu de pertes blanches. Tous les réflexes tendineux vifs. Pas de signe de Babinski, pas de clonus du pied. Ni paralysies ni contractures ; force musculaire normale. Aucun trouble de la sensibilité cutanée ou des sphincters. Le réflexe cornéen existe, le réflexe pharyngien est aboli.

Pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Le fond de l'œil, examiné à deux reprises par le Prof. Haltenhoff (28 novembre 1911 et 23 janvier 1912), est normal des deux côtés. Le champ visuel, mesuré au périmètre, présente un rétrécissement concentrique pour toutes les couleurs, sans inversion de celles-ci. Pas de diplopie monoculaire. Pas de lymphocytose rachidienne; aucun symptôme de lues ni d'éthylisme.

Au point de vue de l'éthylisme, les renseignements pris dans les deux endroits où la malade avait séjourné à Genève, indiquent qu'elle ne buvait pas. Lors de ses séjours dans les hôpitaux de Toulon et de Grasse, en 1910, on n'avait pas non plus constaté d'alcoolisme.

II. — Les crises.

Mme X. fait la description suivante des crises qu'elle a depuis trois ans : après quelques jours d'énervement, pendant lesquels la moindre chose la contrarie, notamment à l'approche de ses règles, elle se sent tout à coup en proie à une vive anxiété ; son cœur se met à battre avec une violence et une rapidité anormales, le sang lui monte à la tête, son corps tout entier est animé d'un tremblement léger ; elle cherche à s'éventer ou à s'asperger le visage avec de l'eau froide ; si elle est dans la rue, elle accélère le pas pour se sauver. Cette *aura*, absolument constante, ne dure jamais plus d'une ou deux minutes ; au bout de ce temps, ou bien ces symptômes pénibles disparaissent sans laisser de traces, ou bien ils sont suivis d'autres phénomènes : la malade sent sa tête se tourner irrésistiblement à gauche ; une impression de vide s'empare d'elle ; parfois une ancienne connaissance, toujours la même, lui apparaît et l'appelle du côté gauche. Mme X. perd alors complètement conscience. Ces derniers phénomènes se

déroulent en un clin d'œil ; ils sont pour elle le signe certain que la crise convulsive proprement dite va éclater et qu'elle ne peut plus l'arrêter. Au réveil, les palpitations ont disparu ; elle n'a qu'une sensation de brisure plus ou moins prononcée, sans paralysies ou contractures, *et une douleur assez étrange localisée symétriquement des deux côtés du cou*. Deux fois seulement il y a eu de l'incontinence d'urine. Mme X. dit s'être parfois mordu la langue, mais jamais fortement ; cependant « la langue lui fait mal » après ses crises ; de fait on y constate une petite cicatrice au bord gauche.

Les attaques ne subissent pas toutes ce développement complet ; beaucoup d'entre elles, annoncées par les palpitations et l'afflux de sang au visage, avec sentiment de terreur extrême, avortent à ce moment, soit spontanément, soit par l'emploi de quelque procédé dont la malade connaît l'efficacité : respiration d'air frais à la fenêtre, aspersions froides, etc. Ce sont en quelque sorte des crises frustes, sans perte de connaissance, et sans convulsions. Nous en avons observé plusieurs, que je décrirai dans le chapitre suivant sous le nom d' « accès émotifs ».

A l'hôpital, Mme X. a présenté six crises. Les trois premières semblent avoir été déterminées par des causes morales ; les autres se sont succédé trois jours de suite, sans raison apparente ; mais à ce moment la malade était encore physiquement très éprouvée par une ponction lombaire qui lui avait été faite dans la même semaine.

Les principaux caractères de ces crises peuvent se résumer dans un tableau d'ensemble. Elles débutent, après l'aura, par une traction de la bouche avec rotation de la tête à gauche (constatée 3 fois), suivie de chute ; il peut arriver que la malade se contusionne en tombant. Puis les bras se raidissent simultanément et présentent deux ou trois secousses convulsives peu prononcées (constatées 4 fois) ; en même temps le visage est cyanosé, le pouls est rapide. Ce début est suivi, presque immédiatement, d'une phase de résolution générale avec respiration stertoreuse et pouls normal, à l'issue de laquelle on ne peut déceler que des symptômes de localisation peu nets et inconstants (voir 3me et 4me crises). Les yeux présentent à cette phase de lents mouvements latéraux ; les pupilles sont moyennes, dilatées ou contractées ; elles réagissent à la lumière (constaté 2 fois). Pas de signe de Babinski (recherché 4 fois). Au bout de cinq à dix minutes, la patiente revient à elle, ne souffrant parfois que de maux de tête. Dans aucune de ces six attaques, il n'y a jamais eu de cri initial, ni de morsure de la langue, ni d'incontinence d'urine.

Voici le récit détaillé des crises :

1re Crise, 9 novembre 1911. — Dans la matinée, la malade se sent bien mais un peu troublée, la sœur lui ayant demandé sur un ton de reproche si elle ne quitterait pas bientôt l'hôpital. Au commencement de l'après-midi, elle a la visite de deux jeunes filles, qui étaient en traitement en même temps qu'elle et qui partent guéries; elle leur raconte l'affreuse maladie dont elle-même est atteinte et qu'elle considère comme incurable. Pendant son récit, son cœur se met subitement à palpiter, le sang lui monte à la tête, elle sent qu'une crise est imminente; elle demande qu'on me fasse venir, mais on ne la prend pas au sérieux; elle se dirige alors vers une table pour prendre un flacon de gouttes à respirer, dans l'espoir de prévenir la crise. A ce moment elle tombe comme une masse; son entourage remarque qu'elle a la tête déviée à gauche et quelques convulsions. J'arrive au bout de trois minutes.

Elle est étendue, immobile, le visage cyanosé, un peu d'écume aux lèvres; du sang s'écoule d'une plaie de 2 cm. qu'elle s'est faite au front en tombant contre l'angle de la table. Pas de Babinski. Les yeux sont ouverts et hagards, non déviés; les réactions pupillaires n'ont pas pu être examinées; elle ne répond pas aux questions, mais à ma demande, elle me serre les mains avec une force égale des deux côtés. Au bout de quelques minutes, elle est entièrement revenue à elle, sans céphalée. L'amnésie est absolue depuis le moment où sa tête a heurté la table. Pas de cri initial, ni morsure de la langue, ni perte d'urine. — Une demi-heure après la crise, elle se sent parfaitement bien, voudrait se lever, et émet 250 gr. d'urine claire, sans albumine; dans les 24 heures suivantes, elle urine 2300 gr. Le lendemain de la crise, *elle accuse seulement une légère douleur à la pression, de chaque côté du cou.* Le surlendemain, elle a ses règles.

2me Crise, 22 novembre 1911. — Le 21 novembre, elle me raconte que son fils, dont la conduite est déplorable, est venu la voir il y a deux jours, ainsi que le patron de celui-ci; cette double visite a donné lieu à des scènes qui l'ont vivement émue et ont provoqué un retour de règles. Elle se fait beaucoup de souci à ce sujet, se sent énervée et me reproche de ne pas m'être suffisamment intéressé à elle ces derniers jours.

Le lendemain, étant debout, elle se sent mal, mais la sœur a le temps d'accourir et de l'empêcher de tomber; la tête est déviée à gauche; pas de convulsions. Au bout de trois ou quatre minutes, je la trouve étendue, en résolution. Pouls 120, un peu irrégulier. Teint nettement violacé. La face n'est plus déviée. Respiration stertoreuse; de la bouche entr'ouverte s'écoule un peu de salive sans écume. Pupilles larges, réactions? Au bout de cinq minutes le visage reprend son teint normal, les yeux sont vagues et présentent des mouvements latéraux très lents; les pupilles ne sont plus dilatées, le pouls est normal; elle revient à elle, se sent mieux, se lève et va uriner environ 400 gr. (pas d'albumine). Pas de cri initial, ni morsure de la langue, ni perte d'urine.

Huit jours plus tard, la malade quitte l'hôpital pour trois semaines.

Pendant cette période, elle a deux crises dont il a déjà été question (p. 52) : l'une peu intense, le 6 décembre, l'autre plus forte, qui a motivé son retour à l'hôpital, le 23 décembre 1911.

3me Crise, 10 janvier 1912. — Le 9 janvier la malade a ses règles. Elle se sent moins bien, s'énerve facilement et appréhende une crise. Le 10, je la vois à midi et quart ; à plusieurs reprises elle a cru que sa crise allait venir ; elle reste au lit et voudrait que je m'occupe d'elle, que je lui fasse de la suggestion ; je lui réponds que je ne puis aujourd'hui et qu'elle doit attendre à demain, ce dont elle paraît contrariée. A midi et demie, la crise éclate.

Peu après, le Dr Alexieff, chef de clinique, trouve la patiente immobile, dans une sorte de coma avec respiration bruyante. Globes oculaires tournés en haut, animés de grands mouvements latéraux qui empêchent d'examiner les réactions des pupilles ; celles-ci ne sont pas dilatées. Membres en résolution flasque ; la jambe gauche ne réagit ni à la piqûre ni à l'excitation de la plante du pied, tandis que la droite réagit par un léger mouvement et par une ébauche de réflexe plantaire ; pas de Babinski. On ne sait s'il y a eu déviation de la tête et convulsions au début. Pas de cri initial, ni morsure de la langue, ni perte d'urine. Au bout de cinq à dix minutes, Mme X. revient à elle et raconte que sa crise, au cours de laquelle elle a complètement perdu connaissance, a été précédée comme toujours, pendant une ou deux minutes, par des palpitations et de l'afflux de sang au visage. Jusqu'au soir elle a de légers maux de tête et des courbatures, et urine 900 gr.

Le 13 janvier, on fait à Mme X. une ponction lombaire qui ne dénote rien de pathologique dans le liquide céphalo-rachidien ; mais elle est suivie de violentes céphalées diffuses, avec vomissements fréquents et bourdonnements d'oreilles. Ces symptômes persistent avec une intensité inusitée pendant une semaine ; la malade reste au lit profondément abattue et souffrante ; puis les trois jours suivants sont marqués par trois attaques, survenues sans cause morale appréciable, et relatées ainsi dans les feuilles d'observation :

4me Crise, 20 janvier 1912. — A 3 $^1/_2$ h. du soir, elle parlait avec ses voisines, quand subitement elle tord ses bras et tourne la tête à gauche (convulsions cloniques au début) ; une minute après, le médecin de service la voit : tête à gauche, les yeux sont tournés fortement à droite ; pupilles égales, moyennement dilatées, réagissent normalement à une forte lumière. Pas de Babinski. Réflexes rotuliens exagérés. Coma, insensibilité. Respiration stertoreuse. Face pâle, lèvres décolorées, pouls filiforme ; puis rapidement la face devient vultueuse, le pouls plein, à 60, régulier. A ce moment la malade sort peu à peu de son coma, les yeux ont de grands mouvements latéraux, la moitié droite de la face a des convulsions qui se répètent deux à trois fois par minute, sont très lentes et finissent par s'étendre à gauche. Durée de la crise : 3 à 4 minutes. Pas de perte d'urine, ni morsure de la langue.

Six à sept minutes après la crise, le Prof. Bard voit la malade et constate : Pupille droite un peu plus large ; toutes deux réagissent très bien à la lumière. Réflexe rotulien exagéré des deux côtés, plus à droite qu'à gauche. On obtient des trémulations épileptoïdes plus prolongées et plus facilement à droite qu'à gauche. Dans la flexion combinée, la malade ne parvient pas à s'asseoir. Dans l'élévation isolée de chaque pied, la contraction centro-latérale est un peu plus intense à gauche, mais existe des deux côtés. Par l'abandon du bras élevé, la chute est un peu plus rapide à droite. Le réflexe tensorio-palpébral n'existe ni dans un champ ni dans l'autre. Pas de déviation de la langue ni d'asymétrie nette de la face. La malade est dans un état d'obnubilation semi-comateux, sans aucune excitation, et accuse une céphalée occipitale intense. Elle peut se lever et faire quelques pas soutenue, mais paraît traîner un peu plus la jambe droite. Sensibilité très marquée à la pression ovarienne.

5me Crise, 21 janvier 1912. — A 3 $^1/_2$ h. du soir, sur la chaise percée, la malade est prise subitement d'une crise. On la retient juste au moment où elle allait tomber et on la remet dans son lit. Elle a quelques mouvements cloniques des bras et des jambes, puis reste inerte dès qu'elle est sur le lit. Ne réagit pas à la pression ovarienne. Au moment où le médecin présent la voit, c'est-à-dire deux ou trois minutes après le début de la crise, elle est absolument inerte, sans connaissance. Pouls régulier, 72. Figure violacée ; un peu d'écume sanglante au coin de la bouche. Respiration stertoreuse. Pas de déviation de la face, ni des yeux. Pupilles un peu plus contractées qu'à l'ordinaire, mais réagissant bien à la lumière ; la même inégalité subsiste. Lents mouvements latéraux des yeux qui, pendant une minute environ, sont tournés en haut. Réflexes rotuliens un peu exagérés mais semblant égaux. Pas de Babinski. On obtient quelques trémulations épileptoïdes à droite et à gauche. Membres flasques. Au bout de cinq à six minutes, elle reprend un peu connaissance ; les pupilles se dilatent. La face reprend sa coloration normale. Au bout de dix minutes la malade se retrouve dans l'état où le Professeur l'a vue la veille. Persistance des douleurs occipitales. A 8 $^1/_2$ h. du soir elle se sent mieux, mais faible. Les céphalées ont un peu diminué.

6me Crise, 22 janvier 1912. — A midi, la malade, étant au lit, est prise de convulsions cloniques des deux bras, au début. Pression ovarienne sans effet. Ensuite le bras droit retombe plus lourdement que le gauche. Pas de morsure de la langue ni de perte d'urine. Durée : 4 à 5 minutes.

Après ces trois dernières crises, de légères céphalées persistèrent jusqu'au 24 janvier. Du 25 janvier au 2 mars, jour de son départ pour l'étranger, la malade n'a plus eu d'attaques.

Il faut ajouter que, vu son aversion pour les bromures, la brièveté de ses séjours à l'hôpital et l'incertitude du diagnostic, Mme X. n'a pas été soumise à un traitement médicamenteux suffisant pour qu'on ait pu juger de ses effets.

III. — Phénomènes d'hypnotisme.

Frappé par certains traits de l'anamnèse rappelant l'hystérie, peu après l'entrée de Mme X. à l'hôpital, je lui proposai de la soumettre à un traitement hypnotique. Contrairement à ce qui arrive souvent en pareil cas, elle ne manifesta aucune méfiance à l'égard de ce traitement et l'accepta même d'autant plus volontiers qu'elle a en horreur toute espèce de médicament.

Nous avons eu 32 séances d'hypnose, du 23 octobre 1911 au 19 février 1912 ; toutes eurent lieu dans le courant de l'après-midi, sauf une, et durèrent d'une demi à deux heures. A partir de la 20e séance, la malade a été endormie sur un fauteuil, tandis que jusque-là elle restait dans son lit. La méthode que j'ai employée pour provoquer le sommeil a toujours été celle de la fixation d'un point (extrémité d'un crayon, angle du plafond, etc.), accompagnée de suggestions verbales et, accessoirement, de quelques passes. Dès la première fois, deux à trois minutes de fixation suffirent pour provoquer l'abaissement progressif des paupières, puis leur occlusion et le sommeil. Pendant ce sommeil, Mme X. ne réagissait qu'aux fortes piqûres, qui la faisaient trembler et gémir ; elle conservait les attitudes cataleptiques imprimées à ses membres ; l'amnésie après le réveil, que je lui suggérai dès le premier jour, se développa suivant une marche irrégulière et devint complète au bout de six séances ; les suggestions posthypnotiques à brève échéance étaient bien acceptées. Dans toutes les séances, Mme X. restait en « rapport » exclusif avec moi : d'autres personnes ont essayé, à plusieurs reprises, de l'interroger, de lui faire exécuter des ordres ou de la réveiller, mais toujours en vain. Au cours de la 17me hypnose, après lui avoir ouvert les yeux, je l'engageai à se lever ; elle le fit et entra ainsi en somnambulisme. Dans cet état, qui fut dès lors toujours plus facile à obtenir, elle obéissait aux suggestions les plus variées : allant, venant, admirant des tableaux imaginaires, éternuant à l'approche d'objets censés contenir du poivre, exécutant des mouvements automatiques ou restant figée indéfiniment sur place, bref réalisant toutes les expériences du répertoire classique des bons sujets hypnotiques.

Parmi les observations faites sur les phénomènes d'hypnose de Mme X., je ne relèverai que deux ou trois points, qui ne présentent d'ailleurs rien de nouveau.

D'abord la persistance chez elle, à l'état de veille, des dispositions émotives provoquées en hypnose, malgré l'oubli complet de leurs causes intellectuelles.

Par exemple, le 5 février, au cours de la 21me hypnose, je lui montre un chien fictif que je fais semblant d'exciter contre elle : elle le voit, s'effraie et recule de plusieurs pas. Après quelques autres hallucinations anodines, je la laisse se reposer vingt minutes dans son fauteuil, puis la réveille. Amnésie complète ; elle dit avoir très bien dormi. Mais le lendemain et le surlendemain, elle se montre particulièrement irritable, ce qu'elle attribue à diverses circonstances extérieures. Dans la séance suivante (7 février), sitôt endormie, elle me dit : « Vous avez excité la dernière fois un chien contre moi ; vous savez que j'en ai peur, cela m'a bien effrayée. » L'impression reçue de cette hallucination avait engendré pour une bonne part, malgré l'oubli conscient de sa vraie cause, l'état d'énervement inaccoutumé manifesté entre les deux hypnoses. On comprend que je me sois abstenu de répéter trop souvent des expériences laissant ce fâcheux écho affectif dans la personnalité de veille du sujet.

Ce qui reposait beaucoup la malade et lui faisait le plus de bien, c'étaient les séances consistant en un sommeil prolongé, sans expériences proprement dites, pendant une ou deux heures ; ce sommeil restait de nature hypnotique, car, lorsque de temps à autre je lui posais quelque question, elle me répondait immédiatement (ce qu'elle ne faisait pas à d'autres personnes). Mme X. ne s'est jamais auto-hypnotisée ; elle me dit un jour, tout étonnée, avoir fixé parfois un point brillant dans le but de « se faire dormir », mais n'y avoir point réussi.

Quant aux suggestions posthypnotiques, Mme X. les réalise en plein état de veille, soit exactement, soit — lorsque l'acte à exécuter lui semble trop insolite — avec des retards ou des détours destinés à le faire paraître moins absurde. Je lui suggère par exemple que, trois minutes après son réveil, elle me demandera de lui apporter le morceau de savon de Marseille qui est là-bas « pour voir s'il sent la violette ». Une fois réveillée, nous parlons de différentes choses ; au bout de trois minutes elle me prie tout à coup de lui tendre ce savon ; je lui demande pourquoi, feignant de trouver la chose étrange ; elle répond que cette idée a surgi dans sa tête et qu'il faut absolument que je lui apporte ce savon pour qu'elle puisse l'examiner ; comme je refuse, elle insiste et finit par dire : « pour sûr il ne sent pas la violette ! » Elle a donc retardé autant que possible le point essentiel de la suggestion, puis l'a modifié de façon a le rendre moins ridicule à ses yeux.

La sensibilité hypnotique de Mme X. m'engagea d'essayer de provoquer chez elle une crise par suggestion, mais cette tentative n'eut guère de succès :

4 nov. 1911 (hypnose n° 7). — Endormie à 6 h. 40. De 7 h. à 7 h. 10, puis de 7 h. 15 à 7 h. 25, je lui suggère d'une façon continue qu'elle aura une crise le lendemain à 5 h. du soir. Au cours de cette suggestion, je ne remarque chez elle que de très légères secousses du gosier. Réveil à 7 h. 30. Amnésie complète. Elle dit avoir profondément dormi, mais a toutefois l'impression que « son cerveau a travaillé ». Elle est cependant d'excellente humeur et aimerait retrouver en quoi a consisté ce « travail ».

Cette suggestion de crise a complètement échoué, ou ne s'est réalisée que d'une façon très imparfaite et inexacte, dans la nuit suivante et dans la journée du 7 nov., sous la forme de petits accès émotifs auxquels on n'aperçoit pas d'autre cause (voir plus loin p. 62).

Cette expérience, qui aurait parlé pour l'hystérie si elle avait vraiment réussi, ne fournit aucune indication positive quant au diagnostic. Par contre, certains détails que la malade a parfois donnés à la faveur de l'hypnose, sur sa vie privée, ne sont pas sans intérêt au point de vue de l'étiologie possible de ses crises. Les deux séances suivantes méritent d'être citées à cet égard :

27 oct. 1911 (hypnose n° 5). — Endormie à 3 h. 40. Suggestions de sommeil profond. Je lui fais décrire en détail ce qu'elle éprouve dans l'aura de ses crises : souvent, au moment où sa tête se tourne à gauche, elle a la vision d'une sœur religieuse qui a exercé autrefois une grande influence sur son éducation et qui l'appelle vers elle ; à ce moment, la malade se sent disparaître comme dans un trou noir et n'a jamais aucune sensation des convulsions qui suivent ; elle raconte en outre que le 11 octobre, jour où elle eut ses trois dernières crises à domicile, *elle avait eu entre 4 et 5 h. du matin, tandis qu'ils étaient tous deux couchés, une scène extrêmement violente avec son mari : celui-ci l'avait brutalisée et soufflétée.* Réveil à 5 h. Pas d'amnésie.

Bien que la malade se souvînt de tout au réveil, il n'est pas impossible que son récit, d'un caractère si intime, ait été favorisé par l'état de passivité confiante qui caractérise ce léger degré de l'hypnose. Quoi qu'il en soit, M^me^ X. a assez clairement indiqué, dans cette séance, les causes émotives qui ont précédé ses crises du 11 octobre. Plus instructifs encore sont les renseignements qu'elle a donnés dans une séance subséquente :

8 nov. 1911. (hypnose n° 10). — Endormie à 5 h. 50. Le D^r^ Perrier assiste à la séance. Suggestions de sommeil profond. Je demande à la malade, sans rien préciser, de me raconter les événements de sa vie qui l'ont le plus ébranlée. Elle dit alors avoir eu autrefois trois accès de somnambulisme nocturne, à 8, 15 et 21 ans ; elle-même n'en a aucun souvenir, mais son entourage les lui a racontés, ce qui l'a beaucoup frappée. Dit avoir eu souvent des frayeurs : une, notamment, lorsqu'elle était à Alger, puis un grand nombre d'autres depuis qu'elle vit avec son second mari, qui est d'un caractère brusque et emporté. Ensuite elle me raconte l'émotion qu'elle eut le jour où elle apprit que ce dernier lui était infidèle. Puis elle décrit péniblement, comme un aveu qui lui coûte, les mauvais traitements que son mari lui fait endurer : souvent dans la nuit il lui tire les cheveux, *lui serre la gorge, lui tord les mains ou la frappe au visage ; elle détourne alors la tête à gauche, car il est toujours à sa droite.* Elle émaille son récit de plusieurs détails intimes qui, à en juger par sa physio-

nomie abattue, l'impressionnent beaucoup, et elle me demande de garder le secret sur tout ce qu'elle vient de dire. A deux reprises, au cours de l'hypnose, je lui ouvre les yeux : convulsés en haut, ils s'abaissent peu à peu, sans qu'elle manifeste rien, ni qu'elle interrompe ses récits. Au moment du réveil, à 7 h. 30, son visage reprend son aspect habituel et elle déclare avoir très bien dormi. Amnésie complète.

Quelques jours plus tard, Mme X. confirma à l'état de veille avoir eu dans sa jeunesse trois accès de somnambulisme ; elle confirma également et décrivit la frayeur qu'elle avait eue à Alger. Quant aux autres détails, nous ne lui en avons jamais parlé ; mais un jour que je faisais allusion au fait qu'elle vivait en mésintelligence avec son second mari, elle répondit simplement qu'il y avait à cela des raisons diverses dont « la plupart ne sont pas à dire, ce sont des choses entre Dieu et moi ». Cela donne à penser que la malade ne se serait probablement pas décidée, à l'état de veille, à révéler, sur sa vie conjugale, certains détails qu'elle dévoila en hypnose.

Le résumé de ces séances donne une idée du milieu dans lequel vivait Mme X. J'ai déjà signalé (§ I) le changement qui s'opéra dans ses conditions d'existence du fait de son union avec son second mari : tandis que le premier lui faisait la vie relativement facile, le second ne parvint qu'à la rendre malheureuse ; en outre, son métier l'obligeant à voyager constamment de ville en ville, privait Mme X. de tout domicile fixe et lui imposait ainsi, à côté des difficultés d'ordre moral, un surcroît de fatigues physiques. C'est au bout de sept ans de cette dure existence nomade, soit à l'âge de 43 ans, que la malade, jusque-là bien portante, eut sa première attaque, en pleine rue, à la suite d'une émotion (perte de son porte-monnaie).

Ces détails méritaient d'être relevés, en raison de l'intérêt qu'ils présentent pour l'intelligence complète du cas.

IV. — Les accès émotifs.

S'il n'a pas été possible de provoquer chez Mme X. une crise par suggestion, les expériences d'hypnotisme ont par contre donné l'occasion de constater chez elle un certain nombre d'accès moins forts, d'ordre émotif. A les considérer isolément, on serait tenté de ne leur accorder aucune importance ; mais en les rapprochant les uns des autres, on s'aperçoit qu'ils présentent beaucoup de traits communs avec les crises elles-mêmes, dont ils semblent être des

ébauches. Pour mieux mettre ce point en lumière, je les décrirai non dans leur ordre chronologique, mais selon leur intensité, en commençant par les plus faibles ; cela établira une sorte d'échelle allant graduellement des simples mouvements d'anxiété jusqu'aux attaques proprement dites. Sans doute, il manque un grand nombre de degrés dans cette série ascendante ; mais si l'on songe que la malade n'a été à l'hôpital qu'un temps relativement court et qu'elle a toujours affirmé avoir eu fréquemment des attaques modérées, qu'elle pouvait faire cesser par divers procédés (aspersions d'eau, respiration d'air frais) avant que survînt la perte de connaissance, il paraîtra assez vraisemblable que tous les stades de transition existent en réalité chez elle.

Pour éviter toute confusion, j'ajoute que ses accès n'ont rien de commun avec l'épilepsie dite psychique ; celle-ci consiste en troubles fondamentaux et passagers de la conscience, qui jouent le rôle d'équivalents de l'attaque convulsive. Mme X. n'en a jamais présenté.

Voici la liste, par ordre d'intensité croissante, des sept accès émotifs qu'elle a eus à l'hôpital :

1. — *4 nov. 1911.* Ce jour-là, au cours de la septième hypnose (voir plus haut p. 59), j'avais suggéré à Mme X. qu'elle aurait une crise le lendemain à 5 heures du soir. Cette suggestion ne se réalisa pas, mais elle peut bien avoir été la source, dans la nuit suivante, de phénomènes d'angoisse : *la malade se réveille subitement, à deux reprises, avec un sentiment d'inquiétude très vif, dû à l'appréhension d'une crise prochaine ;* les deux fois l'anxiété disparaît au bout d'une ou deux minutes.

2. — *7 nov. 1911.* Dans l'après-midi, tandis que la malade est en train de lire tranquillement dans son lit, *elle se met subitement à trembler et à être angoissée comme à l'approche d'une crise;* elle regarde sa montre et constate qu'il est 5 heures. Cet accès, survenu tout à coup sans raison apparente à 5 heures précises, est sans doute également en rapport avec la suggestion avortée du 4 novembre.

3. — *25 janv. 1912.* Hypnose à 2 h. 30. Environ un quart d'heure plus tard, le Dr Glatz, sur ma proposition, essaie de réveiller Mme X., mais n'y parvient pas, même après lui avoir ouvert les yeux ; par contre il constate qu'*à ce moment son visage se congestionne, tandis que le pouls s'accélère fortement.* Après quelques minutes, je m'adresse de nouveau à la malade ; elle me raconte qu'en mon absence quelqu'un a essayé de la réveiller, ce qui l'a effrayée. Réveil à 3 h. 15. Amnésie.

4. — *19 fév. 1912.* Hypnose à 2 h. 30. J'explique à la malade, dans le sommeil, que c'est aujourd'hui la dernière hypnose. Elle en paraît vivement affectée et regrette de se voir obligée, par suite de circonstances extérieures, de quitter

prochainement l'hôpital. Elle m'expose de nouveau les misères qui l'attendent lorsqu'elle devra rejoindre son mari; *subitement elle se sent angoissée et s'écrie: « que mon cœur me fait mal » ;* les chocs du cœur sont en effet rapides et bondissants; je ne parviens à la calmer qu'au bout de 2 à 3 minutes. Elle continue à parler encore longtemps de ses affaires de famille et finit par éclater en sanglots. Je lui fais des suggestions réitérées de calme et de repos, et je la laisse dormir tranquille pendant une heure. Réveil à 4 h. 25. Amnésie.

5. — *14 nov. 1911.* Hypnose à 7 heures du soir. La malade me décrit les causes qui, selon elle, ont provoqué sa crise du 9 novembre (voir plus haut, p. 55); elle se rappelle s'être heurté le front en tombant, mais n'a aucun souvenir d'avoir eu des convulsions. Elle parle aussi d'un malaise qu'elle a eu tout à l'heure (voir le n° 6) ; *subitement elle se sent de nouveau mal à son aise, soupire, dit avoir trop chaud et a l'impression que la crise va revenir ;* le pouls n'est pas rapide; je lui suggère le calme et l'obtiens en quelques minutes. Réveil à 7 h. 50. Amnésie.

6. — *Même jour.* Vers la fin de l'après-midi, avant la séance d'hypnose, je demandai à Mme X. de me donner une description exacte de ses crises; elle se mit alors à me raconter en détail toutes les impressions qu'elle éprouve avant et après la perte de connaissance. Au milieu de son récit, *elle se sent subitement mal à l'aise, le sang lui monte à la tête, elle s'assied terrifiée dans son lit où elle était étendue, boit un verre d'eau, se met à trembler des mains et me dit: « n'en parlons plus, je sens que ça revient, sentez mon cœur. »* En la rassurant, je lui applique la main sur la région du cœur, qui bat en effet avec une violence et une rapidité extrêmes; en 30 secondes, je compte 60 pulsations, puis elles se ralentissent progressivement, en sorte qu'au bout d'une minute et demie, elles ont retrouvé leur fréquence habituelle (72); le choc est de nouveau moyen; la malade dit que « ça a passé » et se sent parfaitement bien.

7. — *5 nov. 1911.* Mme X. a présenté ce jour-là, en hypnose, un accès d'une intensité telle qu'il pourrait être compté au nombre des crises; il constitue dans tous les cas un anneau de transition qui appuie l'idée exposée plus haut, que les crises et les accès émotifs de la malade sont des phénomènes de même nature. Cet accès a été provoqué par une cause précise. — Hypnose à 5 h. 25. Sommeil profond. A 6 h. 30, le Dr Schmid veut bien, par manière d'expérience, essayer de réveiller la malade ; il lui répète un certain nombre de fois : « ouvrez les yeux, réveillez-vous », en élevant progressivement la voix. Au début, elle ne réagit pas; mais bientôt on la voit faire des efforts et ses paupières, par moments, s'entr'ouvrent pour se refermer presque aussitôt. *Subitement son visage se congestionne; elle tourne la tête à gauche, les mâchoires serrées. Les membres supérieurs s'étendent raides au-devant du corps; les avant-bras, dans une attitude de torsion forcée, présentent de petites secousses ; les doigts, à demi fléchis, sont crispés; les yeux sont grands ouverts.* A ce moment j'approche et je lui recommande de se calmer, mais ce n'est qu'après une minute environ qu'elle me répond : elle se sent très mal et souffre de la tête; j'obtiens avec peine qu'elle referme les yeux et je lui suggère de se reposer. Au bout de cinq minutes elle est de nouveau bien et me raconte qu'en mon absence on a voulu

la réveiller ; elle s'est effrayée et la crise est venue : elle a eu des palpitations, sa tête s'est tournée à gauche, mais je suis arrivé à temps et elle s'est rassurée.

Après l'avoir laissée dormir tranquille, je la réveille à 7 heures. Amnésie totale, mais au moment du réveil, elle sent sa tête un peu « serrée » ; cela passe au bout de quelques minutes et elle se trouve parfaitement bien.

A l'état de veille, Mme X. n'eut pas la moindre notion de la crise qu'elle avait eue en hypnose ; je ne lui en parlai que longtemps après, pour ne pas exciter chez elle de méfiance. Cette crise a été déterminée par une frayeur ; on conçoit en effet que la tentative de réveiller la malade, faite par un médecin qu'elle ne connaissait pas, ait été pour elle une cause d'effroi.

L'origine nettement émotive, le peu d'intensité des phénomènes convulsifs, la rapidité avec laquelle la patiente se laissa calmer, font ranger cet incident à côté des six accès précédents ; de plus, l'ébranlement occasionné fut si faible, que le sujet ne sortit pas de son état d'hypnose et resta amnésique au réveil. Néanmoins, si l'on n'envisage que sa forme, on conviendra qu'un tel accès mériterait bien la qualification d'épileptique.

Ces sept accès présentent les points communs suivants qui les rapprochent des crises :

1° Ils paraissent tous dépendre d'un état affectif. Ou bien la patiente s'énerve des essais tentés pour la réveiller (nos 3 et 7), ou bien elle est en train de donner sur sa maladie et ses affaires de famille des détails qui lui sont pénibles (nos 4, 5 et 6). Les accès 1 et 2, qui semblent s'être produits sans raison, étaient très probablement en rapport avec une suggestion antérieure.

2° Ils éclatent subitement. Qu'un individu ait de l'anxiété, des tremblements ou des palpitations d'origine émotive, cela n'a rien de surprenant. Mais il est plus singulier que ces phénomènes se produisent avec la soudaineté constatée chez Mme X. : elle se trouve tout à coup au comble de l'angoisse, comme si les causes morales, souvent très légères, supportées avec calme jusque-là, avaient préparé une explosion subite.

3° Ils sont de très courte durée. Souvent après une minute ou deux, quelquefois au bout de cinq minutes, rarement plus, l'accès émotif a complètement passé et laisse la malade dans une impression de bien-être.

4° Ils consistent en un ensemble, plus ou moins complet, de troubles tout pareils à ceux de l'aura des attaques convulsives : sentiments d'angoisse, afflux de sang au visage, palpitations, tremblements. Il n'y a jamais céphalées, envies de vomir, bourdonnements

d'oreilles, ni même sensations de vertige ou de boule hystérique, pas plus dans ces accès que dans l'aura des attaques.

C'est sur ces quatre points, ainsi que sur le caractère mixte de l'accès du 5 novembre (n° 7), que je me base pour conclure qu'il n'y a pas de différence essentielle entre les accès émotifs et les crises proprement dites ; ces accidents, d'intensités diverses, sont au fond tous de même nature et s'échelonnent en une série dont les termes extrêmes sont constitués, d'un côté par des mouvements d'angoisse passagers, de l'autre par des convulsions épileptiformes avec perte de connaissance. A laquelle des deux extrémités de cette série les apparences sont-elles le plus véridiques ? Faut-il en d'autres termes, assimiler les accès émotifs de M^me^ X. à des attaques épileptiques avortées, ou, au contraire, ne voir dans ses crises proprement dites que des réactions émotionnelles, très exagérées sans doute, mais indépendantes de l'épilepsie ? On verra plus loin que c'est la seconde de ces alternatives qui doit être la vraie.

DEUXIÈME PARTIE : **Diagnostic.**

Parmi les nombreuses affections au cours desquelles peuvent se produire des attaques convulsives, je ne ferai que mentionner pour mémoire l'éclampsie puerpérale, les méningites, certaines intoxications, le diabète, la sclérose en plaques et la paralysie générale, dont il ne saurait être question dans le cas de M^me^ X. L'urémie doit également être écartée en l'absence de tout signe de brightisme. Bornons-nous donc à passer en revue les maladies entre lesquelles on pourrait hésiter ici.

I. — Epilepsie essentielle (vulgaire ou idiopathique).

Bien que le cadre de cette affection aille toujours en se restreignant, on continue à réserver le terme d'essentiel aux formes où la maladie débute dans la jeunesse sans cause déterminante nette ; l'hérédité, par contre, y joue un rôle important.

Le symptôme principal consiste en une déchéance intellectuelle progressive pouvant aboutir à la démence. Beaucoup de jeunes idiots, présentant des convulsions, ne seraient en réalité que des épilepti-

ques chez lesquels l'affaiblissement mental s'est produit très rapidement (Dutil[1]). Les modifications psychiques permanentes sont considérées comme pathognomoniques de l'épilepsie par un nombre d'auteurs toujours croissant, tandis que les attaques en elles-mêmes[2] perdent de plus en plus leur valeur diagnostique (Jones[3]). Ces modifications, qui ne sont d'ailleurs pas forcément proportionnées à l'intensité des paroxysmes convulsifs, consistent en troubles du caractère et de l'intelligence (variabilité d'humeur, impulsivité, égocentrisme, etc.).

Remarquons que, même limité de cette façon, le domaine de l'épilepsie essentielle ne se justifie pas au point de vue étiologique, car il n'est pas possible d'éliminer d'une manière absolue, dans un cas donné, l'hypothèse d'une encéphalite ancienne ou d'un traumatisme passé inaperçu[4]. Néanmoins cette forme, dont il ne peut s'agir chez notre malade, subsiste cliniquement et doit être maintenue au point de vue pratique.

Quant aux formes qui débutent chez l'adulte, il est à présumer qu'on finira par les séparer complètement de l'épilepsie idiopathique, au profit d'autres affections. La tendance se dessine toujours davantage, de les attribuer à des lésions inconnues et de les rattacher ainsi à l'épilepsie symptomatique ; d'un autre côté, on s'efforce de les expliquer par des troubles dans les échanges nutritifs, ce dont témoignent les nombreuses recherches portant sur le rôle des sécrétions internes (Masoin[5]), et sur la composition de l'urine avant et après les attaques convulsives (Allers[6], Kempner[7]).

Aux deux facteurs anatomique et toxique, qui sont sans doute fréquemment en cause, il faut en ajouter deux autres qu'on aurait tort de négliger ; je veux parler des cas où l'hystérie entre en ligne de compte, et de ceux que l'on peut qualifier d'épilepsie émotionnelle.

---

[1] DUTIL, *Troubles mentaux dans l'épilepsie. Epilepsie psychique ;* in Pathologie mentale de Ballet, 1903, p. 851.

[2] Les signes différentiels de l'attaque elle-même seront passés en revue plus loin, à propos de l'hystérie (p. 69).

[3] JONES, *The mental characteristics of chronic epilepsy.* (Rés. in Journ. of abnorm. Psychol., 1911, VI, p. 183).

[4] En ce qui concerne la lues héréditaire, 4 à 7 pour 100 des cas d'épilepsie essentielle seraient en rapport avec elle, d'après Bratz et Lüth. (Arch. f. Psych., 1900, XXXIII, p. 621).

[5] MASOIN, *Nouv. rech. chim. sur l'épil.* Annales méd.-psychol., 1905, I, p. 416.

[6] ALLERS, *Zur Theorie der postepil. Albuminurie.* Zschr. f. Neur. u. Psych., 1912, VIII, p. 361.

[7] KEMPNER, *Ueber d. Ausscheidung von Aminostickstoff, etc.* Zschr. f. Neur. u. Psych., 1912, XI, p. 482.

Nous nous trouvons ainsi en présence de quatre pathogénies distinctes qui pourraient se rencontrer aussi bien les unes que les autres, isolément ou combinées entre elles, à la base de ce qu'on appelle couramment l'épilepsie, et se traduire extérieurement par des attaques de haut-mal, en sorte que toute théorie n'attachant d'importance qu'à l'une d'elles paraît trop exclusive.

Si vraiment l'épilepsie comprenait des affections de natures aussi différentes, n'ayant de commun que leurs crises convulsives, cela n'expliquerait-il pas, en une certaine mesure, les caprices souvent si déconcertants de la thérapeutique à l'égard de cette maladie ? On assiste en effet, sous ce rapport, à un spectacle étrange. A côté du traitement de choix (bromures, opium, associés à certains régimes alimentaires), on en voit surgir d'autres, aussi insolites que variés. Citons : décompression cranienne (Kocher, Krause)[1], ligature du sinus longitudinal supérieur[2], injection de venin de crotale (Spangler, Fackenheim)[3], lavages du côlon (Laplace)[4], extirpation du ganglion supérieur du sympathique[5], sérothérapie[6], galvanisation cervicale (Hartenberg)[7], injections intrarachidiennes de stovaine (Giacomelli)[8], hypnose prolongée (Wetterstrand[9]), etc...

Puisque des traitements aussi inattendus et disparates ont chacun à leur actif des améliorations ou des guérisons, n'est-il pas légitime de supposer que les malades en question, *uniformément taxés d'épileptiques* par leurs observateurs respectifs, étaient atteints d'affections radicalement diverses ? L'épilepsie, loin de reconnaître une pathogénie unique — et abstraction faite de la forme mentionnée plus haut, la seule qui mérite encore le nom d'essentielle, caractérisée par son début dans la jeunesse et par des troubles intellectuels permanents — pourrait se répartir en quatre groupes à base anatomique, hystérique, toxique, ou émotionnelle.

Le cas de M^me^ X. ne saurait rentrer dans aucun des trois premiers ; c'est ce que je chercherai à montrer dans les chapitres sur l'hystéro-

---

[1] Voir Semaine médicale, 1910, p. 160.
[2] Ibid., 1909, p. 480.
[3] Ibid., 1911, p. 471.
[4] Ibid., 1908, p. 24.
[5] Voir Traité d'Oppenheim, p. 1240.
[6] Voir Drompt, *De la sérothérapie dans l'épilepsie*. Diss. Montpellier, 1910.
[7] Voir Encéphale, 1912, I, p. 179.
[8] Voir Revue neurologique, 1912, I, p. 819.
[9] Wetterstrand, *Ueber den künstlich verlängerten Schlaf bei der Behandl. der Hysterie, Epilepsie und Hystero-Epilepsie*. Zschr. f. Hypnot., 1892-1893, I, p. 17.

épilepsie, l'épilepsie symptomatique et les épilepsies tardives. La malade constitue, en revanche, un exemple d'épilepsie émotionnelle, cette forme moins connue, dont il sera question en dernier lieu.

II. — Hystéro-épilepsie.

Les diverses acceptions dans lesquelles peut être pris le terme équivoque d'hystéro-épilepsie nous obligent à diviser ce chapitre en plusieurs articles.

1° HYSTÉRO-ÉPILEPSIE OU ASSOCIATION DES DEUX MALADIES.

Il s'agit ici d'une simple coexistence, les deux affections évoluant parallèlement : l'individu atteint présente des attaques tantôt nettement épileptiques, tantôt nettement hystériques. Presque toujours l'épilepsie précède les manifestations hystériques (Hermann [1], Diller [2]) ; ces dernières viennent se greffer sur la maladie primitive, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné la fréquence générale des associations hystéro-organiques.

Sans doute M^me^ X. a eu des symptômes qui passent d'ordinaire pour relever de l'hystérie (abolition du réflexe pharyngien, noctambulisme) ; mais elle n'a jamais eu d'attaques ayant les caractères indiscutables de la névrose. D'autre part ses crises ne paraissent pas pouvoir être attribuées purement et simplement à l'épilepsie ; aussi serait-il inexact de parler ici d'une coexistence de deux affections dont ni l'une ni l'autre ne s'est jamais présentée clairement chez elle.

2° HYSTÉRO-ÉPILEPSIE OU GRANDE HYSTÉRIE DE CHARCOT.

Par opposition à l'hystéro-épilepsie à crises distinctes, on admettait autrefois une forme à crises mixtes ou combinées ; Charcot s'est efforcé d'en nier l'existence et de montrer qu'il s'agissait là d'une variété de la névrose qu'il appela grande hystérie. Tout le monde connaît sa description magistrale de l'attaque en quatre phases : convulsions épileptoïdes, contorsions et grands mouvements cloniques, attitudes passionnelles et délire. L'ouvrage classique de Richer [3] en trace un tableau très détaillé, mais qui, dans la pratique, se rencontre si rarement au complet, qu'on le considère comme ayant été

---

[1] HERMANN, *Ueber spät auftretende hyst. Anfälle bei Epileptikern*. Monatschr. f. Psych. u. Neur., 1903, XIII, p. 24.

[2] DILLER, *Differential diagnosis between epilepsy and hysteria*. Internat. Clin., 1910, IV, p. 177. (Rés. in Jahresber., 1910, XIV, p. 790).

[3] RICHER, *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie*. Paris, 1881.

créé plus ou moins artificiellement à la Salpêtrière par la suggestion et l'imitation. Il n'y a pas lieu d'insister ici sur cette forme.

3° Hystéro-épilepsie ou Hystérie épileptiforme.

L'hystérie, à elle seule, se manifeste parfois par des attaques qui simulent la crise typique d'épilepsie (aura, perte de connaissance, chute, convulsions toniques et cloniques, stertor final) ; c'est en somme de l'hystérie épileptiforme [1].

On a cherché des signes de diagnostic différentiel dans l'attaque elle-même ; aucun d'eux, sauf le phénomène des orteils (Babinski) quand il existe, n'a de valeur absolue. Toutefois, ils gardent une réelle importance, car la présomption qu'ils fournissent en faveur de l'une ou de l'autre maladie va pratiquement jusqu'à la certitude, lorsqu'ils se trouvent réunis en nombre suffisant.

Le cri initial, la morsure de la langue, l'incontinence vésicale et parfois rectale sont beaucoup plus fréquents dans le mal comitial ; mais ils peuvent y faire défaut et se rencontrer par contre au cours de l'attaque hystérique. Bonjour [2] ne considère comme pathognomonique de l'épilepsie que la morsure à la pointe de la langue.

L'hystérique peut se blesser dans la chute comme l'épileptique, bien que ses crises soient moins foudroyantes ; leur nature ne laisse pas de doute lorsqu'elles s'accompagnent d'arc de cercle, de mouvements bizarres, de sanglots, d'attitudes passionnelles ou de délire, autant de symptômes qui esquissent la grande attaque de Charcot.

Les pupilles sont le plus souvent, mais non toujours, dilatées pendant la crise épileptique, avec abolition du réflexe lumineux. Les mêmes modifications, et d'autres, variables, peuvent se retrouver [3], quoique rarement, au cours de l'attaque hystérique (Déjerine [4]) ; dans ce cas, la mydriase, qui n'est jamais de longue durée, serait un phénomène spasmodique entraînant l'abolition du réflexe à la lumière. L'immobilité pupillaire ne constitue donc pas un élément de diagnostic absolument certain (Westphal [5], Karplus [6],

---

[1] L'hystérie peut aussi revêtir la forme de l'épilepsie partielle (voir au chapitre suivant).

[2] Bonjour, *Diagnostic différentiel des crises épileptiques*. Congr. des alién. et neurol., Genève-Lausanne, 1907, II, p. 435.

[3] Certains auteurs (Babinski) le nient. Voir à ce sujet Sauvineau, *La mydriase hystérique n'existe pas*. Rev. neur., 1906, II, p. 1017.

[4] Déjerine, *Troubles de la vision dans les névroses*, in Pathol. de Bouchard, 1901, V, p. 1125.

[5] Westphal, *Ueber Pupillenersch. bei Hysterie*. Berl. klin. Wochensch., 1897.

[6] Karplus, *Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfall*. Jahrb. f. Psych. u. Neur., 1898, XVII, p. 1. (Rés. in Jahresber., 1898, II, p. 423).

Hoche [1], Binswanger [2]). Il en est de même pour la trépidation épileptoïde du pied qui, d'après Oppenheim [3] et contrairement à l'opinion de quelques auteurs français, se rencontre aussi chez les névropathes.

Autrement précieux est le signe de Babinski ; on le trouve presque toujours dans l'épilepsie, au moment de l'attaque et immédiatement après (86 pour cent des cas, d'après une statistique de Hempel et Berg [4]) ; sa valeur est donc décisive lorsqu'il est positif, car il ne peut être reproduit par la névrose. Babinski indique un autre symptôme qui permettrait d'affirmer l'épilepsie, mais qui est d'une appréciation plus difficile : la lividité du visage et des lèvres [5].

La pâleur initiale de la face, la flexion forcée du pouce, et surtout la période de stertor final, constituent de fortes présomptions pour l'épilepsie. On n'accorde plus guère d'importance aujourd'hui à l'inversion, qu'avait constatée Gilles de la Tourette, de la formule phosphatique de l'urine émise à la fin de la crise hystérique. Quant à la compression ovarienne, décrite par Charcot, elle démontre la nature de l'attaque lorsqu'elle la coupe, mais ne prouve rien si elle reste sans résultat ; même chez certaines grandes hystériques de la Salpêtrière elle échouait complètement [6] ; à plus forte raison ne faut-il pas s'attendre à la voir réussir chez des sujets qui n'ont jamais été soumis précédemment à cette manœuvre suggestive.

Il résulte de ce qui précède que les attaques de Mme X., considérées en elles-mêmes, pourraient appartenir à l'hystérie épileptiforme aussi bien qu'à l'épilepsie vraie : jamais de cri initial, morsure de la langue et incontinence tout à fait exceptionnelles (elles n'ont pas été constatées lors des six crises à l'hôpital), réactions pupillaires conservées, absence de signe de Babinski. Le traitement médicamenteux ne peut fournir aucune indication, n'ayant été ni assez régulier ni d'une durée suffisante pour exercer de l'effet.

Mme X. est-elle hystérique ? L'absence du réflexe pharyngien et le rétrécissement du champ visuel rendraient cette hypothèse probable ; mais on sait qu'il ne faut pas attribuer trop de valeur à ces prétendus stigmates. La suggestibilité hypnotique est plus significative lorsqu'elle peut être développée à ce point chez un adulte. Les accès de

---

[1] HOCHE, *Die Differentialdiagn. zwischen Epilepsie und Hysterie*. Berlin, 1902.
[2] BINSWANGER, *Die Epilepsie*. Vienne, 1899. — *Die Hysterie*. Vienne, 1904.
[3] OPPENHEIM, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 4me éd., 1905, p. 1089.
[4] HEMPEL U. BERG, *Ueber das Vorkommen des Babinskischen und Oppenheimschen Zeichens, etc.* Neurol. Centralbl., 1910, XXIX, p. 850.
[5] Gaz. des hôpitaux, 1904, II, p. 1125.
[6] RICHER, *loc. cit.*, p. 598.

somnambulisme nocturne militent dans le même sens ; aussi peut-on résumer en disant que la malade est sujette à des manifestations hystériques ; mais on ne saurait se baser sur ce fait seul pour affirmer que ses attaques, de caractère douteux, relèvent aussi de la névrose.

4° Hystéro-épilepsie ou Affection mixte.

Charcot avait cherché à démontrer que cette forme n'existait pas ; c'est l'opinion qui prévaut encore aujourd'hui (Kaiser[1], Bratz et Falkenberg[2], etc.). Crocq s'exprime ainsi : « Il ne peut pas y avoir de rapport entre ces deux états morbides, qui ne s'associent que par leur terrain névropathique commun »[3]. Mais les auteurs ne sont pas tous aussi catégoriques dans le sens de la négative.

Binswanger[4] admet qu'il existe une hystéro-épilepsie comme entité intermédiaire, distincte mais rare. — Nonne[5] fait le récit d'un cas dont les manifestations nettement hystériques ou épileptiques sont si bien enchevêtrées, qu'il se refuse à l'expliquer par une simple coexistence et penche pour la possibilité d'une fusion réelle des deux maladies. — Dans la discussion sur l'émotion qui eut lieu à la séance commune des Sociétés de neurologie et de psychiatrie de Paris (9 décembre 1909), Janet cite le cas de deux jeunes gens souffrant depuis plusieurs années de crises de somnambulisme nocturne ; des amis leur ayant jeté, dans cet état, un pot d'eau sur la figure afin de les réveiller, tous deux tombèrent brusquement en convulsions ; dès ce moment les accès de somnambulisme disparurent, mais furent remplacés par de véritables attaques épileptiques. A ce propos, tout en reconnaissant que ces problèmes sont à reprendre, Janet s'exprime ainsi : « l'émotion semble pouvoir aussi modifier les névroses préexistantes et les transformer en épilepsie »[6]. — Claude, au sujet de certains faits d'une interprétation délicate, soulève la question de savoir si des troubles d'origine émotive, rattachés sans hésitation à l'hystérie, « ne seraient pas susceptibles de se transformer au point de revêtir l'allure clinique propre à l'épilepsie »[7]. — Souques, à côté de cas certainement attribuables à une coexistence des deux affections, dit avoir vu trois fois « l'hystérie, qui avait été la première en date, disparaître, et l'épilepsie persister, comme si celle-là s'était transformée en celle-ci »[8]; il pense néanmoins qu'il doit y avoir là une simple association morbide.

---

[1] Kaiser, *Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie*. Monatschr. f. Psych. u. Neur., 1902, XI, p. 248.

[2] Bratz u. Falkenberg, *Hysterie u. Epilepsie*. Arch. f. Psych., 1904, XXXVIII, p. 500.

[3] *Soc. de neurol. et de psych. de Paris*, 9 déc. 1909. Encéphale, 1910, I, p. 225.

[4] *Loc. cit.*

[5] Nonne, *Ueber Hystero-Epilepsie*. Mitteil. etc. (Rés. in Jahresber. 1905, p. 660).

[6] Encéphale, 1910, I, p. 222.

[7] Ibid., p. 224.

[8] Ibid., p. 224.

Que penser encore de ces épileptiques qui, par un effort de volonté, par une tension énergique de tout leur être pour résister à la perte de connaissance [1], réussissent à éviter la crise? Ce phénomène étrange, constaté déjà par Tissié [2] et par Gélineau [3], a été signalé plus récemment par Oppenheim, dans son traité classique, et confirmé par Roskam, Pick et Thomson (cités par Oppenheim).

Peut-être enfin est-ce le lieu de parler de ces deux acrobates, observés par Serguieiew, « chez qui l'épilepsie se traduit par l'exécution quasi automatique de leurs exercices habituels: sauts périlleux, travaux de trapèzes, etc. Avec le temps, l'intelligence s'affaiblit, et les mouvements combinés sont remplacés par des attaques convulsives déréglées. Mais il suffit que le souvenir de la profession antérieure soit ravivé par la vue du cirque pour que les attaques d'épilepsie se mettent à reproduire de nouveau les tours de force professionnels ». (Résumé de Keraval) [4].

Dans les faits de ce genre, du reste rares, où l'hystérie et l'épilepsie semblent se muer l'une dans l'autre, ne s'agirait-il pas précisément, au lieu d'épilepsie vraie, d'épilepsie émotionnelle? La fusion serait ainsi un phénomène plus intelligible, car on est habitué aux relations qui existent entre le tempérament hystérique et la tendance aux fortes réactions d'ordre émotif. Cette interprétation, il est vrai, ne s'accorde guère avec la manière de voir de Babinski, d'après laquelle il y aurait incompatibilité entre les accidents de la grande névrose et l'émotion; je reviendrai plus bas sur ce point.

Quoi qu'il en soit, le problème de l'hystéro-épilepsie en tant qu'affection mixte est loin d'être résolu; aussi serait-ce éluder les difficultés du diagnostic que de faire rentrer sous cette confuse rubrique le cas qui nous occupe.

Il reste à mentionner la conception que Steffens [5] se fait de l'hystéro-épilepsie; il estime que ce terme, au lieu de s'appliquer aux formes mixtes, doit embrasser un domaine immense de psychonévroses dégénératives, comprenant à la fois l'hystérie et l'épilepsie; ces maladies, dans leurs cas parfaitement typiques et distincts, ne seraient que les deux extrémités d'une même chaîne. L'objection principale que soulève cette définition, c'est son manque d'utilité pratique: même si l'on admet l'existence de degrés intermédiaires,

---

[1] « ... *durch ein mit aller Macht erzwungenes Wachhalten des Bewusstseins* » (OPPENHEIM, *Lehrbuch*, p. 1215).

[2] TISSIÉ, *Action inhibitoire de la volonté sur les attaques d'épilepsie*. Rev. de l'hypnot., 1896, X, p. 129.

[3] GÉLINEAU, *De l'inhibition des accès d'épilepsie*. Rev. de l'hypnot., 1896, X, p. 243.

[4] Encéphale. 1910, I, p. 739.

[5] STEFFENS. *Ueber Hystero-Epilepsie*. Arch. f. Psych., 1905, XXXIX, p. 1252.

c'est entretenir la confusion que de réunir, par une désignation commune, une série de tableaux cliniques aussi différents.

Remarques sur l'Hystérie et l'Epilepsie.

Comme complément à ce chapitre, il peut être intéressant de rappeler ici un certain nombre de faits moins connus, bien qu'ils n'aient pas de rapport direct avec le cas de Mme X.

a) A côté de leur périodicité, on considère souvent comme caractéristique des manifestations épileptiques l'*amnésie consécutive*[1]. Celle-ci, contrairement à l'idée courante, n'est pas toujours absolue; plusieurs auteurs (Maxwell[2], Joffroy et Dupouy[3], etc.) insistent sur ce point. Alzheimer[4] notamment a montré que cette amnésie est en partie rétrograde, c'est-à-dire qu'elle s'étend à l'époque qui a précédé le paroxysme; ce sont surtout ces souvenirs antérieurs qui peuvent ressortir intacts au bout d'un temps plus ou moins long; ceux datant de l'accès lui-même reparaissent parfois aussi spontanément, mais d'une façon incomplète et peu précise. Il était donc naturel de se demander si l'on parviendrait à vaincre artificiellement l'amnésie épileptique, comme c'est le cas pour l'hystérique. Les expériences de Græter, von Muralt et Riklin prouvent que la chose est possible au moyen de l'hypnose.

Græter[5], sous la direction de Forel, a réussi à ramener le souvenir d'une période de sept jours, suivie d'amnésie complète, chez un individu de 25 ans atteint d'épilepsie alcoolique.

Von Muralt[6] expose un cas d'épilepsie essentielle accompagnée déjà d'affaiblissement intellectuel : à l'âge de 39 ans, ce malade eut en trois jours six fortes crises convulsives entre lesquelles il dormit; puis, après 48 heures de sommeil, il entra dans un état crépusculaire et délirant, dont il sortit au bout d'une semaine avec une amnésie complète; mais celle-ci embrassait en outre les six jours qui avaient précédé les crises. Les souvenirs disparus dans cette portion rétrograde de l'amnésie purent être recouvrés assez exactement, grâce à l'hypnose; par contre, il ne fut pas possible d'en faire reparaître sur la période même des attaques; mais, comme le remarque v. Muralt, il ne s'agit pas là d'une véritable lacune de la mémoire : le sujet ne peut rien se rappeler parce que de fait il n'a rien emmagasiné à ce moment, où ses facultés de perception et d'attention étaient totalement suspendues (amnésie de fixation).

---

[1] Le phénomène de l'amnésie est surtout intéressant dans l'épilepsie psychique, qui se manifeste par des altérations soudaines de la conscience; certains auteurs (Boris-Sidis, cité par Fox) rapprochent cette forme des « états seconds » des sujets hypnotisés et des automatismes posthypnotiques.

[2] Maxwell, *L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie*. Bordeaux, 1903, p. 57.

[3] Joffroy et Dupouy, *Fugues et vagabondage*. Paris, 1909, p. 307.

[4] Alzheimer, *Ueber rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie*. Allg. Zschr. f. Psych., 1897, LIII, p. 483.

[5] Græter, *Ein Fall von epileptischer Amnesie, durch hypnotische Hypermnesie beseitigt*. Zschr. f. Hypnot., 1899, VIII, p. 129.

[6] v. Muralt, *Zur Frage der epilept. Amnesie*. Zschr. f. Hypnot., 1902, X, p. 75.

Quant aux souvenirs de la phase délirante, ils purent être réveillés d'une façon confuse en hypnose. Le travail de v. Muralt vient donc à l'appui des constatations d'Alzheimer.

Riklin [1] est arrivé, par le même procédé, à ramener à la mémoire d'un de ses patients des faits écoulés pendant une période crépusculaire de plusieurs jours, que le malade ne pouvait se rappeler. Dans deux autres cas il a obtenu des résultats analogues; il reconnaît toutefois que ces expériences d'hypnotisme sur des épileptiques, en général longues et laborieuses, présentent plus d'intérêt scientifique que d'utilité pratique.

b) Ces considérations rappellent la question, presque entièrement délaissée aujourd'hui, du *traitement psychique de l'épilepsie.* Voisin [2] relève le fait que chez certains épileptiques les attaques sont déterminées par des causes nettement assignables (excès divers, ébranlements moraux), et il recommande à ce propos que l'on approfondisse l'étude du traitement par l'hypnose; les cas qu'il vise rentreraient sans doute dans le cadre de l'épilepsie émotionnelle, affection justiciable, comme on le verra plus loin, de la psychothérapie. Quant à l'épilepsie vulgaire, les opinions varient : Forel [3] l'estime rebelle à l'hypnose; Hollander [4], sans être bien catégorique, reste plutôt sceptique; Wetterstand [5], Bonjour [6], van Renterghem [7] auraient obtenu des résultats.

En présence des témoignages contradictoires de praticiens d'un tel renom, il serait peu scientifique de dénigrer systématiquement le traitement hypnotique de l'épilepsie. Ses succès n'auraient d'ailleurs rien d'inconcevable, puisque ce n'est pas la suggestion verbale que les spécialistes emploient dans ces cas, mais simplement l'hypnose calme et profonde de longue durée; ainsi Wetterstrand laisse dormir ses patients pendant un mois et plus. Un tel sommeil ininterrompu (sauf, si cela est nécessaire, aux heures des repas) doit être en effet singulièrement reposant pour le système nerveux, sans léser ni le jeu des fonctions organiques ni les susceptibilités de la muqueuse gastrique; aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que les états les plus graves et les plus divers, comme la chlorose, l'anémie, l'hystéro-épilepsie et même l'épilepsie vulgaire, en ressentent des bienfaits. En ce qui concerne cette dernière affection, Hilger [8] a donné la statistique suivante : sur sept malades qu'il a traités par l'hypnose, deux ont été améliorés, mais les cinq autres n'en ont éprouvé aucun effet. Mentionnons

---

[1] RIKLIN, *Hebung epilept. Amnesien durch Hypnose.* Journ. f. Psychol. u. Neur., 1902, I, p. 200. — ID., *Zur Anwend. der Hypnose bei epilept. Amnesien.* Ibid., 1903, II, p. 28.

[2] VOISIN, *Le traitement de l'accès d'épilepsie.* Rev. de l'hypnot., 1897, XI, p. 327.

[3] FOREL, *Le traitement de l'épilepsie.* Rev. méd. Suisse rom., 1909, XXIX, p. 5.

[4] HOLLANDER, *Hypnotism and suggestion.* Londres, 1910.

[5] *Loc. cit.*

[6] BONJOUR, *Guérisons par l'hypnotisme.* Rev. méd. Suisse rom., 1895, XV, p. 185.

[7] v. RENTERGHEM, *Psychothérapie, compte rendu des résultats obtenus à la Clin. d'Amsterdam.* Paris, 1894. Statistique, p. 52.

[8] HILGER, *Zur Kasuistik der hypnotischen Behandlung der Epilepsie.* Zschr. f. Hypnot., 1900, IX, p. 47.

enfin les travaux plus récents de Stekel [1], Sadger et Mæder (cités par Stekel), sur l'utilite thérapeutique éventuelle de la psychoanalyse.

Sans doute on pourrait toujours objecter que les moyens de ce genre n'améliorent qu'une *hystéro*-épilepsie méconnue; mais s'il est aisé de poser après coup ce diagnostic rétrospectif, il semble précisément qu'il soit parfois impossible de le faire avant; l'objection est donc toute théorique et l'on reste en droit de se demander si une certaine proportion des cas taxés sans hésitation d'épilepsie essentielle ne retireraient pas peut-être quelque profit d'un traitement psychique.

c) A côté de son rôle thérapeutique, *l'hypnose peut-elle avoir quelque valeur diagnostique?* C'est un fait connu que les troubles fonctionnels des névropathes ou des hystériques sont souvent curables par la suggestion hypnotique; les épileptiques, par contre, sont difficilement accessibles à cette méthode [2]. Bonjour recommande d'appliquer l'hypnose, d'une manière générale, à un grand nombre d'états morbides, afin de voir si leurs symptômes trahissent ou non une lésion matérielle. Mais ce procédé de diagnostic n'est pas absolu, car la suggestion, sous toutes ses formes, est capable d'influencer un certain nombre d'affections organiques; preuve en soit l'amélioration notable qu'elle amène dans diverses sortes de rhumatisme (Bernheim [3], Bonjour). Et il ne manque pas d'exemples montrant que l'efficacité de l'hypnose peut induire en erreur sur la nature du mal:

Claude [4] cite le cas d'une femme hystérique qui présenta à plusieurs reprises une paraplégie, guérie chaque fois par la suggestion; finalement l'impotence devint complète, avec signe de Babinski, atrophies musculaires et escarres; or, même à ce stade, les troubles de la sensibilité s'effaçaient en partie, et quelques mouvements redevenaient possibles, dans l'état d'hypnose. L'autopsie révéla des tumeurs méningées multiples dans le canal médullaire. — Pelnar [5] rapporte les observations de trois personnes atteintes d'abcès cérébraux longtemps méconnus, grâce au caractère spécial des crises, qui s'accompagnaient de gestes théâtraux, se calmaient par la suggestion, et cédaient même parfois à la compression des fosses iliaques. — Henneberg [6] parle d'un cas d'attaques épileptiformes attribuées à l'hystérie parce qu'elles étaient influencées par l'hypnose; mais ensuite apparut la stase papillaire et la trépanation fit découvrir une tumeur diffuse inopérable.

Ces faits montrent que les troubles fonctionnels et subjectifs, — que l'on puisse parler ou non d'une véritable association hystéro-organique, — s'étendent souvent bien au delà des limites du territoire matériellement lésé; aussi ne saurait-on tenir pour un élément de diagnostic le fait qu'ils diminuent sous

---

[1] Stekel, *Psychische Behandl. der Epilepsie*. Zentrbl. f. Psychoanal., 1911, p. 220.

[2] Les épileptiques présentent, en revanche, une suggestibilité spontanée à l'issue de la crise (Margulès, *Suggestibilität im postepileptischen Zustande*. Arch. f. Kriminalanthropol., 1907).

[3] Bernheim, *De la suggestion et de ses applic. à la thérapeutique*. Paris, 1888.

[4] Claude, *Compression médullaire et hystérie*. Encéphale, 1910, II, p. 359.

[5] Pelnar, *Symptômes hystériques trompeurs*. Sem. méd., 1909, XXIX, p. 406.

[6] Henneberg, *Fehldiagnosen in operativ behandelten Fällen von Jacksonscher Epilepsie, etc.* Charité-Ann., XXIX, p. 314. (Rés. in Jahresber. 1905, IX, p. 519).

l'effet de l'hypnose; il est évident, d'autre part, que celle-ci, judicieusement appliquée, peut rendre des services dans plusieurs maladies organiques, quand ce ne serait que comme palliatif, chez des incurables, au même titre que la morphine. Pewnizki [1] indique les résultats qu'il a obtenus par ce traitement dans des cas de myélites, tabes, syringomyélie, etc.

d) Une méthode plus moderne, celle des *associations d'idées*, semble devoir donner des indications diagnostiques assez précises. Soumis à des expériences d'associations, les épileptiques présentent des particularités qui les distinguent du type normal (durée des réactions, nature des associations, etc.). Ces particularités varient suivant le genre d'épilepsie et diffèrent aussi de celles que l'on rencontre dans d'autres affections, telles que l'hystérie, l'imbécillité, la folie périodique, etc. Plusieurs auteurs (Jung [2], etc.) ont étudié ces phénomènes, dont l'article de Rittershaus [3] donne un bon exposé en y apportant des faits nouveaux.

A première vue, il paraît étrange que l'on se base sur des méthodes psychologiques pour étayer un diagnostic clinique; mais la chose cesse de surprendre quand on songe à l'importance qu'on accorde aujourd'hui aux troubles progressifs du caractère et de l'intelligence chez les épileptiques; la recherche des associations d'idées pourrait être considérée, dans ce cas, comme un procédé très sensible, une délicate pierre de touche, permettant de déceler un affaiblissement mental encore trop léger pour être appréciable à l'observation directe.

III. — Epilepsie symptomatique.

Le terme d'épilepsie symptomatique est pris ici comme synonyme d'épilepsie partielle ou jacksonienne, due, dans la règle, à une lésion corticale intéressant la zone motrice.

C'est Jackson qui découvrit en 1866 la pathogénie de cette affection, dont Bravais avait déjà décrit, quarante ans auparavant, les trois types facial, brachial et crural, suivant le lieu où se produisent les convulsions initiales. Celles-ci se propagent souvent à la moitié du corps, ce qui justifie l'expression d'épilepsie hémiplégique; elles s'étendent parfois aussi au corps entier, constituant un type généralisé. Dans ce dernier cas l'extension aux quatre membres se fait moins rapidement que dans l'épilepsie essentielle. L'épilepsie symptomatique peut comporter, à la longue, des équivalents psychi-

---

[1] PEWNIZKI, *Kasuis. Mitteil. zur Anwend. der Hypnose bei unheilb. organ. Erkrankungen*. Journ. f. Psychol. u. Neur., 1904, II, p. 242.

[2] JUNG, *Diagnostische Assoziationsstudien; Analyse der Assoziationen eines Epileptikers*. Journ. f. Psych. u. Neur., 1905, V, p. 73.

[3] RITTERSHAUS, *Zur psychologischen Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsieformen*. Arch. f. Psych., 1910, XLVI, p. 1 et 464.

ques et aboutir même à la démence ; ces phénomènes doivent être considérés ici comme secondaires aux accidents convulsifs, tandis qu'ils en seraient contemporains dans l'épilepsie idiopathique. Notre malade rentrerait dans le « type facial », où la perte de connaissance est de règle dans la majorité des cas, et la déviation de la tête à gauche, presque constante au début de ses crises, constituerait une présomption en faveur d'une lésion circonscrite. D'autres symptômes de localisation précise n'ont pas pu être constatés [1] ; les convulsions simultanées des deux bras indiqueraient en tout cas une généralisation très rapide. Les anesthésies, hémianopsies, aphasies, et paralysies transitoires sous forme monoplégique, que les attaques en foyer laissent souvent après elles, font défaut ; mais il va de soi que des signes négatifs ne prouvent rien.

Les causes principales capables de produire l'épilepsie jacksonienne sont les *gommes*, les *tubercules* et les *tumeurs*. L'absence de tout indice de lues ou de bacillose dans le cas particulier, rend les deux premières hypothèses bien improbables ; une tumeur d'une autre nature ou un kyste seraient plus admissibles. Mais, même en acceptant l'une de ces étiologies, on s'explique difficilement l'évolution de la maladie, la fréquence des crises dans certaines périodes de préoccupations ou de surmenage, alternant avec des phases de santé physique parfaite pendant plusieurs mois. D'une façon générale, il ne s'est produit aucune aggravation depuis trois ans que l'affection dure, il n'y a ni céphalées, — sauf parfois pendant quelques heures après les attaques — ni vomissements. Le fond de l'œil est normal.

En fait de causes locales qui n'évoluent pas, il faut penser soit à un *traumatisme cranien*, soit à une *cicatrice méningée*. On ne voit pas d'où pourrait provenir cette dernière. Quant à l'idée d'une esquille osseuse, elle serait plausible chez une femme exposée, comme M^me^ X., à recevoir de son mari des coups, dont aucun cependant ne lui a laissé de traces visibles ; c'est, à la rigueur, à ce diagnostic que nous nous rattacherions, si celui d'épilepsie émotionnelle ne nous semblait préférable.

Si la malade avait pu rester plus longtemps en observation, peut-

---

[1] Les symptômes légers décelés lors des 3^me^ et 4^me^ crises (p. 56) seraient plutôt en faveur d'une localisation dans l'hémisphère gauche ; mais ce fait ne s'accorde guère avec la déviation initiale de la tête à gauche, puisque dans l'épilepsie jacksonienne, due, comme on sait, à une lésion irritative de l'écorce, la tête se tourne du côté opposé à celui de la lésion.

être l'aurait-on décidée, pour lever tous les doutes, à accepter une trépanation exploratrice. Mais, outre que cette opération n'est pas d'une innocuité absolue, on se serait guidé, pour la faire, sur le seul signe pouvant être considéré comme un symptôme de localisation, la rotation initiale de la tête à gauche ; or ce signe ne mérite pas qu'on lui attribue une trop grande valeur, vu qu'il pourrait reconnaître une autre origine, indépendante de toute lésion organique.

Souques, de Martel et Bollack ont présenté à la Société de neurologie [1] un homme souffrant de crises du type facial, analogues à celles de notre malade. La trépanation au niveau du centre moteur de la face, dans l'hémisphère droit, fit découvrir une tumeur bien limitée, de la grosseur d'une noix, qu'on extirpa. Les résultats thérapeutiques paraissent avoir été excellents. Mais ici le diagnostic s'imposait, grâce aux signes suivants : céphalées paroxystiques localisées remontant à cinq ans, troubles gastriques, ébauche d'éventail dans le réflexe cutané plantaire gauche et stase des papilles ; en outre les attaques devenaient de plus en plus fréquentes et l'état général déclinait. Ces symptômes, qui décidèrent l'opération, manquent tous chez notre malade.

L'épilepsie partielle peut-elle être simulée par l'hystérie ? — Bien que le diagnostic, qui doit procéder par exclusion, soit très délicat, la réalité du fait semble indiscutable (Ballet [2], Déjerine [3], Guichard [4]). Chez plusieurs épileptiques du type jacksonien, on n'a trouvé aucune lésion non seulement à l'opération (Bernhardt [5]), mais même à l'autopsie ; sans doute il ne s'ensuit pas forcément que ces cas fussent dus à l'hystérie ; il faut compter encore avec d'autres éventualités : altérations microscopiques inconnues, épilepsies réflexes, épilepsie essentielle à symptômes en foyer (Binswanger [6]), etc. Ces pathogénies multiples des convulsions partielles sont peut-être la raison pour laquelle l'intervention chirurgicale — qui, à première vue, reste toujours le traitement de choix — aboutit parfois à des échecs incompréhensibles. Au point de vue simplement explorateur, elle peut avoir malheureusement des conséquences funestes. Henneberg cite deux exemples d'épilepsie jacksonienne où l'opération ne

---

[1] 11 juillet 1912. Rev. neurol., 1912, II, p. 133.

[2] BALLET, *Attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle.* Gaz. des hôp., 1891, n° 82.

[3] DÉJERINE, Article *Convulsions* in Pathol. de Bouchard, 1901, V, p. 701.

[4] GUICHARD, *De l'hystérie à forme d'épilepsie partielle et épilepsie jacksonnienne chez une hystérique.* Diss. Montpellier, 1908.

[5] BERNHARDT, *Beitr. zur Lehre vom Status hemiepilepticus.* Berl. Klin. Wochenschr., 1906, p. 1143.

[6] BINSWANGER, *Ueber Herderscheinungen bei genuiner Epilepsie.* Monatschr. f. Psych. u. Neur., 1907, XXII, p. 398.

révéla aucune lésion ; les malades moururent d'infection peu après ; à l'autopsie on ne constata rien non plus qui pût expliquer les convulsions[1]. Au point de vue du pronostic, on sait que même lorsque la trépanation a fait découvrir la cause et a permis de l'éloigner, le retour des crises est à craindre ; leur récivive est attribuable, soit à l'action de la cicatrice, soit à des phénomènes hystériques surajoutés.

Cette *association* ne paraît pas devoir être rare ; sans insister sur les cas de Hirt et Buzzard[2] — qui sans doute ont été de l'hystérie pure — où l'aura et parfois les phénomènes convulsifs pouvaient être transposés d'un côté à l'autre au moyen de mouches de Milan ou de vésicatoires circulaires (!), je mentionnerai l'article de Schultze[3]. Il concerne un épileptique qui reçut, un jour, un coup sur le côté droit de la tête ; dès ce moment, ses crises convulsives, jusqu'alors généralisées, se mirent à prédominer nettement du côté gauche. Dans ce cas, assez complexe, l'auteur conclut à de l'hystérie surajoutée, d'autant plus que d'autres symptômes de la névrose commencèrent à apparaître. Plus net encore est le cas du blessé de Gayet, Gallavardin et Laurent, résumé ainsi par Gauthier dans la Revue neurologique (1909, I, p. 83) :

« Il s'agit d'un malade qui fit une chute de cheval en 1890. Le traumatisme porta sur la moitié gauche de la tête. Consécutivement apparurent des crises d'épilepsie jacksonienne à droite avec phénomènes post-épileptoïdes variables : parésie, aphasie, contracture, etc. Six fois furent pratiquées des interventions chirurgicales : trépanation, craniectomie, libération d'adhérences, chaque fois avec guérison consécutive temporaire. Quand les auteurs virent ce malade, il présentait de la contracture en varus équin du membre inférieur droit. Le succès du traitement simplement suggestif (simulacre d'opération) démontra la nature hystérique des symptômes. Mais il est probable qu'il s'agit ici de phénomènes hystériques surajoutés à une épilepsie jacksonienne véritable. »

Cet exemple montre nettement la combinaison possible de la névrose avec l'épilepsie jacksonienne. Une association pareille expliquerait d'une façon assez satisfaisante tous les symptômes présentés par M^me^ X. ; mais ce diagnostic ne s'impose pas à l'exclusion de tout autre, aucun signe ne forçant à admettre chez elle l'existence d'une lésion organique.

---

[1] Henneberg, *Loc. cit.*

[2] Cités par Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. Paris, 1890, p. 16.

[3] Schultze, *Traumatische Hysterie bei Epilepsie*. Med. Klin., 1909, p. 1653 et 1695.

IV. — Epilepsies tardives et épilepsies réflexes.

On peut voir apparaître des crises convulsives au cours d'un grand nombre de maladies, déjà mentionnées plus haut (p. 65) ; il s'agit alors d'accidents d'intensité variable, qui méritent à peine le nom d'épilepsie. Il n'en est plus de même dans certains cas de syphilis, d'artériosclérose et d'alcoolisme, où les attaques épileptiformes peuvent constituer un des symptômes prédominants.

La syphilis cérébrale, à côté de crises jacksoniennes typiques dues à des lésions en foyer siégeant au niveau de la zone motrice[1], donne lieu parfois, par ses lésions diffuses, méningées et artérielles, à des convulsions généralisées avec perte de connaissance. La question de savoir si l'artériosclérose peut, à elle seule, agir de la même façon, est controversée. Il n'y a pas lieu d'insister sur ces deux affections, dont notre malade ne présente pas d'autres symptômes.

L'épilepsie alcoolique revêt deux formes : ou bien les attaques, associées souvent à l'ivresse, disparaissent par l'abstinence, ou bien les excès éthyliques ne font que déclencher une épilepsie pour ainsi dire latente, qui persistera dès lors d'une façon autonome. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'individus présentant les signes d'une intoxication chronique déjà très avancée, dont on ne trouve aucune trace chez Mme X., ni dans son anamnèse.

Epilepsies réflexes. — Les accidents décrits sous ce nom sont d'une pathogénie très obscure. Certains auteurs sont enclins à les rapprocher des manifestations hystériques (Strümpell[2]) ; d'autres repoussent cette hypothèse (Oppenheim[3], Binswanger[4]). Peut-être sont-ce des mécanismes variés qui interviennent, depuis le réflexe le plus nettement physiologique jusqu'à ceux qui se font par l'intermédiaire de représentations mentales. On ne saurait, en effet, interpréter de la même façon les convulsions épileptiformes survenant au cours d'une ponction pleurale et celles qui apparaissent chez une hystérique dont on comprime les zones sensibles. Un certain nombre

---

[1] Déjerine, Tinel et Caillé ont présenté à la Société de neurologie un cas relativement rare d'épilepsie jacksonienne exclusivement limitée à la face ; la lymphocytose rachidienne et l'amélioration obtenue par des lavements de salvarsan en ont démontré la nature spécifique (1er février 1912. Rev. neurol., 1912, I, p. 304).

[2] STRÜMPELL, *Lehrb. d. spez. Pathol. u. Ther.* Leipzig, 1909, II, p. 709.

[3] OPPENHEIM. *Lehrbuch*, p. 1218.

[4] Cité par Oppenheim.

d'épilepsies réflexes appartiennent évidemment aussi au groupe des épilepsies émotionnelles.

Au point de vue de leur forme, elles sont du type partiel ou généralisé, avec ou sans perte de connaissance. La recherche de la lésion causale doit porter avant tout sur les orifices naturels (végétations, polypes), le tube digestif, et les cicatrices cutanées.

Villemin a rapporté à la Société de chirurgie[1] l'observation d'un jeune soldat qui, après avoir présenté des troubles appendiculaires, fut atteint de crises épileptiformes; celles-ci disparurent après l'ablation de l'appendice. Lucas-Championnière se demande s'il s'agit bien là d'épilepsie et non d'hystérie.

Alexander[2] cite le cas d'un homme chez lequel l'aura de l'attaque partait toujours d'une blessure à la main, guérie depuis six ans; les convulsions pouvaient être arrêtées par une violente constriction du bras. L'auteur se base sur la perte de connaissance, la morsure de la langue et l'incontinence d'urine pour éliminer toute idée d'hystérie.

Une place spéciale doit être faite aux épilepsies réflexes de l'helminthiase, — causées peut-être par des sécrétions toxiques, — et à celles que l'on rencontre chez des individus atteints d'une lésion du cœur. Plusieurs auteurs refusent de voir dans ce dernier cas une relation de cause à effet[3] : il y aurait plutôt là simple coïncidence, abstraction faite de certains états déterminés, comme le Stokes-Adams, où les troubles cardiaques et les attaques épileptiformes semblent dépendre d'une même affection primordiale.

Les symptômes légers d'insuffisance mitrale, que notre malade aurait présentés autrefois (voir p. 52), n'expliquent certainement pas ses crises actuelles. Quant à l'hypothèse d'une épilepsie réflexe d'un autre genre, elle ne se soutient pas, aucune lésion n'ayant été constatée, qui pourrait en être le point de départ.

V. — Epilepsie émotionnelle.

Cette expression me paraît propre à désigner certaines attaques convulsives qui n'appartiennent ni à l'hystérie, ni aux diverses sortes d'épilepsie habituellement admises que nous venons de passer en

[1] 27 janvier 1909. Sem. méd., 1909, XXIX, p. 59.

[2] Alexander, *Ein ungewöhnlicher Fall von Reflexepilepsie*. Berl. klin. Wochenschr., 1911, nº 46.

[3] Voir Vogt, *Die klinische Gruppierung der Epilepsie*, Allg. Zschr. f. Psych., 1907, LXIV, p. 421.

revue ; elle répond à ce que les auteurs allemands décrivent depuis quelques années sous le nom de *convulsions psychasthéniques* (psychasthenische Krämpfe d'Oppenheim, 1906) et d'*épilepsie affective* (Affektepilepsie de Bratz, 1907). Ces deux formes, sans être identiques, présentent assez de points communs pour qu'on puisse les réunir sous une même dénomination.

Dans les premières éditions de son Traité des maladies nerveuses, Oppenheim avait déjà employé le terme de convulsions « intermédiaires » pour éviter, comme il le dit lui-même, de tomber de Charybde en Scylla en hésitant entre l'hystérie et l'épilepsie. Dans la quatrième édition (1905, p. 1094), il s'exprime ainsi : « C'est surtout chez des sujets présentant les signes de la diathèse psychopathique, des neurasthéniques et des psychasthéniques, que j'ai observé ces *convulsions intermédiaires* qui ne correspondaient exactement ni au tableau de l'épilepsie ni à celui de l'hystérie[1]. »

Son article ultérieur (1906)[2] donne un exposé plus détaillé de cette affection et renferme six observations de malades. Il s'agit d'individus dont l'hérédité est chargée au point de vue nerveux ; eux-mêmes appartiennent avant tout au vaste groupe décrit par Janet et Raymond sous le nom de psychasthénie, et en présentent de nombreux symptômes : tics, angoisses, phobies, obsessions et troubles vaso-moteurs. Sur ce terrain, des causes multiples où l'élément psychique tient une place prépondérante — telles que contrariétés, insomnies, mouvements de colère, émotions vives, frayeurs, surmenage, etc., — sont capables de déterminer des attaques d'intensité variable, consistant tantôt en perte de connaissance, convulsions, incontinence d'urine, morsure de la langue et immobilité pupillaire, tantôt en simples accès d'anxiété avec afflux de sang à la tête, palpitations, tremblements, suivis ou non de vertiges et d'évanouissement. On voit d'emblée combien ces accidents, sommairement décrits, rappellent l'histoire de M^me^ X. qui, à côté des crises proprement dites, présentait ce que j'ai appelé ses accès émotifs.

Oppenheim estime que ces états morbides constituent une entité autonome ; il les sépare de l'hystérie, étant donnée l'absence des caractères classiques de la névrose ; il les sépare également de l'épilepsie pour plusieurs raisons qui peuvent se résumer ainsi :

---

[1] OPPENHEIM, *Lehrbuch, etc.*, 1905, p. 1094.

[2] OPPENHEIM, *Ueber psychasthenische Krämpfe*. Journ. f. Psychol. u. Neur., 1906, VI, p. 247.

1. Aucun de ses malades n'a eu de crises épileptiques dans l'enfance ; par contre ils ont tous souffert de troubles variés habituels dans la psychasthénie : phobies, angoisses, tics, troubles vasomoteurs, etc. — 2. Les attaques épileptiformes, de même que les autres manifestations, ne se produisent pour ainsi dire jamais sans que l'on puisse retrouver quelques-unes des causes déterminantes mentionnées ci-dessus (contrariétés, surmenage). — 3. Les attaques apparaissent le plus souvent à titre d'épisodes, au cours de l'état névropathique permanent ; le sujet n'en a parfois qu'une ou deux dans sa vie entière. — 4. Considérée isolément, l'attaque peut simuler en tous points l'épilepsie ; mais il y a fréquemment des crises atypiques : convulsions localisées ou absentes malgré une perte absolue de connaissance, persistance des convulsions après que le sujet est revenu à lui, anxiété, palpitations, tremblements, etc. — 5. La répétition des attaques n'aboutit pas à une déchéance psychique. — 6. La thérapeutique exerce une influence nettement favorable ; les bromures ont un effet moindre que le traitement général : cures d'air, hydrothérapie, changement de milieu et surtout suppression des causes morales.

Bratz, de son côté (1907) [1], donna le nom d'épilepsie « affective » à des attaques convulsives que l'on rencontre chez de jeunes psychopathes constitutionnels ; elles diffèrent de l'épilepsie vraie par les trois points suivants : — 1. Elles sont provoquées par des causes assignables dont les plus fréquentes sont d'ordre psychique (« *seelische Erregungen* », contrariétés, préoccupations, colère ; plus rarement infections, excès alcooliques, etc.). — 2. Elles se produisent en petit nombre, à titre épisodique, soit dans l'enfance, soit au moment de la puberté, pour disparaître ensuite définitivement. — 3. Elles n'entraînent aucun affaiblissement intellectuel progressif.

Bratz développa ses vues dans un travail plus détaillé, paru en 1911 [2]. Il ressort des exemples qu'il rapporte que les crises sont polymorphes et peuvent revêtir toutes les formes d'épilepsie : attaques de haut-mal avec incontinence d'urine et morsure de la langue, attaques consistant en absences ou vertiges avec pâleur subite, et

---

[1] Bratz, *Das Krankheitsbild der Affektepilepsie*. Aerztl. Sachverst. Zeit., 1907, n° 6, p. 112.
— Bratz u. Leubuscher, *Die Affektepilepsie, eine klinisch von der echten Epilepsie abtrennbare Gruppe*. Deutsche med. Wochenschr., 1907, XXXIII, p. 592.

[2] Bratz, *Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen*. Monatsch. f. Psych. u. Neur., 1911, XXIX, p. 45 et 162.

automatismes ambulatoires. Il arrive exceptionnellement que ces accidents persistent pendant plusieurs années. — Outre les trois traits fondamentaux ci-dessus, il est à noter que les sujets atteints sont de jeunes débiles ou imbéciles, ayant souvent un penchant marqué pour le vagabondage. A côté des signes physiques de dégénérescence, ils présentent des troubles vaso-moteurs variés qui permettent, en une certaine mesure, d'expliquer le mécanisme des attaques par des modifications circulatoires.

Ce tableau clinique, comme le fait remarquer Bratz lui-même, est à rapprocher de celui qu'a tracé Oppenheim, malgré la différence d'âge des individus considérés [1].

D'autres auteurs encore ont observé, chez des psychopathes, des formes de crises convulsives qu'ils sont tentés de regarder comme indépendantes de l'hystérie et de l'épilepsie :

Aux États-Unis, Spiller [2], à propos d'exemples tirés de sa clientèle, se demande si les cas d'Oppenheim doivent être séparés aussi radicalement de l'hystérie. — Fox [3], estimant que les psychonévroses ne sont qu'un ensemble de syndromes se fondant souvent les uns dans les autres, propose d'embrasser les attaques de l'hystérie et de la psychasthénie sous la désignation commune de « psycholepsie ». — Ce même terme, emprunté à Janet, est appliqué par Dana [4] à certaines crises avortées qu'il a constatées chez des névropathes et qui ressemblent, par la variétés de leurs symptômes, aux prodromes et aux auras du mal comitial ; il les appelle aussi « para-épilepsie ». — Orbison [5] a observé chez des psychasthéniques des attaques simulant l'épilepsie vraie ; mais elles ne se produisent que par épisodes et laissent l'intelligence intacte ; elles sont justiciables de la psychothérapie tandis que les bromures les influencent à peine ; il s'agit donc là de cas analogues à ceux d'Oppenheim.

En France, quelques auteurs (Berger, Legrand du Saulle, Marinesco et Sérieux, cités par Janet) avaient signalé les relations possibles de l'épilepsie avec les scrupules, angoisses, phobies et obsessions. Mais c'est Janet qui, le

---

[1] Les articles d'Oppenheim et de Bratz ne contiennent pas de renseignements anatomo-pathologiques, ce qui s'explique puisque les attaques, ne survenant qu'à titre d'épisodes, n'entraînent pas l'hospitalisation définitive des sujets atteints. Les résultats (vraisemblablement négatifs) de l'autopsie seraient du reste surtout intéressants dans les cas exceptionnels où les crises persistent plusieurs années, comme chez Mme X., ou chez une malade d'Oppenheim dont il sera question plus loin.

[2] SPILLER, *Psychasthenic attacks simulating epilepsy*. Journ. of abnorm. psychol. 1907, I, p. 256.

[3] FOX, *Psychogenetic Convulsions*. Journ. of. abnorm. psychol. 1910, V, p. 1.

[4] DANA, *On para-epilepsy and psycholepsy*. Public. of Cornell Univ. med. Coll. 1907. (Rés. in Jahresbericht 1907, XI, p. 772.)

[5] ORBISON, *Psychasthenic attacks resembling epilepsy*. Amer. journ. of med. sciences, 1910, CXL, p. 392. (Rés. in Zeitschr. f. Neurol. u. Psych., Ref., 1911, III, p. 349.)

premier, décrivit sous le nom de « crises de psycholepsie » les chutes soudaines de la tension psychologique, que l'on rencontre dans la psychasthénie, et les rapprocha de l'attaque comitiale [1].

En 1911, J. Lépine [2] publia dans le volume jubilaire du Prof. Lépine, sous le nom d'épilepsie psychasthénique, cinq observations de malades ayant des crises épileptiformes déterminées presque toujours par quelque cause occasionnelle d'ordre émotif, et qui furent traités avec succès par une hygiène générale et la psychothérapie. Certains passages de l'article de Lépine donnent en termes concis une idée si complète de la question, qu'il convient de les citer textuellement : — « Nous pensons que ces crises de psycholepsie ont une valeur clinique assez grande pour mériter d'être étudiées à nouveau. Elles ne sont pas seulement psychologiquement voisines de l'épilepsie, elles arrivent, comme nous le verrons, à la reproduire dans ses deux modalités principales, grands accès et petit-mal » (p. 437). Et voici sa conclusion : « Le traitement sera, une fois de plus, et autant que possible, pathogénique. Dans l'épilepsie psychasthénique, ce n'est pas l'énergie nerveuse, longtemps retenue par quelque barrière, qui se décharge subitement « à la manière d'un torrent qui rompt ses digues » (Pierret). Ce sont de brusques chutes de tension, survenant au cours d'un état chronique d'instabilité. Peut-être ont-elles la signification de processus de réaction ? En tous cas ce n'est pas elles qu'il faut considérer pour les combattre, c'est l'état primitif et permanent d'instabilité. Ce n'est pas le lieu de décrire le traitement des psychasthénies.... Il nous suffira de rappeler que le bromure n'est ici qu'un adjuvant, sans doute inutile le plus souvent, et nuisible parfois. Ce qu'il faut surtout rechercher, c'est un fonctionnement organique suffisant, l'hygiène physique et la discipline de l'esprit » (p. 445).

Dans un second article [3], Lépine étudie les raptus psychasthéniques, manifestations moins bruyantes (vertiges, absences) ressemblant au petit-mal ; il montre dans la pathogénèse de tous ces accidents — crises et raptus — le rôle des émotions, agissant évidemment par l'intermédiaire de phénomènes circulatoires.

En Allemagne, Heilbronner [4] décrit des attaques frustes dont plusieurs lui paraissent devoir constituer une affection autonome. — Stallmann [5] raconte avoir hésité entre les diagnostics d'épilepsie essentielle et d'hystérie au sujet de six cas qu'il fait rentrer actuellement dans le cadre de Bratz. — Volland [6] rapporte les observations de psychopathes qui ont souffert de crises convulsives toujours déterminées par une raison appréciable (difficultés

---

[1] P. Janet, *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris, 1903, I, p. 501.

[2] Lépine, J., *L'épilepsie psychasthénique. Les crises*. Rev. de Méd., 1911, vol. jubilaire du Prof. Lépine.

[3] Lépine, *L'épilepsie psychasthénique. Les raptus*. Rev. de méd., 1911, XXXI, p. 813.

[4] Heilbronner, *Ueber gehäufte Kleine Anfälle*. Deutsch. Zschr. f. Nervenheilk., 1906, XXXI, p. 472.

[5] Stallmann, *Ueber affektepileptische Anfälle bei Psychopathen*. Allg Zschr. f. Psych., 1911, LXVIII, p. 799.

[6] Volland, *Beiträge zur Kasuistik, etc.* Zschr. f. Neur. u. Psych., 1912, VIII, p. 522.

sociales, contrariétés, excès). Il admet qu'il s'agit là d'une forme nouvelle, conformément à la manière de voir d'Oppenheim et de Bratz. — Rohde [1] s'appuyant sur plusieurs exemples personnels, fait une revue des différentes espèces d'attaques qui ne dépendent ni de l'hystérie ni de l'épilepsie ; il arrive à des conclusions analogues à celles de Bratz. Les crises qu'il a observées seraient attribuables à un ébranlement du système vaso-moteur, dû à des causes morales ; il les répartit, selon leur intensité, en plusieurs groupes allant graduellement des simples accès de congestion au visage, souvent accompagnée de palpitations, d'obnubilation, de tremblement, jusqu'aux attaques de haut-mal les plus typiques, avec perte de connaissance et convulsions [2].

Un des traits les plus frappants de ces crises épileptiformes, c'est qu'elles se produisent à l'occasion d'une cause assignable, contrairement à l'attaque d'épilepsie vulgaire qui foudroie au moment le plus imprévu. *Elles apparaissent donc, non comme les manifestations de quelque lésion organique permanente, mais comme des réactions dépassant momentanément les limites physiologiques.* Bonhœffer [3] a mis l'accent sur ce caractère en parlant de « reaktiv epileptische Anfälle ». Ce point de vue fait comprendre la différence, voire même l'opposition fondamentale qui existe entre ces états morbides, pour ainsi dire fonctionnels au même titre que les autres troubles émotifs, et l'épilepsie essentielle ou symptomatique ; cette opposition de nature justifie la différence de pronostic et explique pourquoi le traitement, au lieu d'être médicamenteux ou chirurgical, doit viser avant tout à modifier le milieu ambiant et à fortifier la résistance de l'organisme par des mesures générales : cures, hydrothérapie, psychothérapie, etc.

Le cas de M^me^ X. rentre-t-il bien dans cette catégorie ? Il n'y a pas lieu de revenir sur les éléments qui m'ont fait écarter les autres hypothèses ; en faveur de celle-ci, il faut noter l'influence des causes extérieures sur l'éclosion de ses attaques ; d'autre part son émotivité exagérée, accompagnée de troubles vaso-moteurs, autorise à qualifier la malade de psychopathe — le terme est si élastique — d'autant plus qu'elle est sous le poids d'une forte tare héréditaire. Enfin, j'ai

---

[1] ROHDE, *Zur Genese von « Anfällen » und diesen nahestehenden Zustände bei sogenannten Nervösen.* Zschr. f. Neurol. u. Psych., 1912, X, p. 473.

[2] On remarquera que la description de Rohde serait applicable à notre malade, dont les petits accès émotifs, réactions presque physiologiques, et les attaques proprement dites constituent, comme j'ai essayé de le montrer plus haut (p. 65), des degrés divers d'une même série.

[3] BONHŒFFER, *Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprocesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind ?* Allg. Zschr. f. Psych., 1911, LXVIII, p. 371.

relevé à plusieurs reprises que ses accès émotifs, accidents de même nature que ses attaques, sont analogues aux crises frustes et atypiques notées par plusieurs auteurs dans ces formes émotionnelles d'épilepsie (voir ci-dessus Rohde, Dana, Oppenheim).

Des deux formes décrites en détail, celle de Bratz doit être éliminée, puisqu'elle vise exclusivement de jeunes dégénérés chez lesquels les convulsions se produisent temporairement, dans l'enfance ou dans l'adolescence ; celle d'Oppenheim reste donc seule applicable à notre cas. Dans le tableau tracé par cet auteur, les crises, il est vrai, figurent aussi à titre d'épisodes, tandis qu'elles se produisent depuis plusieurs années chez Mme X. ; mais, à la fin de son article [1], Oppenheim relate un cas faisant exception à la règle, puisque les attaques y persistent depuis près de vingt ans. Le savant allemand estime qu'il s'agit, en l'espèce, d'une variété singulière, difficile à classer ; aussi me semble-t-il valoir la peine de résumer ici l'histoire de sa malade, afin qu'on puisse la mettre en parallèle avec la nôtre :

Femme de 45 ans, ayant des antécédents héréditaires chargés au point de vue nerveux. Bien portante jusqu'à son mariage. Deux enfants, puis deux fausses couches ; après la dernière, il y a 17 ans, elle eut un surcroît de fatigues physiques et de préoccupations au sujet de maladies de ses enfants. Depuis lors, elle souffre d'attaques convulsives, surtout nocturnes, dont elle distingue deux formes : 1° Petites crises incomplètes ; elle se réveille subitement avec un sentiment d'angoisse, puis pousse un cri ; à ce moment, sa bouche est tirée à droite, ce qui empêche la malade de parler, et les membres du côté droit entrent en convulsions, sans qu'il y ait perte de connaissance. 2° Grandes crises ; elles débutent de la même façon, mais la malade perd immédiatement conscience ; il peut y avoir morsure de la langue et écume sanguinolente à la bouche. Très espacées d'abord, les attaques ont augmenté de fréquence depuis 9 ans, revêtant autant la forme des grandes crises que des petites. Elles se produisent de préférence au moment des règles et presque toujours de nuit, alors que la malade, dont le sommeil est mauvais, vient de s'endormir. La malade réussit parfois, mais très exceptionnellement, à couper l'attaque par le procédé suivant : dès qu'elle se réveille et sent que « l'afflux monte », elle allume et s'efforce, pour ne pas perdre la parole, de prononcer à haute voix le nom des objets qu'elle voit. En dehors de ses crises, elle se plaint d'un certain nombre de troubles tels qu'insomnies, cauchemars, et obsessions dont voici la principale : elle est poursuivie par le souvenir obsédant d'une personne à l'égard de laquelle elle croit s'être mal conduite autrefois, et qui lui aurait lancé un regard étrange [2]. La malade avoue avoir fait jadis des excès alcooliques ; elle

[1] *Ueber psychasthenische Krämpfe*, p. 256 (Obs. VII).
[2] Comp. avec un fait analogue, dans l'aura des crises de Mme X., p. 53, 60.

a suivi un traitement bromuré, sans succès. L'examen somatique n'indique rien d'anormal ; l'intelligence et la mémoire sont bonnes. On a entrepris un traitement psychothérapique qui a influencé favorablement les insomnies et les obsessions, mais qui, jusqu'à présent, n'a eu aucun effet sur les attaques convulsives. Celles-ci débutent, en résumé, par un réveil brusque, avec sensation d'angoisse montant de la région du cœur ; puis vient un cri suivi de perte de connaissance, ou d'impossibilité de parler ; en même temps la bouche est attirée à droite et les membres du même côté entrent en convulsions. La crise dure d'une à quelques minutes.

Cette observation, comme on le voit, rappelle à maints égards l'histoire de Mme X. Dans les deux cas, il s'agit de femmes adultes chez lesquelles le mal s'est installé à la suite de causes déprimantes, tant physiques que morales [1]. Les attaques se produisent à intervalles variables, mais surtout au moment des règles. Elles sont souvent en rapport avec des états affectifs et débutent toujours par un sentiment d'angoisse ; elles peuvent exceptionnellement être coupées par le sujet lui-même au moyen de divers procédés ; enfin elles ne s'accompagnent ni de déficit intellectuel ni de troubles somatiques permanents. Envisagée isolément, la crise peut présenter tous les degrés d'intensité, allant jusqu'à l'attaque typique de haut-mal.

Les différences sont les suivantes : dans le cas d'Oppenheim, il y a un cri initial et les attaques sont surtout nocturnes ; dans le nôtre, elles sont en général diurnes et le cri manque. Mais il ne faut pas oublier que certains accès émotifs se sont produits subitement chez Mme X., au milieu de la nuit, pendant son sommeil ; d'autre part les attaques nocturnes de la malade d'Oppenheim sont en rapport avec des insomnies ou des cauchemars. Les crises incomplètes, c'est-à-dire sans trouble de conscience, ne sont pas non plus identiques : dans notre cas, elles se bornent aux phénomènes subjectifs et vasomoteurs de l'aura ; dès qu'il y a convulsions, la malade perd connaissance ; dans le cas d'Oppenheim, la conscience peut rester indemne, même s'il y a des convulsions.

On conviendra que ces différences n'ont rien d'essentiel ; le fait que l'affection dure depuis près de vingt ans chez la malade d'Oppenheim, sans avoir abouti ni à la démence ni à des symptômes de tumeur cérébrale, est, il est vrai, un élément de diagnostic rétrospectif qui nous manque pour le moment. Enfin, — et c'est là le point

[1] A ces causes, il faut ajouter que Mme X., lors de l'apparition des crises, se trouvait dans ce qu'on est convenu d'appeler « l'âge critique ».

le plus important, — la ressemblance avec l'épilepsie symptomatique à début facial existe dans les deux cas ; néanmoins Oppenheim, étant donné l'absence de tout signe certain de lésion organique, range sa malade dans la classe des « convulsions psychasthéniques », en se basant sur les caractères cliniques particuliers de cette entité morbide. Il s'agit d'une forme rare, puisque les attaques, contrairement à la règle, persistent depuis de nombreuses années. Je n'hésite pas à faire rentrer M^me^ X. dans le même groupe.

VI. — Rapports de l'épilepsie émotionnelle avec les maladies voisines (les autres épilepsies et l'hystérie).

En raison de leur étroite parenté, sur laquelle ont insisté plusieurs auteurs, il m'a paru indiqué de réunir les formes décrites par Oppenheim et par Bratz sous la dénomination commune d'épilepsie émotionnelle ; cette expression, qui marque la relation des crises convulsives avec certaines causes extérieures, dont les plus fréquentes intéressent la sphère affective, correspond assez exactement à l' « Affektepilepsie » de Bratz. Les expressions de convulsions psychasthéniques (Oppenheim) et d'épilepsie psychasthénique (Lépine) montrent bien que les individus atteints sont des psychopathes ; mais je les ai laissées de côté, le diagnostic de psychasthénie ne pouvant se faire qu'après un examen psychique minutieux, tandis que l'origine émotive est un élément plus aisé à constater.

Le terme même d'*épilepsie*, qui éveille dans l'esprit du public l'idée d'une gravité extrême, est fâcheux ; il serait à souhaiter, au point de vue social, qu'on pût le remplacer par quelque autre, dans des cas de ce genre ; celui de *convulsions* n'est pas absolument adéquat, les malades présentant un certain nombre de troubles caractéristiques non convulsifs (accès d'angoisse, palpitations, etc.) ; les mots *attaques* ou *accès* risquent d'amener une confusion avec l'hystérie, surtout si on les fait suivre du qualificatif *émotionnel*. Ce dernier terme est d'ailleurs loin d'être irréprochable, puisque les causes déterminantes de la crise — contrariétés, préoccupations, mouvements de colère, surmenage, insomnies, plus rarement émotions vives ou excès divers, bref tout ce qui « affecte » l'individu — ne sont pas exclusivement d'ordre moral ; aussi serait-il assurément plus exact, mais en même temps moins expressif, de parler d'épilepsie *affective* ou *réactionnelle*.

Peu importe le nom, pourvu que l'on sépare ces états morbides de l'épilepsie vraie et de l'épilepsie symptomatique; car s'ils s'en rapprochent extérieurement par leurs manifestations convulsives, ils s'en écartent radicalement par leur pathogénie, leur évolution, leur pronostic et leur traitement. Je ne reviens pas sur les différences multiples relevées dans le paragraphe précédent, à l'occasion des types cliniques d'Oppenheim et de Bratz (p. 83).

Ainsi séparée des autres épilepsies, l'épilepsie émotionnelle doit-elle être distinguée de l'hystérie [1] ?

On pourrait à la rigueur la rattacher à l'hystéro-épilepsie, en concevant celle-ci comme affection mixte; mais la fusion réelle de ces deux maladies est chose encore trop douteuse pour qu'il y ait lieu d'insister sur ce point, déjà signalé précédemment. Par contre, l'hystérie toute seule se manifeste quelquefois, comme on l'a vu plus haut, par des crises épileptiformes, dont le diagnostic n'est pas toujours possible si l'on ne considère que l'attaque en elle-même; leur nature ne peut alors être reconnue que lorsqu'il y a des modifications psychiques suffisamment caractéristiques de la névrose; or celles-ci font défaut dans les cas de Bratz et d'Oppenheim, qui rentrent dans la catégorie des psychopathes constitutionnels. C'est pour cette raison que ces auteurs séparent de l'hystérie les groupes qu'ils ont décrits, et en font des entités indépendantes; les connexions intimes de ces diverses affections sont pourtant indiscutées, ce qui n'a rien de surprenant puisque les formes graves de la névrose, aussi

[1] On sait que Babinski sépare radicalement les phénomènes émotifs et les manifestations hystériques (qu'il appelle pithiatiques) : « Quand une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, dit-il, il n'y a plus de place pour l'hystérie »... « il semble bien qu'il y ait incompatibilité entre la suggestion et les émotions intenses ». (Babinski et Dagnan-Bouveret, *Emotion et hystérie,* Journ. de psychol. norm. et path. 1912, IX, p. 131 et 133). — Cette opinion est vivement discutée (voir Discuss. sur l'émotion aux Soc. de Neurol. et de Psych. de Paris, Encéphale, 1910, I, p. 207, 354 et 471; et Discuss. à la Soc. de méd. de Varsovie, à propos d'un cas de « névrose émotive », Zschr. f. Neurol. u. Psych., Ref. 1911, II, p. 949) ; Déjerine et Gauckler émettent un avis diamétralement opposé lorsqu'ils disent : « En somme la crise hystérique n'est qu'une décharge émotive ». (*Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*, etc., Paris, 1911, p. 379). — La distinction établie par Babinski ne paraît pas non plus être admise, au moins d'une façon aussi absolue, par les auteurs allemands qui se sont occupés de ces formes émotionnelles d'épilepsie ; Bratz, tout en mettant son « Affektepilepsie » hors du cadre de la grande névrose, insiste cependant, de même que Binswanger, sur les relations étroites de ces deux états morbides (voir plus bas).

Ces considérations expliquent pourquoi j'ai laissé de côté, dans ce travail, le terme de pithiatisme. Il est d'une acception trop restreinte pour que son emploi eût été justifié dans le cas de Mme X.; celle-ci devait appartenir d'emblée au groupe des individus, hystériques ou non, qui, *contre leur gré, réagissent trop fort aux émotions,* plutôt qu'à celui des « demi-simulateurs ».

bien que les diverses variétés de psychopathie constitutionnelle, germent sur un terrain commun de dégénérescence mentale [1].

On ne saurait mieux résumer la question qu'en reproduisant les termes mêmes de Bratz, lorsqu'il écrit que l' « Affektepilepsie » — disons l'épilepsie émotionnelle, maladie autonome, — est plus rapprochée de l'hystérie que de l'épilepsie : elle paraît consister, de même que les paroxysmes hystériques, en troubles fonctionnels qui peuvent disparaître sans laisser de traces, tandis que l'attaque épileptique doit dépendre d'une modification cérébrale anatomique permanente [2].

Conclusion. — Epilepsie émotionnelle et réactions de défense.

Dans les paragraphes précédents, j'ai cherché à montrer que les crises de notre malade ne sauraient être attribuées à l'épilepsie ou à l'hystéro-épilepsie dans leurs sens courants ; accidents de même nature que les accès émotifs, dont elles ne diffèrent que par leur intensité, ces crises doivent être regardées comme des *réactions* anormales. Cette manière de voir n'est pas nouvelle ; on se rappelle que Bonhœffer, à propos du type clinique établi par Bratz, parle de « *reaktiv epileptische Anfälle* »; Lépine, de son côté, se demande si les attaques d'épilepsie psychasténique qu'il a observées ne représentent pas des processus de réaction.

Existe-t-il, dans notre cas, quelque indice qui viendrait, d'une façon concrète, pour ainsi dire, confirmer cette hypothèse ? Cela me paraît indubitable. On a vu que la malade fit un jour, en hypnose, un aveu qui pourrait bien trahir la signification originelle de ses crises et leur faire attribuer la valeur de réactions, et spécialement de mouvements défensifs. Que l'on se reporte au récit de la séance du 8 novembre (p. 60) ; les passages les plus importants, que j'ai soulignés, semblent expliquer à la fois ce caractère réactionnel des attaques et leur ressemblance avec l'épilepsie symptomatique : la déviation de la tête à gauche, la torsion simultanée des avant-bras, comme s'ils

---

[1] Binswanger, cité par Bratz, s'exprime ainsi, au sujet de l'Affektepilepsie : « Sie hat nach meiner Ueberzeugung die engsten Beziehungen zu den degenerativen Formen der Hysterie... ».

[2] « Den hysterischen stehen immerhin die affektepileptischen Psychopathen noch näher als den Epileptikern. Die affektepileptischen Zustände der Psychopathen erscheinen ebenso wie die Paroxysmen der Hysterischen als ausgleichbare Funktionsstörungen, die epileptischen Anfälle als vorübergehende Reizsymptome einer dauernden anatomischen Gehirnveränderung ». (Bratz, 1911, p. 173).

étaient en convulsions, l'étrange douleur localisée symétriquement des deux côtés du cou et persistant parfois jusqu'au lendemain (voir p. 55), tout cela reconnaîtrait une origine psychique. Ces points méritaient d'être relevés, car ils rendent plausible, et même probable, une supposition qui, au premier abord, pouvait paraître fantaisiste : c'est que les crises de Mme X., survenant dans ses moments de dépression physique ou morale, ne sont que la réapparition, plus ou moins complète, de réactions de défense contre certaines scènes de violence subies à maintes reprises de la part de son brutal conjoint. Mais je dois laisser cette hypothèse à l'appréciation du lecteur, car il aurait fallu, pour la transformer en certitude, pousser les investigations beaucoup plus loin.

Deux voies, surtout, auraient permis de tirer définitivement les choses au clair : l'hypnotisme — grâce auquel la malade avait déjà spontanément fourni, sur sa vie conjugale, les quelques détails rapportés ci-dessus, qu'elle ne se serait probablement pas décidée à exposer à l'état de veille, — et la psychoanalyse de Freud. On sait que cette dernière méthode consiste à découvrir certains complexus [1], refoulés dans le subconscient du sujet, et qui seraient la cause insoupçonnée de ses troubles fonctionnels ; pour dépister ces facteurs nocifs cachés, il faut recourir à de longues et minutieuses recherches sur les associations d'idées du patient, ses rêves, ses obsessions, ses distractions ou méprises involontaires, etc. Les troubles disparaissent, dans certains cas, dès le moment où l'on a pu mettre au jour, comme un corps étranger, le complexus pathogène. Ce dernier, d'après Freud, serait toujours de nature sexuelle (le terme étant pris dans un sens très large).

Je regrette de n'avoir pu, faute de temps, entreprendre chez Mme X. des recherches de ce genre, afin de m'assurer que ses crises d'épilepsie émotionnelle représentent bien à leur origine, comme tant d'autres manifestations de l'émotion, certaines réactions de défense !

---

[1] Groupements de représentations mentales affectives (« eine Gruppe von zusammengehörigen, mit Affekt besetzten Vorstellungselementen ») ; voir FREUD, *Ueber Psychoanalyse, fünf Vorlesungen Clark Univ.* Leipzig et Vienne, 1912, p. 30). Ce sont, en d'autres termes, les idées fixes subconscientes de Janet.

Librairie KUNDIG, éditeur, Genève.

ARCHIVES DE PSYCHOLOGIE

Les **Archives de Psychologie** paraissent à époque indéterminée. Chaque fascicule se vend séparément et le prix en est fixé suivant sa grosseur et le nombre des figures. On peut toutefois s'abonner au prix de **15 francs** par volume (d'au moins 400 pages).

Collection des 11 premiers volumes (1901-1911), *port compris* Fr. **130.—**

Nouvelles observations sur un cas de somnambulisme avec glossolalie, avec 21 figures, par Th. Flournoy . . . . . Fr. 5.50

Les principes de la psychologie religieuse, par Th. Flournoy . Fr. 1.50

Chorégraphie somnambulique, le cas de Magdeleine G..., avec 4 pl., par Th. Flournoy . . . . . Fr. 1.50

La faculté d'orientation lointaine, par Ed. Claparède . . . . Fr. 1.50

Esquisse d'une théorie biologique du sommeil, par Ed. Claparède Epuisé.

Expériences collectives sur le témoignage, avec fig. et pl., par Ed. Claparède. Fr. 1.50

Quelques mots sur la définition de l'hystérie, par Ed. Claparède Fr. —.80

Classification et plan des méthodes psychologiques, par Ed. Claparède. Epuisé.

Rapport sur le Laboratoire de psychologie de Genève, par Ed. Claparède. Fr. — 80

L'agrandissement apparent de la lune à l'horizon, avec 1 fig., par Ed. Claparède . . . . . Fr. —.75

La notion de conscience, par William James . . . . . Fr. 1.50

Recherches expérimentales sur quelques processus dans l'hypnose, par Ed. Claparède et W. Baade . . . . . Fr. 2.50

Observations sur le langage intérieur des enfants, avec 13 fig., par A. Lemaitre . . . . . Fr. 2.—

Un Institut des Sciences de l'éducation et les besoins auxquels il répond, par Ed Claparède . . . . . Fr. 1.—

Jenny-Azaéla, somnambule genevoise au siècle dernier, avec 1 portrait, par A Lemaitre . . . . . Fr. 2.—

Fritz-Algar, histoire et guérison d'un trouble cérébral précoce, par A. Lemaitre . . . . . Fr. 1.—

Recherches expérimentales sur l'éducabilité et la fidélité du témoignage, avec 6 fig. et 1 pl., par M. Borst. . . . . Fr. 3.—

Recherches sur le sens olfactif de l'escargot, avec 23 fig., par E. Yung Fr. 5.—

Expériences sur le rôle de la récitation comme facteur de mémorisation, par D. Katzaroff . . . . . Fr. 1.25

Recherches expérimentales sur le dessin des écoliers dans la Suisse romande, avec fig. et pl., par E. Ivanoff . . . . . Fr. 3.—

L'étude expérimentale du jugement et de la pensée, par Pierre Bovet. Fr. 1.50

La conscience de devoir dans l'introspection provoquée, par Pierre Bovet. Fr. 2.—

La vanité de l'expérience religieuse, par A. Leclère . . . . Fr. 2.—

Contr. à l'étude de la récognition, par D. Katzaroff, avec note sur **Récognition et moiité**, par Ed. Claparède . . . . . Fr 3.—

Les phénomènes psychoélectriques, 17 fig. et 1 pl., par W. Radecki Fr. 3.50

Alfred Binet, notice biograph , avec 1 portr., par Ed. Claparède Fr. —.60

Les tests de Binet et Simon et leur valeur scolaire. Exploration de quelques tests d'intelligence chez des enfants anormaux et arriérés, par Mlle A. Descœudres (avec 1 fig.) . . . . . Fr. —.80

Les chevaux savants d'Elberfeld, par Ed. Claparède . . . . . Fr. 1.50

A LA MÊME LIBRAIRIE

Esprits et médiums. Mélanges de Métapsychique et de Psychologie, par Th. Flournoy. Un vol. gr. in-8°. . . . . Fr. 7.50

Psychologie de l'enfant et Pédagogie expérimentale, par Ed. Claparède. Un vol. in-18. 4e édition, revue et augmentée . . . . . Fr. 4 —

VIe Congrès international de Psychologie, Genève, 1910. Rapports et comptes rendus, publiés par Ed. Claparède Un vol. gr. in-8°, 877 p , 21 fig. Fr. 20.—

IIe Congrès international de Philosophie, Genève, 1904. Rapports et Comptes rendus, publiés par les soins du Dr Ed Claparède. Un vol. gr. in-8° de 974 pages, avec 17 fig. dans le texte et 5 portraits hors texte . Fr. 25.—

Geneve, impr. Albert Kündig.