Epileptologie | 29. Jahrgang
September | 2012 ISSN 1660-3656

Epilepsie-Liga
Seefeldstrasse 84
CH-8034 Zürich

Redaktionskommission

Thomas Dorn | Zürich
Reinhard E. Ganz | Zürich
Hennric Jokeit | Zürich
Christian M. Korff | Genève
Günter Krämer | Zürich (Vorsitz)
Klaus Meyer | Tschugg
Andrea O. Rossetti | Lausanne
Stephan Rüegg | Basel
Kaspar Schindler | Bern
Margitta Seeck | Genève
Gabriele Wohlrab | Zürich

Beirat

Andrea Capone Mori | Aarau
Christian W. Hess | Bern
Max Kaufmann | Basel
Günter Krämer | Zürich
Theodor Landis | Genève
Malin Maeder | Lavigny
Klaus Meyer | Tschugg
Christoph Michel | Genève
Christoph Pachlatko | Zürich
Monika Raimondi | Lugano
Andrea O. Rossetti | Lausanne
Stephan Rüegg | Basel
Markus Schmutz | Basel
Margitta Seeck | Genève
Urs Sennhauser | Hettlingen
Franco Vassella | Bremgarten

Inhalt

Editorial *129 – 134*

Einführung und Kommentar zum Autor und seinem Werk
Günter Krämer *135 – 141*

De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son Influence sur la production de l'aliénation mentale
Louis Florentin Calmeil *142 – 174*

Epilepsie-Liga-Mitteilungen *175 – 179*

Kongresskalender *180 – 182*

Schweizerische Liga gegen Epilepsie
Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Lega Svizzera contro l'Epilessia
Swiss League Against Epilepsy

Généralités

Le journal « Epileptologie » publie des articles adressés au journal, commandés ou non, se rapportant à tous les thèmes de l'épileptologie. Dans la règle, seuls les articles qui n'ont pas encore été publiés sont acceptés. Les articles, ou parties intégrantes d'articles, ne doivent pas avoir été soumis parallèlement à d'autres éditeurs, ni avoir été déjà acceptés par d'autres éditeurs. Tous les manuscrits feront l'objet de deux expertises. Il n'y aura pas de tirages à part des articles, par contre ils seront publiés sur la page web de la Ligue (www.epi.ch) et disponibles pour téléchargement sous forme de fichier « pdf ».

Correspondance

Les manuscrits non commandés (ainsi que la correspondance à l'éditeur) doivent être envoyés à: Madame M. Becker, Rédaction Epileptologie, Ligue Suisse contre l'Epilepsie, Seefeldstrasse 84, Case postale 1084, 8034 Zurich. Tél. 043/488 67 79, fax 043/488 67 78, e-mail: becker@epi.ch.

Indications pour la rédaction des manuscrits

Seuls les manuscrits correspondant aux critères suivants seront acceptés. Les manuscrits qui ne seront pas rédigés correctement seront renvoyés avant l'expertise.

1. **Langue:** En plus de l'allemand, les articles en français et en anglais sont acceptés.
2. **Style:** En allemand, les formes alémaniques avec « z » et « k » (par exemple « Karzinom ») sont valables, les termes spécialisés en latin conservent leur orthographe (par ex. arteria carotis).
3. **Format:** L'ensemble du texte, y compris les références littéraires, les tableaux et légendes, doit être dactylographié et formaté de la façon suivante:
   - Papier DIN-A4, recto (interligne 1 1/2 ou 2 avec un maximum de 30 lignes par page)
   - Renvoi à la littérature dans l'ordre d'apparition dans le texte, numérotation arabe apparaissant dans le texte dans des parenthèses carrées.
   - Les tableaux et illustrations doivent être numérotés consécutivement par des chiffres arabes.
4. **Ordre:** 1. Page de titre (incluant le cas échéant, les remerciements aux personnes et/ou institutions qui ont contribués au travail), 2. Résumé en allemand, français et abstract en anglais. Mots clés des trois langues. 3. Texte. 4. Littérature. 5. Tableaux. 6. Légendes des illustrations. 7. Illustrations.
   - La page de garde contient le titre entier du travail (français et anglais), les noms et titres des auteurs, les institutions pour lesquelles les auteurs travaillent ainsi que les coordonnées complètes de l'auteur principal, avec numéro de téléphone, fax et e-mail.
   - Résumé et abstract en anglais (avec le titre du travail): Sans référence, ni acronyme, ni abréviation inhabituelle (maximum 250 mots).
   - 3 à 6 mots clés.
   - **Texte:** Disposition dans les travaux originaux : Introduction, méthodes (y compris matériel d'examen, patients, animaux de laboratoire, le cas échéant les autorisations, resp. respect de la Déclaration d'Helsinki, y compris le vote du comité d'éthique), résultats et discussion. Les abréviations doivent être écrites en entier à leur première apparition dans le texte.
   - **Références:** Les références à la littérature doivent être citées à la fin du travail dans l'ordre d'apparition dans le texte et citées suivant le modèle ci-dessous. Les communications personnelles, les résultats non publiés et/ou les manuscrits adressés à la publication ne sont pas acceptés, mais doivent être mentionnés de façon appropriée dans le texte. Les citations « à l'impression » resp. « in press » ne se rapportent qu'aux travaux qui ont été acceptés (en ajoutant le nom du journal, le numéro et l'année de parution, si connus). La citation de travaux « en préparation » n'est pas autorisée. Les communications de congrès ne seront prises en considération que sous forme d'abstract ou d'article de « Proceedings-Journal ».
   - **Tableau :** Chaque tableau doit apparaître sur une nouvelle page avec un titre explicatif court. Les abréviations et les signes doivent être expliqués en pied de page.
   - **Légendes d'illustrations :** La légende de chaque illustration doit être sur une nouvelle page ; les abréviations et les signes doivent y être expliqués.
   - **Illustrations :** Dessins, dessins en dégradé ou photographies (noir/blanc ou couleurs).
   - **Modèle de citation :** Article de journal : Daoud AS, Batieha A, Abu-Ekteish F et al. Iron status: a possible risk factor for the first febrile seizure. Epilepsia 2002; 43: 740-743 (nommer les 4 premiers auteurs; abréviation des journaux selon la « List of Journals indexed in Index Medicus »); Livres: Shorvon S. Status Epilepticus. Its Clinical Features and Treatment in Children and Adults. Cambridge: Cambridge University Press, 1994; Chapitres de livres: Holthausen H, Tuxhorn I, Pieper T et al. Hemispherectomy in the treatment of neuronal migrational disorders. In: Kotagal P, Lüders HO (eds): The Epilepsies. Etiologies and Prevention. San Diego, London, Boston et al: Academic Press, 1999: 93-102

Que devez-vous envoyer à la rédaction?

Tous les manuscrits doivent être envoyés en trois exemplaires, y compris les illustrations et tableaux. L'envoi de fichiers électroniques (MS Word) est préférable, comme alternative, l'envoi de trois exemplaires imprimés et d'une CDRom (pour les illustrations et les tableaux mentionner le programme utilisé) est possible.

Dr. med. Günter Krämer[1] und Dr. med. Christian M. Korff[2]
1) Schweizerisches Epilepsie-Zentrum, Zürich
2) Neuropédiatrie, Département de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires, Genève

Die im vorliegenden Heft als Faksimile reproduzierte Dissertation des französischen Neurologen und Psychiaters Louis Florentin Calmeil von 1824 stellt in vielerlei Hinsicht eine Besonderheit dar. Im Titel der Arbeit wird hervorgehoben, dass es sowohl um die vor zweihundert Jahren ja noch keineswegs selbstverständliche Frage der anatomischen Lokalisation der Erkrankung als auch um deren Zusammenhang mit Geisteskrankheiten geht („Über die Epilepsie in Bezug auf ihren Sitz und ihren Einfluss auf die Entstehung von Geisteskrankheiten"; „De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale"). Von besonderem medizinhistorischem Interesse ist die Arbeit aber in erster Linie aus anderen Gründen.

Es gibt schon nicht allzu viele medizinische Doktorarbeiten, die dauerhaft für einen medizinischen Begriff oder Befund wortprägend waren. Dass in einer Arbeit aber gleich zwei derartiger wichtiger Fachtermini erstmals auftauchen und auch fast 200 Jahre später noch in derselben Weise verwendet werden, ist mit Sicherheit sehr aussergewöhnlich. Calmeil ist dies mit den Begriffen „Absence" für die häufigste kindliche Anfallsform und „Etat de mal" für den Status epilepticus als prognostisch am anderen Spektrum stehende Verlaufsform insbesondere generalisierter tonisch-klonischer Anfälle gelungen! Bei Absencen betont Calmeil sowohl deren hohe Frequenz als auch benignen Charakter. Den Ausdruck „Etat de mal" schreibt er seinen Patienten zu, die davon untereinander bei wiederholten, zahlreichen Anfällen mit Todesgefahr gesprochen hätten. Im nachfolgenden einführenden Text zum Autor und seinem Werk wird auf diese beiden Begriffe noch ausführlicher eingegangen.

Ebenso wie andere, insbesondere von französischen Autoren stammende Texte zur Epilepsie aus derselben Zeit (erinnert sei hier nur an das „Traité de l'épilepsie" von Samuel Auguste Tissot von 1770 [1]) ist die Arbeit von Calmeil aber auch darüber hinaus von grossem Reichtum. Sie enthält insbesondere scharfsinnige Beobachtungen und Schlussfolgerungen, die sehr modern anmuten. In einer Zeit, in der man sich noch „nicht einmal einig ist darüber, welches Organ denn nun eigentlich befallen sei" (S. 8), klingt im Kern seiner Arbeit u.a. bereits an, dass eine Epilepsie an sich schon verantwortlich für eine geistige Beeinträchtigung mancher Patienten sein könnte. Diese grundlegende Hypothese öffnet den Weg zum Konzept der epileptischen Enzephalopathie, das im 20. Jahrhundert dann wieder aufgenommen und präzisiert werden sollte, um schliesslich im kürzlichen Vorschlag der Internationalen Liga gegen Epilepsie zu gipfeln („Epileptic encephalopathy embodies the notion that the epileptic activity itself may contribute to severe cognitive and behavioral impairments above and beyond what might be expected from the underlying pathology alone [e.g., cortical malformation], and that these can worsen over time") [2].

Calmeil hebt mehrere Grade von kognitiv-verhaltensmässiger Beeinträchtigung hervor (S. 21). Diese gehen vom postiktalen transitorischen Zustand bis zur chronischen Demenz, wobei die verschiedenen Situationen durch konkrete Beispiele mit grosser semiologischer Präzision erläutert werden. Calmeil berichtet ausserdem über unterschiedliche Faktoren, welche den variablen Verlauf erklären könnten, den er bei seinen Patienten auf diesem Gebiet beobachtete. Elemente für eine schlechte Prognose können das Alter bei Beginn der Epilepsie, Häufigkeit und Dauer der Anfälle und ihr Wiederauftreten in kurzen Zeitintervallen sein. Er unterstreicht zudem den möglicherweise reversiblen Charakter dieser Beeinträchtigungen bei Sistieren der epileptischen Anfälle ebenso wie das völlige Fehlen einer kognitiven Anomalie bei Patienten mit seltenen Anfällen (S. 24).

Einige methodische Aspekte verdeutlichen die Genauigkeit des Autors. So zögert Calmeil zum Beispiel nicht, in derselben Institution wie seine Patienten zu wohnen, um so deren Symptome besser beschreiben zu können. Dazu schreibt er: „Ich musste mich dazu entscheiden, mich inmitten der Schlafsäle niederzulassen; so konnte ich die Vorfälle ab Beginn beschreiben, ihre Dauer notieren, ihre Intensität, ihre verschiedenen Formen, usw. schildern" (S. 9). Diese Haltung unterstreicht die grundlegende Bedeutung einer direkten und detaillierten Anfallsbeobachtung, was heutzutage immer

noch allzu oft vernachlässigt wird.

Wir möchten Sie ermutigen, sich der Lektüre dieser Ausgabe der Zeitschrift „Epileptologie“ mit besonderer Aufmerksamkeit und mit dem verdienten Respekt vor Calmeil als einem der Pioniere der neuzeitlichen Epileptologie zu widmen. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!

Günter Krämer und Christian Korff

1. *Tissot SA. Traité de L'Épilepsie. Faisant le Tome troisième du Traité des Nerfs & de leurs Maladies. Lausanne / Paris, A. Chapuis / P. F. Didot, le Jeune 1770; nouvelle édition avec introduction de K. Karbowski. Lausanne, Ateliers d'Arts Graphiques de la Fondation Eben-Ezer à Lausanne 1984; deutsch: Abhandlung von der Epilepsie oder fallenden Sucht. Berlin, Haude und Spener 1771 (übersetzt von J. G. Krünitz); eine weitere deutsche Ausgabe erschien ebenfalls 1771 bei J. G. Müller in Leipzig und eine dritte in der Übersetzung von C. Held erschien 1786 bei F. G. Jacobäer in Leipzig; Neuausgabe der ersten deutschen Übersetzung mit einer neuen Einführung von G. Krämer und K. Karbowski. Nijmegen, Arts & Boeve 1999*
2. *Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. Epilepsia 2010; 51: 676-685*

Dr med. Günter Krämer[1] und Dr med. Christian M. Korff[2]
1) Schweizerisches Epilepsie-Zentrum, Zürich
2) Neuropédiatrie, Département de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires, Genève

Comme d'autres textes d'étude de l'épilepsie publiés au cours de la même période, l'ouvrage de LF Calmeil intitulé « De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale» est d'une grande richesse. Il regorge notamment d'observations et de notions dont la finesse n'a d'égale que la modernité.

A une époque où, selon Calmeil, l'« on n'est même pas d'accord sur la question de savoir quel est l'organe affecté » (p.8), le sujet de son étude laisse déjà entendre que l'épilepsie en soi peut être tenue pour responsable d'une aliénation mentale. Cette hypothèse fondamentale ouvre la porte au concept d'encéphalopathie épileptique qui sera repris et précisé tout au long du 20e siècle, pour aboutir à la récente proposition de la Ligue Internationale contre l'Epilepsie («Epileptic encephalopathy embodies the notion that the epileptic activity itself may contribute to severe cognitive and behavioral impairments above and beyond what might be expected from the underlying pathology alone (e.g., cortical malformation), and that these can worsen over time »)[1]. Calmeil évoque plusieurs degrés d'atteinte cognitivo-comportementale (p.21, Démence à divers degrés), qui vont de l'état post-critique transitoire à la démence chronique, ces diverses situations étant illustrées par des exemples concrets d'une grande précision sémiologique. Calmeil rapporte également divers facteurs pouvant expliquer le cours variable observé sur ce plan chez ses patients. Les éléments de mauvais pronostic incluent l'âge de début de l'épilepsie, la fréquence et la durée des crises, ainsi que leur répétition dans un court intervalle de temps. Calmeil souligne de plus le caractère potentiellement réversible de ces manifestations lorsque l'épilepsie disparaît, et l'absence de toute anomalie cognitive chez les patients dont les crises étaient peu fréquentes (p. 24).

On peut également relever certains aspects de méthodologie qui témoignent de la rigueur de l'auteur. Calmeil n'hésite pas par exemple, à élire domicile parmi les malades au sein même de l'institution dans laquelle ils se trouvent («... ; il fallut me décider à fixer mon habitation au milieu des dortoirs ; ainsi je pouvais accourir dès l'invasion des accès, les décrire, noter leur durée, leur intensité, leurs variétés de forme, etc... ») (p.9) pour mieux décrire les symptômes de ses patients. Cette attitude souligne l'importance fondamentale de l'observation directe et détaillée des épisodes paroxystiques, toujours difficile (« ...il est très difficile d'observer une maladie dont les symptômes ne durent que quelques minutes », p. 9) et encore trop souvent négligée de nos jours.

A tout ce qui précède, s'ajoute bien sûr le fait que Calmeil individualise le concept d'absences, en étant le premier à proposer cette appellation pour certains types de crises dont la sémiologie avait déjà été rapportée plus tôt, notamment par Tissot [2] au siècle précédent. Outre une description clinique précise, incluant perturbation de l'état de conscience profonde (« c'est une véritable extase ») et durée brève, Calmeil souligne leur fréquence élevée chez les patients épileptiques, et leur caractère « bénin ».

De façon similaire, d'autres termes évoqués initialement dans ce manuscrit sont encore utilisés aujourd'hui. Ceci est par exemple le cas de l'état de mal, que Calmeil attribue à ses patients qui l'utilisent « entre eux » pour décrire des crises répétées en grand nombre les mettant en danger de mort.

Nous vous encourageons vivement à vous pencher sur ce numéro spécial avec toute l'attention et le respect que le travail de ce pionnier mérite.

Bonne lecture !

Günter Krämer et Christian Korff

1. *Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. Epilepsia 2010; 51: 676-685*
2. *Tissot SA. Traité de L'Épilepsie. Faisant le Tome troisième du Traité des Nerfs & de leurs Maladies. Lausanne / Paris, A. Chapuis / P. F. Didot, le Jeune 1770; nouvelle édition avec introduction de K. Karbowski. Lausanne, Ateliers d'Arts Graphiques de la Fondation Eben-Ezer à Lausanne 1984; en allemand: Abhandlung von der Epilepsie oder fallenden Sucht. Berlin, Haude und Spener 1771 (übersetzt von J. G. Krünitz). Une autre édition en allemand est également parue en 1771 chez J.G. Müller à Leipzig et une troisième traduite par C. Held est parue en 1786 chez F.G. Jacobäer à Leipzig; réédition de la première traduction en allemand avec une nouvelle introduction de G. Krämer et K. Karbowski.*

Dr. med. Günter Krämer[1] and Dr. med. Christian M. Korff[2]
1) Swiss Epilepsy Centre, Zurich
2) Neuropaediatrics, Department of Paediatric and Adolescent Medicine, University Hospitals, Geneva

The doctoral dissertation of the French neurologist and psychiatrist Louis Florentin Calmeil from 1824, which is reproduced as a facsimile in this issue, in various regards represents a special feature. In the title of the study it is emphasised that it concerns both the question of the anatomical location of the disease, which two hundred years ago was still not at all obvious, as well as its connection with mental illness ("On epilepsy in relation to its location and its influence of the development of mental illness"; "De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale"). However, the work is primarily of particular medical-historical interest for different reasons.

There are not too many doctoral theses, which have made a permanent contribution to the coining of a medical term or findings. However, the fact that exactly two important specialist terms appear in one work for the first time and are still being used in the same way almost 200 years later, is certainly very unusual. Calmeil achieved this with the terms "absence" for the most common form of childhood seizure and "état de mal" for status epilepticus as the form standing prognostically at the other end of the spectrum, in particular the form of generalised tonic-clonic seizures! With absences Calmeil emphasises both their high frequency as well as their benign nature. He ascribes the expression "état de mal" to his patients, who would have spoken of it amongst themselves in the event of repeated, large numbers of seizures with danger of death. In the following introductory text to the author and his work these two terms will be examined in greater detail.

Just like other texts on epilepsy originating from the same period, especially by French authors (we are reminded here only of the "Traité de l'épilepsie" by Samuel Auguste Tissot of 1770 [1]) the work of Calmeil is nevertheless also of great wealth as well. It contains in particular shrewd observations and conclusions, which seem very modern. In a period, in which people still "do not even agree, which organ is then now actually affected" (p. 8), in the essence of his work it is suggested amongst others that epilepsy could actually already be responsible for an intellectual impairment of some patients. This fundamental hypothesis opens the way to the concept of epileptic encephalopathy, which in the 20th century was then to be taken up again and specified in order to finally culminate in the recent suggestion of The International League Against Epilepsy ("Epileptic encephalopathy embodies the notion that the epileptic activity itself may contribute to severe cognitive and behavioral impairments above and beyond what might be expected from the underlying pathology alone [e.g., cortical malformation], and that these can worsen over time") [2].

Calmeil underlines several grades of cognitive-behaviour-related impairment (p. 21). These range from the postictal transitory state up to chronic dementia, whereby the different situations are illustrated with concrete examples with great semiological precision. In addition, Calmeil reports different factors, which could explain the variable progress, which he observed with his patients in this area. Elements for a poor prognosis could be the age at the start of epilepsy, frequency and duration of the seizures and their recurrence in short intervals of time. In addition, he stresses the possible reversible nature of these impairments with cessation of the epileptic seizures as well as the complete absence of a cognitive anomaly in patients with rare seizures (p. 24).

Some methodical aspects illustrate the authour's meticulousness. Thus, for example, Calmeil does not hesitate to live in the same institution as his patients so that he can describe their symptoms better. With regard to this he writes: "I had to decide to settle in the midst of the dormitories so that I could describe the incidents from the beginning, note their duration, describe their intensity, their different forms, etc." (p. 9). This attitude underlines the fundamental significance of a direct and detailed observation of seizure, which

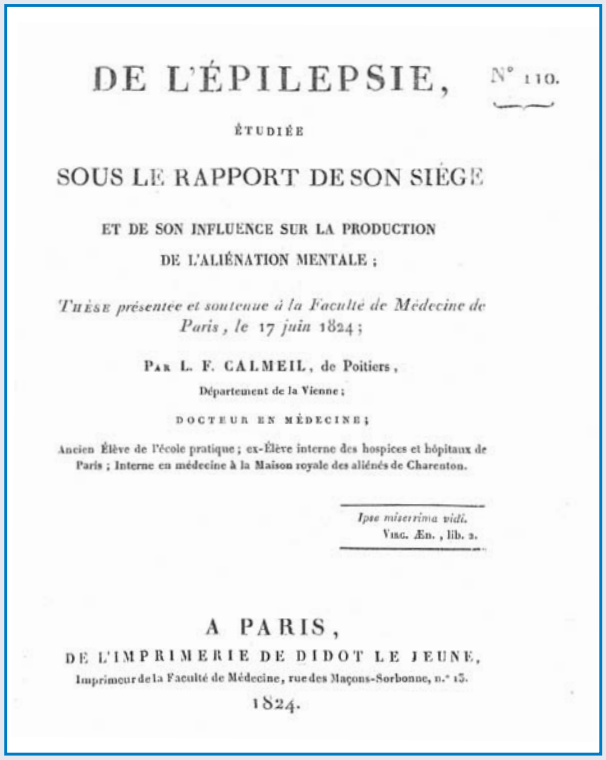
nowadays is still all too often neglected.

We would like to encourage you when reading this edition of Epileptology to accord Calmeil particular attention and the respect he deserves as one of the pioneers of modern epileptology. We wish you a very enjoyable read!

Günter Krämer and Christian Korff

1. *Tissot SA. Traité de L'Épilepsie: Faisant le Tome troisième du Traité des Nerfs & de leurs Maladies. Lausanne / Paris, A. Chapuis / P. F. Didot, le Jeune 1770; new edition with introduction by K. Karbowski. Lausanne, Ateliers d'Arts Graphiques de la Fondation Eben-Ezer à Lausanne 1984; German: Abhandlung von der Epilepsie oder fallenden Sucht. Berlin, Haude and Spener 1771 (translated by J. G. Krünitz); a further German edition was also published in 1771 by J. G. Müller in Leipzig and a third in the translation of C. Held was published in 1786 by F. G. Jacobäer in Leipzig); new edition of the first German translation with a new introduction by G. Krämer and K. Karbowski. Nijmegen, Arts & Boeve 1999*
2. *Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. Epilepsia 2010; 51: 676-685*

Günter Krämer, Schweizerisches Epilepsie-Zentrum Zürich



DE L'ÉPILEPSIE, N° 110.

ÉTUDIÉE

SOUS LE RAPPORT DE SON SIÈGE

ET DE SON INFLUENCE SUR LA PRODUCTION

DE L'ALIÉNATION MENTALE ;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 juin 1824 ;

PAR L. F. CALMEIL, de Poitiers,

Département de la Vienne ;

DOCTEUR EN MÉDECINE ;

Ancien Élève de l'école pratique ; ex-Élève interne des hospices et hôpitaux de Paris ; Interne en médecine à la Maison royale des aliénés de Charenton.

Ipse miserrima vidi.
VIRG. Æn., lib. 2.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

Für einen Reprint einer medizinischen Doktorarbeit nach fast 200 Jahren muss es gute Gründe geben. Diese liegen im vorliegenden Fall in mehrfacher Hinsicht vor, sowohl bezüglich des Autors und seiner späteren Aktivitäten und Werke als auch und insbesondere bezüglich seiner Dissertation und der sonstigen Bedeutung für die Epileptologie. Erfreulicherweise wird hiermit die medizinhistorisch sehr interessante und seltene Dissertation nicht nur in gedruckter Form, sondern – auf der Homepage der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie – auch in elektronischer Form im französischen Original allgemein zugänglich gemacht.

Der Autor

Abb. 1: Louis Florentin Calmeil

Louis Florentin (nicht Justes) Calmeil (9.8.1798 – 11.3.1895; **Abb. 1**) [1-4] war ein einflussreicher französischer Neurologe und Psychiater sowie Medizinhistoriker. Er wurde in der kleinen Gemeinde Yversay in der Region Poitou-Charentes als dritter Sohn seiner Eltern geboren, auf den noch drei Töchter folgten [5]. Sein Vater war Rechtsanwalt und legte grossen Wert auf eine gute Erziehung seiner Kinder. Nach der Schule wollte Louis Florentin eigentlich Botaniker werden, wandte sich dann aber auf Drängen seines Vaters, der den Beruf eines Botanikers als finanziell wenig attraktiv ansah, der Medizin zu. Er schrieb sich an der École préparatoire de médecine in Poitiers ein und gewann den ersten Preis in einem studentischen Wettbewerb. Nahezu täglich ging er ins Krankenhaus, nicht nur zur Untersuchung von Patienten, sondern auch, um Autopsien beizuwohnen, was sein Interesse an der Neuroanatomie begründete.

Schliesslich wurde er nach Paris geschickt, um dort sein Medizinstudium abzuschliessen. Bald wurde er dort zum „externe" ernannt und arbeitete in dieser Funktion u.a. bei dem französischen Chirurgen Guillaume Dupuytren (1777 – 1835; beschrieb u.a. 1831 erstmals die später nach ihm benannte Kontraktur). Dann wandte Calmeil sich der Neurologie und Psychiatrie zu. Der als Internist und Neurologe an der Salpêtrière tätige Léon Louis Rostan (1790 – 1866) nahm sich seiner als Student und „interne" am Krankenhaus an. Rostan war u.a. an von ihm gegenüber Hirninfarkten abgegrenzten zerebralen Erweichungen („ramollissement du cerveau") interessiert [6]. An der Salpêtrière war Calmeil auch Schüler seiner berühmten Landsleute und Psychiater Philippe Pinel und Jean Étienne Dominique

Abb. 2: Philippe Pinel

Abb. 3: Jean Étienne Dominique Esquirol

Esquirol. Philippe Pinel (1745 – 1826, **Abb. 2**) war ab 1792 Arzt am Bicêtre sowie später an der Salpêtrière. Sein Hauptverdienst bestand darin, als erster entschieden auf die unhaltbaren Zustände in den damaligen psychiatrischen Anstalten hinzuweisen und sich für eine „menschliche Behandlung der Irren" einzusetzen. Esquirol (1772 – 1840, **Abb. 3**) war Assistent von Pinel an der Salpêtrière in Paris gewesen und eröffnete 1817 in von ihm privat eingerichteten Räumen die erste Psychiatrische Klinik in Paris.

1822 ging Calmeil nach Charenton-Saint-Maurice (heute Saint-Maurice, Val-de-Marne) etwa 10 Kilometer südöstlich von Paris zu dem seit 1806 dort tätigen Psychiater Antoine Athanase Royer-Collard an die Psychiatrische Klinik Charenton, wo er die nächsten 50 Jahre seines Berufslebens verbrachte. Diese Klinik war schon 1641 gegründet und später zunächst in „Notre Dame de la Paix", „Hôpital de Notre-Dame de la Paix de la Charité de Charenton" oder auch einfacher „Hôpital de la Charité de Charenton" umbenannt worden. Während der Regierungszeit von Napoleon dem III. lautete die Bezeichnung „Maison Impériale de Charenton", dann – zu Zeiten von Calmeil – „Maison Royale des Aliénés de Charenton", ab 1871 „Maison Nationale de Charenton", später „Etablissement national de bienfaisance de Saint-Maurice" und ab 1973 „Hôpital Esquirol" [7,8] (**Abb. 4**). Zuletzt wurde das „Établissement Public de Santé Esquirol" 2011 mit dem „Hôpital National de Saint-Maurice" zu den „Hôpitaux de Saint-Maurice" zusammengelegt [9].

Abb. 4: Eingangsbereich des Hôpital Esquirol

Zu den berühmtesten Patienten dieser Klinik gehörte – wenige Jahre vor der Zeit von Calmeil – von 1801 bis zu seinem Tod 1814 der Marquis de Sade [8]. In Charenton wurde Calmeil von Royer-Collard (ab 1816 Professor für forensische Medizin an der Medizinischen Fakultät in Paris und ab 1819 erster Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie) sehr gefördert, der jedoch schon im November 1825 verstarb.

Die erste, bereits zwei Jahre nach seiner noch zu besprechenden Dissertation erschienene Buchpublikation von Calmeil beruhte auf seiner Zusammenarbeit mit Royard-Collard und Esquirol [10]. Dieses Buch (**Abb. 5**) bezog sich auf die zwei Jahre zuvor von seinem Kollegen Antoine Laurent Jessé Bayle (1799 – 1858) in Charenton in seiner Dissertation beschriebene „allgemeine Lähmung" („paralysie géneral") bei Geisteskranken [11] damals noch unklarer Ursache, die erst später als Folge einer Neurolues bzw. Syphilisinfektion erkannt wurde. Während Bayle den wesentlichen Krankheitsmechanismus in einer Kompression des Gehirns durch die entzündlich verdickten Meningen vermutet hatte, beschrieb Calmeil erstmals entzündliche Veränderungen sowohl kortikal als auch subkortikal. Er war einer der ersten, der sich bei neuropathologischen Studien des Mikroskops bediente und beschrieb u.a. erstmals die von ihm als diffuse chronische Perienzephalitis bezeichneten Veränderungen als morphologisches Korrelat der progressiven Paralyse.

DE LA

PARALYSIE

CHEZ LES ALIÉNÉS,

A PARIS.

Abb. 5: Calmeil LF. De la Paralysie considerée chez les Aliénés

Nachfolger von Royer-Collard als Chefarzt der psychiatrischen Klinik in Charenton wurde Jean Étienne Dominique Esquirol. In epileptologischer Hinsicht ist von Bedeutung, dass Esquirol 1815 erstmals die Einrichtung spezieller Krankenhausabteilungen für Menschen mit Epilepsie forderte, die zuvor ebenso wie psychiatrische Patienten oft in gefängnisartigen Asylen untergebracht waren, und die ursprünglich von Patienten benutzten Begriffe „Grand mal" und „Petit mal" sowie den Begriff der symptomatischen Epilepsie in die medizinische Nomenklatur einführte [12]. Auch Esquirol lernte Calmeil sehr schnell schätzen und hatte ihn schon vorher im Wissen um seine sorgfältigen Beobachtungen während seiner Zeit an der Salpêtrière

aufgefordert, eine Dissertation darüber zu schreiben (siehe zweiter Teil der Einführung sowie Widmungen in der Dissertation selbst).

Nach dem Tod von Esquirol 1840 hatte Calmeil sich Hoffnungen auf die Nachfolge gemacht, aber der Neurologe und Psychiater Louis François Foville (1799 – 1878) erhielt den Posten, den er 1848 im Zusammenhang mit den Wirren der französischen Revolution verliess, wodurch der Platz wieder frei wurde. Die Chefarztposition wurde allerdings zunächst aufgeteilt; sein Kollege Théophile Archambault (1806 – 1863) war für die männlichen Patienten zuständig und Calmeil für die Frauen. 1852 verliess auch Archambault die Klinik, und von diesem Zeitpunkt an war Calmeil für die beiden nächsten Jahrzehnte alleiniger Chefarzt. 1872 bat er um seine Versetzung in den Ruhestand und zog sich in eine schöne Villa in Fontenay-sous-Bois im Umkreis von Charenton zurück.

Sein 1845 erschienenes medizinhistorisches Werk „De la Folie", das sich explizit der Geschichte der Psychiatrie widmete (**Abb. 6**), wurde in einer Zeit verfasst, in der nicht nur in Frankreich den Halluzinationen und Illusionen grosse Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Das Buch erzählt die Geschichte vom 15. bis 19. Jahrhundert und versucht die Phänomene rational zu begründen, wobei er hunderte Seiten der Diskussion von Dämonologie, Lykanthropie (Verwandlung eines Menschen in einen Werwolf), religiöser Besessenheit und ähnlichen abnormen Zuständen widmete [13]. Der deutsche Psychiater Rudolf Leubuscher (1822 – 1861) übersetzte und bearbeitete das Buch für eine stark gekürzte deutschsprachige Ausgabe, die unter dem Titel „Der Wahnsinn in den vier letzten Jahrhunderten" erschien [14] (**Abb. 7**).

Abb. 6: Calmeil LF. De la Folie

Neben dem medizinhistorischen Buch wurde Calmeil auch wegen seiner späteren Schriften bekannt, insbesondere aufgrund seines 1859 erschienenen zweibändigen Buches über entzündliche Erkrankungen des Nervensystems [15] (**Abb. 8**), für das ihm das Offizierskreuz der Ehrenlegion verliehen wurde.

Abb. 7: Leubuscher: der Wahnsinn

Abb. 8: Calmeil LF. Traité des Maladies Inflammatoires du Cerveau (Band 2)

Calmeil galt lange Jahre als Senior der französischen Psychiatrie [16] und hinterliess neben Artikeln in Fachzeitschriften weitere bedeutende Werke über Erkrankungen des Nervensystems [17, 18].

Die Dissertation

Der vollständige Titel der nachfolgend als Faksimile abgedruckten Dissertation von Calmeil aus dem Jahr 1824 [19] an der Universität Paris lautet „De L'Épilepsie, Étudiée sous le Rapport de son Siège et de son Influence sur la Production de L'Aliénation Mentale". Sie ist in 4 Kapitel gegliedert (chapitre I: Considérations générales; chapitre II: Formes que peut prendre l'épilepsie; chapitre III: Organe affecté; chapitre IV: Des differentes espèces d'aliénations mentales provoquées par l'épilepsie). Das erste Kapitel besteht aus einer Einführung in die Thematik, im dritten Kapitel wird u.a. darauf hingewiesen, dass eine Epilepsie keine makroskopisch fassbaren Läsionen am Gehirn voraussetzt, sich aber häufiger schwere Hirnschädigungen finden lassen, wenn die Epilepsie mit neurologischen oder psy-

chischen Beeinträchtigungen verbunden ist. Das mit 15 Seiten umfangreichste vierte Kapitel geht auf mögliche kognitive Störungen und psychiatrische Komplikationen der Erkrankung inklusive Depression, Demenz und Manie ein.

Im zweiten Kapitel werden drei Formen unterschiedlicher epileptischer Anfälle unterschieden:

- Première forme. Grand mal, accès d'épilepsie proprement dit (erste Form. Grand mal, epileptische Anfälle im eigentlichen Sinn)
- Deuxième forme. Petit mal, vertiges, étourdissemen(t)s parmi les malades (zweite Form. Petit mal, Drehschwindel, Schwindel bei den Patienten)
- Troisième nuance. Absences (dritte Form: Absencen).

In diesem Teil der Dissertation werden erstmals die Bezeichnungen „état de mal" für einen Status epilepticus als Sonderform von Grand mal-Anfällen und „Absence" für eine bestimmte Form „kleiner" epileptischer Anfälle benutzt. Zunächst zu den Absencen:

Calmeil LF. Dissertation (1824):

„Troisième nuance. – Absences. Les absences ne sont point rares chez les épileptiques; elles ne paraissent point dangereuses, mais au moins constituent-elles un phenomène curieux. Le malade laisse tomber par terre l'ouvrage ou l'objet qu'il tenait à la main; puis, sans presenter aucune particularité bizarre, il perd de vue ce qui se passe autour de lui; quoique ses sens soient éveillés, ils sont momentanément fermés aux impressions; c'est une véritable extase. Les fonctions ne sont point troublées pendant tout ce temps: si dès le début on interpelle le malade, l'absence cesse; si on reste spectateur sans rien dire, elle se dissipe de même; mais il faut quelques secondes. Je serais porté à croire que l'absence n'est qu'un vertige avorté, de même que les vertiges pourraient bien être des accès incomplets de grand mal."

„Dritte Anfallsform. – Absencen. Die Absencen sind bei Epileptikern keine Seltenheit; sie erscheinen nicht gefährlich, sind aber zumindest ein merkwürdiges Phänomen. Der Patient lässt das Buch oder den Gegenstand, den er in der Hand hält, auf den Boden fallen; dann, ohne irgendeine seltsame Besonderheit zu zeigen, verliert er den Blickkontakt zu dem, was um ihn herum abläuft; obwohl seine Sinne wach sind, nehmen sie vorübergehend keine Eindrücke auf; es ist eine Art Verzückung. Die Körperfunktionen sind während der ganzen Zeit nicht gestört: wenn man den Kranken zu Beginn anruft, hört die Absence auf, wenn man Zuschauer bleibt, ohne ein Wort zu sagen, verschwindet sie von alleine, aber es dauert ein paar Sekunden. Ich glaube, dass die Absence nur ein abortiver Schwindel ist, so wie die Schwindel ganz gut abortive Grand-mal-Anfälle sein könnten."

Im Gegensatz zur regelhaften Referenz an Calmeil als Schöpfer der Bezeichnung Status epilepticus gilt dies nur teilweise bezüglich der Absence. So findet sich in dem 1969 erschienenen deutschsprachigen klassischen Epilepsielehrbuch von Dieter Janz nur ein kurzer Hinweis auf den „état de mal", während auf die erstmalige Verwendung des Absencebegriffs kein Bezug genommen wird [20]. Auch in den 1975 erschienenen „Quellen zur Geschichte der Epilepsie" von Helmut Heintel [21] wird die Erstbeschreibung der Absencen durch Calmeil nicht erwähnt. Im angloamerikanischen Pendant zu dem Buch von Janz, dem 1960 publizierten zweibändigen „Epilepsy and Related Disorders" von William G. Lennox (1884 – 1960) ist der diesbezügliche Verweis auf Calmeil knapp und irreführend verkürzend bzw. unzutreffend ("Calmeil used the term 'l'absence' for a seizure that represented an abortive vertiginous attack, which in turn was an abortive grand mal" [22]). Im Klassiker der Epilepsiegeschichte des angloamerikanischen Sprachraums von Owsei Temkin „The Falling Sickness" von 1945 wird man allerdings fündig [23]:

Temkin O. The Falling Sickness (1945):

"Some terms still used today for designating certain types of epileptic attacks have preserved their French forms. We still speak of 'grand mal,' 'petit mal,' and 'absence.'... . In 1815, Esquirol stated that 'sometimes the attacks alternate in intensity: there are severe and slight attacks; this is what is called le grand and le petit mal in the hospitals'. Esquirol's definition of these two terms is obviously vague. Even if it is understood that 'le grand mal' means the fully developed fit with loss of consciousness and general convulsions, it leaves the 'petit mal' badly defined... . But its chief advantage lay in its breadth, particularly since Calmeil (1798-1895) in 1824 had familiarized the medical world with the term 'absence.'"

Auch Hansjörg Schneble weist in seinen historischen Texten zutreffend auf die diesbezügliche Bedeutung von Calmeil hin: „Diese erstmalige Erwähnung der <Absencen> hätte ausgereicht, die Dissertation und ihren Autor... unsterblich zu machen..." [24, 25]. Die Semiologie von Absencen wurde in der medizinischen Literatur wahrscheinlich erstmals schon in der babylonischen Medizin beschrieben [26]; später u.a. 1678 von dem tschechischen Arzt, Astronom und Physiker Jan Marek (genannt von Kronland; auch z Kronlandu, Joannis Marcus) [27], 1705 von dem französischen Arzt F. Poupart [28] und 1770 von dem Schweizer Arzt und Volksgesundheitsschriftsteller S. A. Tissot [29]:

Tissot SA. Abhandlung von der Epilepsie oder fallenden Sucht (1770; deutsch 1771):

„L'on m'a amené en Septembre 1769 une étrangere, âgée de quatorze ans, dont la maladie offre quelques singularités remarquables. Elle avoit joui d'une très bonne santé jusqu'à l'age de sept ans; a cette époque elle se trouva sur l'eau en partie de plaisir avec d'autres jeunes

personnes, au moment d'un orage violent qui les effraya toutes beaucoup, mais elle fut la seule qui ne vomit pas. Quelques jours après, on remarqua dans les paupieres un mouvement qui parut d'abord un tic, mais qu'on reconnut bientôt pour être convulsif; on l'a confia aux soins de deux Medecins très habiles qui ne purent pas empecher qu'il ne parut au bout de quatre mois de vrais accès d'épilepsie, qui étoient très forts & très frequents, & durerent plusieurs mois; pendant une partie de ce tem(p)s, la jeune malade avoit frequemment, dans l'intervalle des grands accès, de petits très courts qui n'étoient marqués que par une perte instantanée de connoissance qui lui coupoit la parole avec une très léger mouvement dans les yeux, souvent en revenant à elle, elle achevoit la phrase au milieu de laquelle elle l'avoit été interrompue, d'autres fois elle l'avoit oubliée."

„Im September 1769 brachte man ein fremdes Frauenzimmer von vierzehn Jahren zu mir, deren Krankheit mit einigen merkwürdigen sonderbaren Umständen vergesellschaftet war. Sie war bis in ihr siebentes Jahr ganz gesund gewesen. Um diese Zeit befand sie sich einsmahls in Gesellschaft anderer junger Personen auf einer Spazierfahrt zu Wasser, als eben ein gewaltiges Ungewitter entstand, welches sie alle gar sehr in Schrecken setzte; sie aber war die einzige, welche sich nicht (er)brach. Einige Tage darauf bemerkte man an den Augenliedern eine Bewegung, welche anfänglich nichts weiter als ein geringes Zucken, dergleichen manchmahl der gesunde Mensch zu verspüren pflegt, zu seyn schien, welches man aber gar bald als convulsivisch erkannte. Man übergab sie zween sehr geschickten Aerzten, welche jedoch nicht verhindern konnten, dass sich innerhalb vier Monathen wirkliche Anfälle der Epilepsie einstellten, welche überaus stark und häufig waren, und viele Monate dauerten. Einen Teil dieser Zeit hindurch hatte die junge Patientin zum öftern in der Zwischenzeit der großen Anfälle, kleine und ganz kurze, welche sich weiter durch nichts, als durch einen augenblicklichen Verlust des Bewusstseyns, wobei ihr die Sprache vergieng, nebst einer ganz geringen Bewegung in den Augen, äußerten. Oefters, wenn sie wieder zu sich kam, brachte sie die Redensart, in deren Mitte sie unterbrochen worden war, zu Ende; ein ander mahl hatte sie dieselbe vergessen."

Calmeils Leistung besteht darin, dass er fünfzig Jahre nach der Beschreibung der „petits accès" durch Tissot und neun Jahre nach der Etablierung der Termini „Petit mal" und „Grand mal" durch seinen Lehrer Esquirol Unterformen aus diesen beiden Gruppen epileptischer Anfälle herausarbeitete. Bei den Absencen prägte er diese noch heute übliche Bezeichnung und führte damit das Konzept der „epileptischen Absence" für kurze Bewusstseinsverluste oder Verwirrtheitszustände bei Epilepsien ein. Hier sei allerdings daran erinnert, dass man noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts an der epileptischen Genese der von dem deutschen Nervenarzt Max Friedmann beschriebenen [30] so genannten „pyknoleptischen" Absencen gezweifelt hat [31]. Selbst nach der Entdeckung und 1929 erfolgten Beschreibung der Elektroenzephalographie durch Berger [32] und insbesondere nach der Publikation von Gibbs, Davis und Lennox 1935, die unter anderem Abbildungen von während Absencen registrierten 3/sec Spike-wave-Rhythmen enthielt [33], wurden noch einige Jahre lang Zweifel an der epileptischen Genese derartiger „kleiner Anfälle" geäussert [34].

Den Absencen als Prototyp harmloser Formen epileptischer Anfälle steht der Status epilepticus als auch heute immer noch häufiger lebensbedrohliche Anfallsform nahezu diametral gegenüber. Der Status epilepticus war schon in der babylonischen Medizin bekannt [35], eine spätere Beschreibung (noch nicht Benennung) erfolgte u.a. 1586 durch den italienischen Arzt M. Gavasseti [36]. Die erste Benennung als „État de mal" stammt aber aus der Dissertation von Calmeil, dessen Terminus dann von dem französischen Internisten und Neurologen A. Trousseau in Status epilepticus abgewandelt wurde. Trousseau (1801 – 1867) hatte ab 1852 den Lehrstuhl für Innere Medizin an der Medizinischen Klinik des „Hôtel Dieu" in Paris inne und war die beherrschende Persönlichkeit der französischen Medizin in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Er beschrieb u.a. 1848 erstmals die „Epilepsia procursiva" und prägte 1861/62 (deutsch 1868) die Begriffe „Aphasie" [37]. Erste systematische Beschreibungen des Status epilepticus erfolgten 1876 von dem französischen Kinderneurologen und -psychiater D. M. Bourneville [38] sowie 1903/4 durch den US-amerikanischen Neurologen, Neuropathologen, Psychiater und Psychoanalytiker L. P. Clark und den US-amerikanischen Neuropathologen T. P. Prout [39]. Eine erste deutschsprachige Abhandlung wurde 1873 von dem österreichischen Neurophysiologen und Pathophysiologen sowie Neurologen H. Obersteiner vorgelegt [40]. Nun aber zurück zu Calmeil:

Calmeil LF. De L'Épilepsie (1824; deutsch von Schneble H 2003 [25]):

„Tel est l'aspect du grand mal dans son plus grand état de simplicité. Il ne se présente pas toujours ainsi; il est des cas où un accès à peine fini, un autre recommence, et successivement coup sur coup, si bien qu'on peut compter quarante, soixante accès sans interruption; c'est ce que les malades appellent entre eux état de mal. Le danger est pressant; beaucoup de sujets succombent. Il ne faudrait pas dire ici qu'on a vu l'accès durer une heure, quatre heures, tout un jour, mais bien qu'un grand nombre d'attaques n'ont cessé de se succéder..."

„Der große Krampfanfall läuft nicht immer so harmlos ab; es gibt Fälle, bei denen ein Anfall gerade aufgehört hat, wenn der nächste schon wieder beginnt und sich Schlag auf Schlag wiederholt, so daß vierzig, sechzig Anfälle ohne Unterbrechung gezählt werden können. Die Kranken nennen das unter sich ‚état de mal'. Die Gefahr ist groß, denn viele Kranke sterben daran. Man sollte hier nicht von einem Anfall sprechen, der eine Stunde, vier Stunden oder einen Tag dauert, sondern richtiger von

einer Vielzahl von Anfällen, die fortgesetzt aufeinander folgen… .“

Abschliessend sei noch kurz eine amüsante Episode unter Beteiligung von Calmeil, Esquirol und Trousseau berichtet. Die hier zu erwähnende und von Trousseau selbst in seinem Lehrbuch [36] publizierte Anekdote bezieht sich auf ein gemeinsames Erlebnis der drei Ärzte.

Trousseau A. Clinique Médicale de L'Hotel-Dieu de Paris 1862 (deutsch 1868 [36]):

„… de distinguer une attaque simulée d'avec une attaque vrai. Nos confrères des armées vous diront, en effet, combien il est fréquent de voir des individues qui, pour se faire exempter du service militaire, se prétendent épileptiques et simulent des attaques; mais l'attaque vraie se reconnait à certains phénomènes qui n'échappent pas à l'observation attentive des médecins, et que ceux-là seuls pourraint simuler qui les connaîtraient parfaitement. Esquirol croyait même que ceux-là encore n'y parviendraient pas complétement. Il y fut cependant trompé, et voici dans quelles circonstances. Un jour après sa visite à la maison de Charenton, nous nous entretenions de ce sujet avec M. Calmeil et lui. Tout à coup M. Calmeil tombe sur le tapis dans de violentes convulsions. Esquirol, après un instant d'examen, se tourne de mon côté et me dit: < Le pauvre garçon; il est épileptique! > A peine avait-il achevé sa phrase, que M. Calmeil était debout, lui demendant s'il croyait encore qu'il fut impossible de simuler l'épilepsie.“

„… einen simulirten Anfall von einem wahren zu unterscheiden. Unsere Collegen aus der Armee werden Ihnen in der That schon sagen, wie häufig es vorkömmt, dass Individuen, um von dem Militärdienste frei zu werden, sich als epileptisch ausgeben und Anfälle fälschen; aber der wahre Anfall lässt sich an gewissen Anzeichen erkennen, welche der aufmerksamen Beobachtung des Klinikers nicht entgehen und die nur von solchen, die es genau kennen, nachgeahmt werden können. Esquirol glaubte sogar, dass selbst diese es nicht vollends zu Stande bringen. Aber auch er gerieth einmal in die Falle und zwar bei folgender Gelegenheit. Eines Tages, nach seiner Visite im Irrenhaus von Charenton, unterhielt er sich über diesen Gegenstand mit Herrn Calmeil und mir. Da stürzte Calmeil plötzlich zu Boden unter furchtbaren Convulsionen. Nachdem er ihn eine kurze Zeit lang untersucht hatte, wandte sich Esquirol an mich mit den Worten: ‚der arme Junge! Er ist epileptisch!‘ Kaum waren diese Worte ausgesprochen, so stund Calmeil wieder auf den Beinen und fragte Esquirol, ob er noch länger glauben könne, dass es unmöglich sei, einen epileptischen Anfall zu simuliren.“

Auch hier war Calmeil seiner Zeit weit voraus und demonstrierte die auch fast zweihundert Jahre später noch gültige Tatsache, dass eine sichere Unterscheidung epileptischer und nichtepileptischer psychogener Anfälle selbst für Experten sehr schwer sein kann.

Referenzen

1. *Ritti A. Éloge de L.-F. Calmeil. Lu à la Séance Annuelle de la Société Médico-Psychologique, du 3 Mai 1897. Paris : Masson et Cie, 1897*
2. *Arndt RG. Juste-Louis Calmeil. In: Hirsch A, Gurlt E, Wernich A (Hrsg): Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. 2. Aufl., bearb. von Haberling W, Hüboter F, Vierordt H. Band 1. Berlin – Wien: Urban & Schwarzenberg, 1929: 806*
3. *Calmeil Louis-Florentin (nicht Juste Louis). In: Haberling W, Vierordt H (Bearb): Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Dritte, unveränderte Auflage. Ergänzungsband. Nachträge zu den Bänden I – V. München – Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1962: 154–155*
4. *Krämer G. Lexikon der Epileptologie. Bad Honnef: Hippocampus, 2012: 222*
5. *Bihorel C. Louis-Florentin Calmeil. Revue Scientifique 23 mars 189; im Internet abrufbar unter http://www.gloubik.info/sciences/spip.php?article651*
6. *Rostan L. Recherches sur une maladie encore peu connue, qui a reçu le nom de ramollissement du cerveau. Paris : Béchet et Crevot, 1820*
7. *http://psychiatrie.histoire.free.fr/hp/charenton/char.htm*
8. *Pinon P. L'hospice de Charenton. The Charenton hospital. Liège, Bruxelles: P. Mardaga / Institut Français d'Architecture, 1989*
9. *http://belairsud.blogspirit.com/archive/2011/02/14/ca-se-passe-a-saint-maurice1.html*
10. *Calmeil LF. De la Paralysie considerée chez les Aliénés: Recherches faites dans le service de peu M. Royer-Collard et de M. Esquirol. Paris – London: J.-B. Ballière, 1826; im Internet herunterzuladen unter http://archive.org/details/delaparalysiecon00calm*
11. *Bayle AL. Recherches sur les maladies mentales. Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 novembre 1822. Paris : 1822*
12. *Esquirol JÉD. Épilepsie. In: Société de Médecins et de Chirurgiens (Adelon, Alard, Alibert et al). Dictionnaire des Sciences Médicales, Tome Douzième. Paris : C. L. F. Panckoucke, 1815: 510-538*
13. *Calmeil LF. De La Folie considérée sous le point de vue Pathologique, Philosophique, Historique et Judiciaire, depuis la Rennaissance des Sciences en Europe jusqu'au dix-neuvième Siècle; Descripton des Grandes Épidémies de Délire simple ou compliqué, qui ont attaint les Populations d'autrefois et régné dans les Monastères. Exposé des condamnations auxqelles la Folie méconnue a souvent donné lieu. Tome premier et tome deuxième. Paris : J.-B. Ballière, 1845; Reprint: Marseille, Lafitte Reprints 1982; im Internet herunterzuladen unter http://www.google.de/books?id=GmUFAAAAQAAJ&pg=PA1&dq=Louis+Florentin+Calmeil#v=onepage&q&f=false;*
14. *Leubuscher, R. Der Wahnsinn in den letzten Jahrhunderten. Nach dem Französischen des Calmeil. Halle: C. A. Schwetschke und Sohn, 1848; im Internet herunterzuladen unter http://www.bsb-muenchen-digital.de/~web/web1043/bsb10435417/images/index.html?digID=bsb10435417&pimage=1&v=pdf&nav=0&l=de*
15. *Calmeil LF. Traité des Maladies Inflammatoires du Cerveau ou Histoire Anatomico-Pathologique des Congestions Encéphaliques, du Délire Aigu, de la Paralysie Générale, de Périencéphalite Chronique Diffuse à l'État Simple ou Compliqué, du Ramollissement Cérébrale local aigu et chronique, de l'Hémorrhagie Cérébrale localisée récente ou non récente. Deux Tomes, Paris – Londres – New York : J. B. Baillière & Fils, Libraires de l'Académie Impériale de Médecine 1859; Im Internet herunterzuladen unter http://www.google.de/books?id=i2CnsooQ3bQC&pg=PA1&dq=*

Louis+Florentin+Calmeil#v=onepage&q&f=false

16. *Pagel J. Biographisches Lexikon hervorragender Ärzte des neunzehnten Jahrhunderts. Mit einer historischen Einleitung. Berlin – Wien: Urban & Schwarzenberg, 1901: Spalte 299-300; im Internet herunterzuladen unter http://www.zeno.org/nid/20008013128*
17. *Calmeil LF. Recherches sur la structure, les fonctions et le ramollissement de la moelle épinière. Paris : Villeret, 1828 (Extrait du Journal des Progrès des Sciences et Institutions Médicales, en Europe, en Amérique, etc. Par une association des Médecins)*
18. *Calmeil LF. Traité d'anatomie et de physiologie du système nerveux; suivi de considérations générales sur les maladies des nerfs. Bruxelles : Ollivier (Soc. belge de librairie), 1840*
19. *Calmeil LF. De L'Épilepsie, Étudiée sous le Rapport de son Siège et de son Influence sur la Production de L'Aliénation Mentale. Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 juin 1824. Paris: Imprimerie Didot le Jeune, 1824*
20. *Janz D. Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie. Stuttgart: G. Thieme, 1969; 2. unveränderte Auflage mit einem Geleitwort von P. Genton, G. Krämer und P. Wolf. Stuttgart – New York: G. Thieme; 1998: 437*
21. *Heintel H. Quellen zur Geschichte der Epilepsie (Hubers Klassiker der Medizin und der Naturwissenschaften, hrsg. von Ackerknecht EH, Buess H, Band 14). Bern – Stuttgart – Wien: H. Huber, 1975: 140*
22. *Lennox WG, Lennox MA. Epilepsy and Related Disorders. Two Volumes. Boston – Toronto: Little, Brown and Company, 1960 (Volume I: 68)*
23. *Temkin O. The Falling Sickness. A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1945: 247-248*
24. *Schneble H. Krankheit der ungezählten Namen. Ein Beitrag zur Sozial-, Kultur- und Medizingeschichte der Epilepsie anhand ihrer Benennungen vom Altertum bis zur Gegenwart. Bern – Stuttgart – Toronto: H. Huber, 1987: 119*
25. *Schneble H. Heillos, heilig, heilbar – Geschichte der Epilepsie von den Anfängen bis heute. Berlin – New York: de Gruyter, 2003: 98*
26. *Kinnier Wilson JV, Reynolds EH. Translation and analysis of a cuneiform text forming part of a babylonian treatise on epilepsy. Med Hist 1990; 34: 185-198*
27. *(â) Kronland JM (Marci JM). Liturgia Mentis Seu Disceptatio Medica, Philosophica & Optica De natura Epilepsiæ illius ortu & causis; deque Symptomatis quæ circa Imaginationem & motum eveniunt. In qua multa scita digna, difficilia & recondita deteguntur. Opus Posthumum. Regensburg: J. C. Emmrich, 1678*
28. *zitiert nach Dulac O. Atypical absence. http://www.epilepsy.org/ctf/seizure_frame.html (seizure types)*
29. *Tissot SA. Traité de L'Épilepsie. Faisant le Tome troisième du Traité des Nerfs & de leurs Maladies. Lausanne / Paris, A. Chapuis / P. F. Didot, le Jeune 1770; kommentierter Reprint: Karbowski K. Samuel Auguste Tissot et son "Traité de L'épilepsie" de 1770. Nouvelle edition avec introduction: Tissot SA. Traité de L'Épilepsie. Faisant le Tome troisième du Traité des Nerfs & de leurs Maladies. Lausanne / Paris: A. Chapuis / P. F. Didot, le Jeune 1770. Lausanne : Ateliers d'Arts Graphiques de la Fondation Eben-Ezer à Lausanne, 1984: 21-22; deutsch: Abhandlung von der Epilepsie oder fallenden Sucht. Berlin: Haude und Spener, 1771 (übersetzt von J. G. Krünitz); eine weitere deutsche Ausgabe erschien ebenfalls 1771 bei J. G. Müller in Leipzig und eine dritte in der Übersetzung von C. Held erschien 1786 bei F. G. Jacobäer in Leipzig); Neuausgabe der ersten deutschen Übersetzung mit einer neuen Einführung von G. Krämer und K. Karbowski. Nijmegen: Arts & Boeve, 1999: 18-19*
30. *Friedmann M. Über die nichtepileptischen Absencen oder kurzen narkoleptischen Anfälle. Dtsch Z Nervenheilk 1906; 30: 462-492*
31. *Bolten GC. Bemerkungen zu dem Aufsatze der Frau Dr. H. Sauer: „Über gehäufte kleine Anfälle bei Kindern (Pyknolepsie)". Mschr Psychiat Neurol 1917; 41: 118-128*
32. *Berger H. Ueber das Elektrenkephalogramm des Menschen. Arch Psychiatrie Nervenkrankh 1929; 87: 527-570*
33. *Gibbs FA, Davis H, Lennox WG. The electro-encephalogram in epilepsy and in conditions of impaired consciousness. Arch Neurol Psychiatry 1935; 34: 1133-1148*
34. *Rohde M. Beitrag zur Kenntnis der Pyknolepsie. Z ges Neurol Psychiat 1939; 164: 516-530*
35. *Kinnier Wilson JV, Reynolds EH. Translation and analysis of a cuneiform text forming part of a babylonian treatise on epilepsy. Med Hist 1990; 34: 185-198*
36. *Gavasseti M. Libri Duo. Alter de rebus præter naturam, Alter de indicationibus curativis, seu de methodo medendi. Venedig: Apud Paulum Meietum Bibliopol, 1586*
37. *Trousseau A. Clinique Médicale de L'Hôtel-Dieu de Paris. Deux tomes. Paris – London – New York : J.-B. Baillière et Fils, 1861/62 (Tome second: 5); deutsch: Trousseau A. Medicinische Klinik des Hôtel-Dieu in Paris. Nach der II. Auflage deutsch bearbeitet von Dr. L. Culmann und Dr. P. Niemeyer, 3 Bände. Würzburg: Druck und Verlag der Stahel'schen Buch- und Kunsthandlung, 1868; 2: 45-46*
38. *Bourneville (DM). De l'état de mal épileptique. In: Bourneville (DM). Recherches Cliniques et Thérapeutiques sur L'Épilepsie et L'Hystérie. Compte-Rendu des Observations Recueilles à la Salpêtrière. Paris : Progrès Médical / A. Delahaye, 1876: 1-14*
39. *Clark LP, Prout TP. Status epilepticus: A clinical and pathological study in epilepsy. Am J Insanity 1903; 60: 291-306 sowie 645-697 und 1904; 61: 81-108*
40. *Obersteiner H. Ueber den Status epilepticus. Wien Med Wchschr 1873; 23: 544-547*

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Günter Krämer
Med. Direktor
Schweiz. Epilepsie-Zentrum
Bleulerstrasse 60
CH 8008 Zürich
Tel. 0041 44 387 6302
Fax 0041 44 387 6396
g.kraemer@swissepi.ch

CALMEIL (L.F.)
De l'épilepsie étudiée sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale

DE L'ÉPILEPSIE,

N° 110.

ÉTUDIÉE

SOUS LE RAPPORT DE SON SIÉGE

ET DE SON INFLUENCE SUR LA PRODUCTION

DE L'ALIÉNATION MENTALE ;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 17 juin 1824 ;

PAR L. F. CALMEIL, de Poitiers,

Département de la Vienne ;

DOCTEUR EN MÉDECINE ;

Ancien Élève de l'école pratique ; ex-Élève interne des hospices et hôpitaux de Paris ; Interne en médecine à la Maison royale des aliénés de Charenton.

Ipse miserrima vidi.
VIRG. Æn., lib. 2.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1824.

A MON PÈRE.

A MES FRÈRES,

MESSIEURS

P. CALMEIL,

Maire à Blalais,

H. CALMEIL,

Avocat près la Cour royale de Poitiers.

L. F. CALMEIL.

A

MONSIEUR ESQUIROL,

Médecin des aliénées de la Salpêtrière ; Inspecteur de l'université ; Membre titulaire de l'académie royale de médecine, etc., etc.

A

MONSIEUR ROYER-COLLARD,

Professeur à l'école de médecine de Paris; Médecin en chef à la Maison royale des aliénés de Charenton ; membre titulaire de l'académie royale de médecine, etc., etc.

Hommage public d'une sincère reconnaissance.

L. F. CALMEIL.

DE L'ÉPILEPSIE,

ÉTUDIÉE

SOUS LE RAPPORT DE SON SIÉGE

ET DE SON INFLUENCE SUR LA PRODUCTION DE L'ALIÉNATION MENTALE.

CHAPITRE PREMIER.

Considérations générales.

De toutes les maladies, l'épilepsie est peut-être la plus terrible et la plus effrayante. Quel tableau que celui d'un épileptique tombé à la renverse, et se débattant au milieu d'accès souvent mortels! Les gens du monde, à son aspect, s'enfuient pleins d'épouvante; le médecin lui-même, quoique habitué à envisager les maux sous leurs formes les plus repoussantes, s'il n'a contracté l'habitude de vivre au milieu de ces sortes de malades, ne semble consentir qu'avec peine à leur prêter secours, et se hâte de se soustraire à une scène déchirante. Si encore on pouvait se flatter de remédier plus tard à de si grands désordres! Mais non. Depuis les temps les plus anciens, on

trouve des descriptions du mal épileptique, des écrits volumineux se sont succédés, beaucoup de remèdes ont été tour à tour regardés comme salutaires, et cependant, si on pèse tout avec impartialité, on verra que les résultats obtenus se bornent à bien peu de chose.

Des épileptiques condamnés à toute la rigueur de leur sort peuplent en grand nombre les hôpitaux de la capitale, et principalement la Salpêtrière, Bicêtre, Charenton. Des médecins profondément versés dans la thérapeutique des maladies cérébrales ne cessent de faire des tentatives en tout genre pour leur guérison; mais jusqu'ici de quels succès ont été couronnés leurs efforts! Nous les voyons chaque jour traiter la maladie de *désespérante*, et s'apitoyer à la vue des nombreuses victimes qu'elle enlève à la société!

Pour peu qu'on y réfléchisse, on verra qu'il ne pouvait guère en être autrement; en effet, quelqu'attentives qu'aient été les recherches faites sur les cadavres, on n'a pu encore s'élever à des données probables sur la nature de la lésion qui donne naissance aux symptômes; bien plus, on n'est même pas d'accord sur la question de savoir quel est l'organe affecté; on ne s'entend pas davantage pour ce qui concerne irrévocablement les signes, puisqu'on dispute chaque jour pour savoir si le mal hystérique n'est pas une nuance de l'épilepsie. Sur quoi donc établir sa thérapeutique, lorsqu'on est privé des documens sur lesquels repose tout traitement rationnel? Ces documens les voici: 1.° être certain que les symptômes observés sont bien ceux de la maladie; 2.° connaître l'organe affecté; 3.° connaître de quelle manière il est affecté: tel est le but constant qu'il nous semblerait utile d'atteindre.

La nécessité de faire de nouvelles recherches a tellement frappé M. *Esquirol*, dont tous les momens sont consacrés au bien des aliénés, classe de malades à laquelle les épileptiques appartiennent tôt ou tard, qu'il ne cesse de diriger de ce côté l'attention de ses élèves; et ce fut sous sa direction que je me décidai moi-même à tenter une si pénible étude. Plus de deux cent cinquante femmes rassemblées dans

le même lieu, de tout âge, de toutes les constitutions, furent soumises à l'observation; il fallut me décider à fixer mon habitation au milieu des dortoirs; ainsi je pouvais accourir dès l'invasion des accès, les décrire, noter leur durée, leur intensité, leurs variétés de forme, etc. De plus, je ne manquais pas de suivre tout ce qui se passait le jour même ou les jours suivans; et je pouvais apprécier au juste tout ce qui a trait à l'aliénation, qui ne manque jamais de se manifester. Dans le cours de l'année, je m'efforçais d'établir des relations avec les parens, j'interrogeais les malades, et peu à peu j'arrivais à dresser un cadre complet d'observations. La présence de cinquante hystériques, gravement affectées, m'offrait en même temps un point de comparaison infiniment précieux, et me permettait d'établir entre les deux maladies le parallèle le plus sévère. En suivant cette marche, j'ai obtenu quelques résultats; j'ai pu rassembler des faits nombreux et positifs sur ce qui concerne l'hérédité, l'âge de l'invasion, l'influence des causes, celle de la menstruation, la gravité du prognostic, l'inutilité des traitemens, comme curatifs, etc., etc. Mais, il faut le dire, la nature du mal reste encore cachée, et il y aurait de la témérité à tenter, dans l'état où en sont les choses, une histoire détaillée de l'épilepsie; il est bien à craindre même que le voile ne soit de long-temps levé, parce qu'il est très-difficile d'observer une maladie dont les symptômes ne durent que quelques minutes. Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque parmi le grand nombre de médecins qui visitent les établissemens d'aliénés, nous en avons vu beaucoup qui ont pris les attaques d'hystérie pour de l'épilepsie, lors même que des épileptiques dans l'accès étaient soumis au même moment à leur observation; la méprise n'a rien d'étonnant; on voit peu d'épileptiques dans la pratique, et même dans les hôpitaux ordinaires, soit qu'on n'arrive pas à temps; que les malades se cachent, ou qu'on les relègue dans des établissemens spacieux. Il arrive de là que beaucoup de sujets passent pour être épileptiques et ne le sont pas; c'est ce que prouve souvent l'examen d'individus qu'on a attestés être frappés du haut mal, et qui avaient une autre affection convulsive. Ainsi s'expliquent

encore les guérisons nombreuses qu'on ne manque pas de publier, et qui ne sont rien moins que douteuses. Il serait difficile de dire combien de prétendus spécifiques ont été présentés à M. *Esquirol.* Leurs possesseurs portaient des certificats attestant, d'une manière en apparence irrécusable, toutes les cures qu'ils avaient obtenues. Pour n'avoir rien à se reprocher, et quoi qu'il fût convaincu de l'inutilité de l'entreprise, M. *Esquirol* se décida à faire venir un de ces empiriques ; il s'assura d'abord que le remède ne contenait rien de nuisible. Ensuite vingt jeunes filles dont plusieurs à peine pubères furent soumises à l'expérience; on avait gagné leur confiance. L'usage du remède fut continué beaucoup plus long-temps qu'on ne l'avait d'abord demandé; nous ne quittions pas un instant notre individu *bien désespéré;* et nous pouvons affirmer que ce médicament qui avait tant produit de cures ne modifia pas les accès d'une seule de nos jeunes malades. Ces détails, peut-être trop oiseux, ont pour but d'établir l'indispensable nécessité, dans toute observation sur l'épilepsie, *de décrire exactement les symptômes ;* autrement, on ne saura à quoi s'en tenir sur l'authenticité des faits. Cela est surtout important pour ce qui concerne le but que nous nous proposons, l'expérience m'ayant appris que l'influence de l'hystère, dans la production de l'aliénation mentale, ne ressemble en rien à celle de l'épilepsie.

CHAPITRE II.

Formes que peut prendre l'épilepsie.

Dans tout ce qui me reste à dire, il m'arrivera à chaque ligne de prononcer ces mots : *grand mal épileptique* ou *simplement grand mal ; petit mal, étourdissemens* ou *vertiges ; absence.* Afin d'être entendu, et pour ne pas m'éloigner du conseil donné de ne jamais omettre la description des symptômes, je commencerai par tracer les caractères propres à chacune des variétés de l'épilepsie, telle qu'elle s'est constamment offerte à moi à Charenton et à la Salpêtrière.

Première forme. — Grand mal, accès d'épilepsie proprement dit. C'est celle qui est la plus effrayante. L'épileptique est à la promenade, à son travail ou cause avec vous; subitement il est renversé; on le dirait frappé de la foudre, tant la perte de connaissance est prompte; il y a quelques sujets, qui, à certains signes prévoient l'arrivée du mal: ces prodromes les trompent rarement; l'épileptique se hâte alors de se placer convenablement et s'éloigne du danger.

L'accès est commencé; fixons toute notre attention sur le malade. Il est renversé, tantôt sur le dos, tantôt sur le côté; une roideur tétanique a saisi ses membres; ils sont dans une violente contraction. Cependant sa face va former un tableau nouveau pour celui qui ne s'y attend pas (il est *invariable, pathognomonique;* dans aucune maladie on ne retrouve rien de semblable). La tête est penchée en arrière ou sur le côté; sa déviation est énorme; les yeux sont ouverts le plus souvent; la pupille est dilatée; il y a strabisme, parfois convergent, parfois divergent; l'expression du regard a quelque chose de féroce. Remarquons la figure, et surtout la bouche. La face est tirée d'un côté; la bouche portée vers l'oreille; les dents se resserrent et saisissent souvent la langue ou les lèvres qu'elles coupent par lambeaux; tout ceci *se passe dans un temps bref, rapide* (*à peine une à deux minutes*); mais comme rien ne nous échappe, nous voyons en même temps les muscles du cou se roidir, entrer dans une espèce d'érection; les jugulaires sont singulièrement gonflées; les capillaires eux-mêmes sont gorgés de sang depuis le sternum jusqu'au cuir chevelu; la couleur devient plus ou moins foncée, parfois même d'un violet effrayant; on peut suivre de l'œil, pour ainsi dire, l'espèce de *raptus* qui se fait vers le cerveau. C'est ici que commencent les grimaces dans la figure, *grimaces difficiles à peindre*, qui se *répètent cinq à six fois sans interruption, et qui résultent* d'une contraction musculaire subite, suivie de relâchement, puis d'une nouvelle contraction, et successivement: ce sont de véritables ondulations.

Les muscles du corps et des extrémités ne sont pas davantage dans le calme. *Les bras, contractés et roidis, éprouvent sept à huit se-*

cousses, pas au-delà. Les cuisses et les jambes obéissent à la même impulsion ; mais elle paraît d'autant plus faible, qu'on s'éloigne plus de la tête. Le ventre est tendu ; les muscles qui recouvrent la poitrine paraissent immobiles de tension ; aussi la suffocation est imminente ; la respiration est haute, et se fait par saccades. Tout à coup la scène a changé ; elle a été bien courte, mais horrible à voir. Voici un autre ordre de phénomènes qui annoncent que l'équilibre va se rétablir. Tout le système musculaire tombe dans l'affaissement ; ceci est surtout sensible aux doigts, qui sortent de leur état de roideur ; la tête est vacillante ; la respiration reprend largement son cours ; l'air se précipite et les expirations, qui se succèdent rapidement, laissent entendre une espèce de ronflement, qui manque cependant quelquefois. A la sortie brusque de l'air se joint presque toujours l'écoulement d'une salive écumeuse, souvent sanguinolente, puis le *coma* le plus profond se manifeste.

Jusqu'ici j'ai omis de parler de l'homme sentant ; il a été réduit à la condition du végétal ; sa vie de relation a été anéantie ; plus d'yeux, plus d'odorat, plus d'oreilles ; en vain on a appliqué le feu sur son corps, il est devenu étranger à la douleur, et cependant tous ses muscles, sans l'ordre de la volonté, se livrent à d'affreux mouvemens. Le pouls n'a rien de constant ; les matières excrémentitielles s'échappent de leurs réservoirs, et à l'insçu du malade. Il restera long-temps encore avant de retrouver sa connaissance ; il n'a aucune idée de ce qui se passe autour de lui ; immobile, il n'a point d'impressions, point de sensations ; à cette époque, il s'endort le plus souvent. Reste-t-on à ses côtés et se donne-t-on la peine de le stimuler, on peut voir le cerveau reprendre peu à peu ses fonctions. La durée de l'abrutissement varie depuis un quart-d'heure jusqu'à plusieurs heures. Déjà le malade reçoit quelques impressions : il se retire à l'arrivée de l'eau qu'on lui projette ; mais il ne produit pas encore d'idées. Bientôt il vous regarde fixement, et prouve que les paroles que vous criez à son oreille sont entendues. Enfin il commence à parler, et devient de plus en plus lucide ; ses premiers mots expriment les douleurs qu'il

ressent « Je suis brisé. » Ici arrivent les symptômes d'aliénation mentale, dont nous donnerons plus tard les caractères.

Tel est l'aspect du *grand mal* dans son plus grand état de simplicité. Il ne se présente pas toujours ainsi; il est des cas où un accès à peine fini, un autre recommence, et successivement coup sur coup, si bien qu'on peut compter quarante, soixante accès sans interruption; c'est ce que les malades appellent entre eux *état de mal*. Le danger est pressant; beaucoup de sujets succombent. Il ne faudrait pas dire ici qu'on a vu l'accès durer une heure, quatre heures, tout un jour, mais bien qu'un grand nombre d'attaques n'ont cessé de se succéder, ce qui n'est pas la même chose pour le diagnostic.

Deuxième forme. Petit mal, vertiges, étourdissemens parmi les malades. Il faut avoir vu un grand nombre d'épileptiques pour reconnaître le mal sous cet aspect, et se décider à le rapporter à son genre. Les étourdissemens précèdent souvent de plusieurs années le *grand mal*: le plus souvent encore, ils se manifestent dans l'intervalle des grands accès, ou les annoncent par leur apparition, qui en est un signe précurseur. Un étourdissement paraît parfois être si peu de chose, que beaucoup de personnes le remarqueraient à peine; cependant il est *des plus graves*; il est le signe certain de l'épilepsie; il tourmente les malades et les plonge dans l'*abrutissement*. Il m'est impossible de lui assigner des caractères invariables : ils changent suivant les sujets. En voici des exemples. Un militaire jeune et robuste, sentant son vertige, ne tombait point; il se contentait de porter la tête à droite, allongeait les bras, comme pour résister à leur contraction, et après être resté une demi-minute comme étourdi, il continuait ses occupations. Adèle M.... sentait sa tête tourner; elle se laissait tomber sur le siége, ne présentait aucun symptôme convulsif, mais restait une bonne minute les yeux tournés, la face étonnée et comme dans la stupeur. Elle *sentait*, mais elle ne *conservait* pas le souvenir des impressions. Julie R.... présentait des symptômes plus tranchés. Elle tombait à la renverse, laissait aller ses urines, perdait

connaissance, l'œil devenait hagard, la face se colorait, les traits commençaient à se crisper, la bouche à se tordre, puis les choses en restaient là. Julie se levait subitement à cette époque, et comme une somnambule, elle se mettait à parcourir la salle ; son intelligence était abolie; les impressions étaient nulles; le tout se terminait par de grands éclats d'un rire stupide. Une autre femme offrait des traits analogues. Elle commençait de même à agir avant de pouvoir se rendre compte de ses actions; son premier soin après le vertige était de prendre une aiguille, puis de coudre en un paquet toutes les pièces qui recouvraient son lit, prononçant en même temps le mot *coche*, etc. Si les vertiges se montraient à de longs intervalles, ils seraient peu inquiétans ; mais par malheur leur fréquence et extrême, et ils sont insupportables.

Troisième nuance. — Absences. Les absences ne sont point rares chez les épileptiques ; elles ne paraissent point dangeureuses, mais au moins constituent-elles un phénomène curieux. Le malade laisse tomber par terre l'ouvrage ou l'objet qu'il tenait à la main ; puis, sans présenter aucune particularité bizarre, il perd de vue ce qui se passe autour de lui; quoique ses sens soient éveillés, ils sont momentanément fermés aux impressions; c'est une véritable extase. Les fonctions ne sont point troublées pendant tout ce temps ; si dès le début on interpelle le malade, l'absence cesse; si on reste spectateur sans rien dire, elle se dissipe de même ; mais il faut quelques secondes. Je serais porté à croire que l'absence n'est qu'un vertige avorté, de même que les vertiges pourraient bien être des accès incomplets de grand mal.

CHAPITRE III.

Organe affecté.

Si, pour faire croire à l'existence d'un désordre quelconque dans un organe, il fallait le montrer le scalpel à la main, nous aurions

peu de choses à produire dans cet article; mais il est une autre manière de procéder, qui, quoique moins sûre, ne laisse pas d'être conforme à la raison. Dans tout ce qui a rapport à l'aliénation mentale, la connaissance de l'anatomie pathologique est peu avancée; cependant on n'hésite point aujourd'hui à regarder le cerveau comme l'organe malade. Il est bien vrai que beaucoup trop souvent on ne peut apprécier le dérangement; mais il peut exister et échapper à nos moyens de recherches; dans ce cas, la physiologie nous guide. Ce n'est pas la seule circonstance où l'on se sert de l'induction; ainsi dans la pratique chaque fois qu'un trouble profond se manifeste dans les fonctions d'un organe, on a coutume de regarder l'organe lui-même comme malade; et ce que le raisonnement suggère naturellement, presque toujours l'inspection des cadavres le prouve. Si nous nous reportons maintenant vers la série de symptômes qui appartiennent à l'épilepsie, nous serons conduits à établir le siége de l'altération qui la provoque dans le *cerveau* ou ses *dépendances*. En effet, le cerveau et ses dépendances étant sains, les actes de la locomotion et les phénomènes de la pensée, etc., se développent dans un ordre régulier. Dans l'épilepsie, rien de tout cela: il n'y a plus de *moi*, plus de perceptions, plus d'idées, et tandis que le sujet n'a même pas conscience de son état, ses membres se livrent à d'horribles mouvemens, semblables à ceux d'un automate dont on fait remuer les ajoutages. Il me semble qu'il n'en faut pas davantage pour faire reconnaître l'existence d'un désordre dans la masse encéphalique. Ces conclusions reposent sur les plus simples données de la physiologie.

Dans un cas où l'apparition du mal avait coïncidé avec celle d'un ganglion qui avait son siége à la jambe, l'extirpation du ganglion ayant procuré la guérison de l'épilepsie, des auteurs ont dit que le siége du mal épileptique était à la jambe; mais il est bien clair qu'on a voulu dire par-là que l'épilepsie était *symptomatique*. Quand, dans une pneumonie, le délire se manifeste, s'avise-t-on de placer dans le poumon l'altération du délire? Ne reste-t-on pas bien con-

vaincu, au contraire, que le cerveau s'est pris, et qu'alors l'attention doit être dirigée, non plus sur un seul organe, mais sur deux à la fois?

Qu'il me soit permis de continuer l'induction, et de la pousser plus loin encore. Je voudrais établir que, dans l'épilepsie, le désordre n'est pas borné à un seul point du cerveau ou de la moelle épinière. Des faits nombreux, tous empruntés à l'anatomie pathologique, indiquent que cela doit être ainsi. En effet, chaque fois qu'à l'ouverture d'un cadavre une lésion cérébrale a été trouvée circonscrite, bornée à un seul point et loin de *la ligne médiane*, les symptômes notés pendant la vie avaient été partiels, c'est-à-dire, bornés à un côté du corps : fixons nos idées par des exemples. Soit un épanchement ou un ramollissement de peu d'étendue, nous aurons pour symptômes l'hémiplégie ; un côté entier du corps n'aura pas souffert. Qu'au contraire l'épanchement soit vaste, qu'il s'étende aux deux hémisphères ; la résolution dans les mouvemens deviendra générale, l'homme entier sera frappé de paralysie. Ces raisonnemens sont tellement liés aux faits et déduits de ce qui a été vu, que chaque jour, par leur seul secours, M. *Rostan* arrive à des diagnostics souvent extraordinaires, et les autopsies cadavériques les confirment constamment. Ce que nous venons de dire se rapporte également à la moelle épinière, organe symétrique comme le cerveau.

Qu'on revienne maintenant aux convulsions épileptiques, et on verra qu'elles n'épargnent aucune partie du corps. L'abolition des sens est générale; il est indifférent de stimuler un bras ou un autre, d'ouvrir l'œil gauche ou le droit; partout l'altération des fonctions est au même degré. *Donc la lésion qui produit l'épilepsie n'épargne ni l'un ni l'autre des côtés symétriques du cerveau ou de ses dépendances.*

Pour infirmer notre manière de voir, on répondra peut-être aux faits par des faits; on nous citera des ouvertures d'épileptiques, prouvant que souvent la lésion *trouvée* dans le cerveau était *bornée à un seul point*, tandis qu'un hémisphère entier paraissait être sain. Nous-

même produirons à l'instant des résultats analogues. Mais voici ce que nous croyons. Le désordre trouvé n'*avait pas été seul ;* il avait eu une *influence qui agissait sur tout le système cérébral ;* cette influence *ne manifestait son action* que par intervalles, et c'est dans ces instans que se manifestait un *second désordre*, lequel était *général*, mais nous a *échappé*. C'est cette dernière perversion du centre médullaire qui *provoquait immédiatement les convulsions épileptiques*. La crainte de mettre des spéculations à la place de la vérité, ne me permettra pas de rechercher quelle peut être la nature probable de l'altération ; je me contenterai de mettre sous les yeux, et de la manière la plus succincte, le tableau de ce qui a été trouvé dans les cerveaux d'un certain nombre d'épileptiques, ouverts, soit à Charenton, soit à la Salpêtrière. C'est surtout dans cette sorte d'anatomie pathologique qu'il faut user d'une grande circonspection relativement aux conclusions qu'on pourrait en tirer. A peu près constamment, l'épileptique est affecté en même temps d'aliénation ; il est rare, si sa vie a été longue, qu'il n'ait eu quelques légères apoplexies ; souvent même il périt d'une congestion cérébrale. Est-il facile, au travers de tant de complications, d'arriver jusqu'à la vérité?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

N.° 1. Madame M. m. t. avait rarement le grand-mal ; les vertiges étaient fréquens. Elle succomba par suite d'une phlegmasie du péritoine.

Sérosité épanchée entre l'arachnoïde cérébrale et la pie-mère ; plusieurs petits points cartilagineux et osseux sur l'arachnoïde vertébrale, principalement à sa partie inférieure. Tout le système encéphalique et le système rachidien offraient la consistance et la coloration appartenant à l'état physiologique. (Service de M. *Esquirol.*)

N.° 2. Madame D. c. b. était épileptique et aliénée : elle mourut à trente-quatre ans, par suite de phthisie pulmonaire, avec présence d'ulcérations dans les intestins.

Les sinus de la dure-mère étaient gorgés de sang ; le cerveau, la moelle allongée, la moelle vertébrale, étaient d'une consistance remarquable. L'arachnoïde vertébrale était parsemée çà et là de points osseux et cartilagineux. (*Idem.*)

N.° 3. Jeanne G. r. n., âgée de trente ans, mourut à la suite d'accès répétés. Son embonpoint était considérable; la face et le cuir chevelu parurent gorgés de sang ; les os du crâne étaient fort épais ; beaucoup de sang distendait les sinus de la dure-mère; le *cerveau était singulièrement ferme.* La substance grise était *violette*, et la blanche, devenue *grisâtre*, était tachetée de plaques rouges. Le cervelet présentait de même de la consistance et de la coloration. La dureté de la moelle épinière était augmentée. (Service de M. *Esquirol.*)

N.° 4. F. r. t., jeune homme d'une bonne santé et d'une belle constitution, assez sujet aux accès de grand mal, tomba subitement mort à la suite d'une attaque qui survint pendant que son infirmier l'habillait. L'ouverture fut faite vingt-quatre heures après. Le sujet était en démence, et avait présenté des symptômes de manie intermittente.

La dure-mère est rouge, l'arachnoïde l'est également ; la substance, grise dans tous ses points, est colorée ; la substance blanche est jugée injectée; les plexus, les corps striés, les couches optiques, le cervelet, les enveloppes de la moelle épinière et la moelle elle-même, présentent une teinte analogue. La consistance de toutes ces parties est naturelle. (Service de M. *Royer-Collard.*)

N.° 5. M. D. r. g. avait le grand-mal assez fréquemment ; la raison était faible ; il n'était pas exempt d'excitation maniaque. La santé était bien conservée. A la suite de quelques accès, il expira en peu d'heures.

Le crâne était sain ; la dure-mère saine, mais un peu colorée par du sang ; l'arachnoïde n'offrait aucune altération. Le cerveau, examiné dans tous ses détails, différait peu de l'état normal ; seulement la substance blanche était injectée ; les vaisseaux, après chaque section, lui donnaient un aspect sableux. (Service de M. *Royer-Collard.*)

N.° 6. Une jeune religieuse, dont la raison n'était point affaiblie, se *plaignait de fréquens maux de tête.* Elle était sujette à des accès de folie intermittente, et de plus, elle tombait du mal. L'épilepsie restait parfois cinq à six mois sans paraître; mais, quand elle se manifestait, les attaques se suivaient d'une manière effrayante. Le 22 août 1823, l'épilesie apparaît; pendant plus de quarante-huit heures, un accès était à peine terminé qu'un autre commençait, et successivement. Les secours les plus prompts lui furent inutiles; elle expira. Le bistouri porté vers l'apophyse *crista-galli*, dans l'intention de détacher la grande-faux, rencontra une altération remarquable; c'est *un cancer* de la substance grise du cerveau. En long, sur la ligne *médiane*, il a deux pouces d'étendue; il s'étend transversalement d'une fosse temporale à celle du côté opposé, formant une espèce de calotte lardacée enveloppant la partie antérieure de l'un et l'autre hémisphère. La substance cancéreuse ne s'étendait point profondément dans la couche grise du cerveau; la matière cérébrale sous-jacente était un peu molle et violacée; tout le reste du centre nerveux et de ses annexes était sain. (Service de M. *Royer.*)

N.° 7. Chez une femme de quarante ans, le cerveau avoit un hémisphère atrophié.

N.° 8. Une jeune fille avait tout le pourtour du cerveau parsemé d'hydatides qui se prolongeaient dans le canal vertébral, etc., etc., etc.

CHAPITRE IV.

Des differentes espèces d'aliénations mentales provoquées par l'épilepsie.

L'influence qu'exerce l'épilepsie sur la production de l'aliénation mentale a quelque chose d'effrayant. Dans aucune autre maladie, sans contredit, on ne trouvera autant d'aliénés; cela est poussé au point que tout épileptique qui a de fréquens accès et de fréquens

vertiges surtout, ne peut espérer de conserver sa raison. Idiotisme, imbécillité, démence, manie, monomanie, etc., se rencontrent chez ceux qui tombent du mal. Je tâcherai d'établir cette vérité par des calculs résultant de la comparaison de plus de trois cents épileptiques étudiés soit à la Salpétrière, soit à Charenton. Il sera facile de s'assurer de l'exactitude des faits avancés; il suffira de se transporter dans les établissemens que j'indique; la population des épileptiques y est toujours à peu près en même nombre.

§. I.er *Des facultés intellectuelles, considérées chez l'épileptique qui n'est pas encore aliéné.*

Les personnes qui ont pris beaucoup de renseignemens sur le genre de vie des individus qui ont fini par perdre la raison n'ignorent pas que souvent une foule de particuliarités, de bizarreries de caractère annonçaient l'aliénation long-temps avant qu'elle se manifestât. Chez les épileptiques, cela est bien plus sensible encore; ils sont des plus irascibles, des plus impressionnables; ce qui ébranlerait à peine un homme d'une susceptibilité ordinaire porte dans leurs sens un trouble profond; ils sont enclins aux fausses interprétations; accablés d'un mal qu'on a en horreur, la vie a peu d'attraits pour eux; l'aigreur de leur esprit ressort continuellement, et on peut dire que leur cohabitation nécessite les plus grands efforts de patience. Un assemblage d'individus ainsi constitués forme ce que les malades appellent trivialement *une mauvaise nation*. Le médecin, qui n'a que trop prévu que tant d'anomalies de caractère annoncent des troubles bien plus redoutables, trouve la force de les supporter; mais les gens du monde, qui, jusqu'à ce qu'on délire complètement s'imaginent qu'on peut calculer toutes ses déterminations, voient les épileptiques du plus mauvais œil, et les regardent comme un fléau pour la société. Les malades se jugent mieux entre eux, ils répètent fréquemment : « C'est son mal qui le rend ainsi. »

§. II. *Imbécillité et idiotisme primitifs.*

Une note de la main de M. *Esquirol* prouve évidemment que les sujets chez lesquels la raison n'a jamais existé, ou n'existait qu'à un faible degré, peuvent présenter les signes de l'épilepsie; mais la difficulté d'avoir des renseignemens ne m'a pas permis de déterminer si l'épilepsie s'était manifestée dès la naissance, ou s'il était à croire que le défaut de développement de la raison fût dû à son influence. Quoique j'aie eu occasion d'interroger quelques jeunes filles, qui, malades dès le bas-âge, n'avaient pas laissé d'acquérir dans le jugement une solidité ordinaire, je n'hésite point à penser que, dans quelques cas, l'idiotisme est causé par le mal épileptique; comment l'intelligence pourrait-elle se développer, si les vertiges et les grands accès se suivaient continuellement, quand nous allons établir que les jugemens les mieux constitués ne peuvent se maintenir sains?

§. III. *Démence à divers degrés.*

A. *Démence qui se manifeste immédiatement après l'acces.* Son apparition est *constante*, sa durée variable; si le sujet n'a eu qu'une attaque, que sa raison ne soit pas habituellement faible, il est possible que l'équilibre se rétablisse au bout de quelques minutes; il sort peu à peu de la stupeur dans laquelle l'accès l'avait plongé; il se met sur son séant, exécute quelques mouvemens de déglutition, étend les bras, et prononce quelques paroles; *il est revenu*, disent les autres. Pendant le reste du jour, on aperçoit dans son œil quelque chose de hagard; la raison n'a pas sa force ordinaire: on voit que l'accès a eu lieu. Examinons maintenant un sujet dont la raison est habituellement faible; il vient d'avoir coup sur coup dix à douze accès; il se trouve vraiment au-dessous de la condition des brutes; il y a parfois quatre jours que l'état convulsif est dissipé, et cependant l'épileptique ne peut distinguer sa tête de son pied. I essaie de prononcer quelques mots; il s'arrête

dès la première syllabe : on lui enfonce les alimens dans la bouche, et il n'a même pas l'instinct de les avaler. Les exemples de cette nature sont si multipliés, que j'en rapporterai peu.

I.re OBSERVATION. Marguerite L. j. n. a vingt-huit ans ; sa taille a plus de cinq pieds d'élévation ; ses proportions sont belles. L'épilepsie a peu à peu appauvri ses facultés intellectuelles ; elle se trouve dans un état moyen de démence ; elle peut raisonner encore, mais d'une manière peu suivie. Après l'attaque, *facies* qui indique l'étonnement et la stupeur ; fatigue profonde : le sujet exprime par un geste qu'il ne sait ni où il est ni ce qu'il est. La mémoire et le jugement n'existent plus ; elle entreprend bien de répondre aux questions qu'on lui adresse, mais à peine un mot est-il produit qu'elle l'a oublié, et le suivant ne s'y rattache plus. Pendant plusieurs jours ses actes prouvent qu'elle ne sait ce qu'elle fait. Il lui arrive de se tromper de salle, de lit, d'oublier de manger, d'oublier le nom de la sœur de la division, etc. Plus tard, tous ces accidens disparaissent.

IIe. OBSERVATION. Madame S. l. m. est âgée de quarante ans ; sa santé physique est robuste. Le mal débuta à trente ans, sans causes connues. Le 20 mars 1822, six attaques épileptiques des plus fortes éclatèrent en ma présence. Le lendemain, elle errait dans la salle ; sa démarche incertaine ressemblait à celle d'une somnambule ; elle eut beaucoup de peine à me reconnaître. Ce ne fut qu'après avoir longtemps cherché qu'elle parvint à faire entendre que sa langue, en partie coupée par les dents, lui faisait mal. Deux jours après, elle vomissait de la bile, et présentait tous les caractères d'une démence profonde. C'est cependant un exemple de raison assez bien conservée, hors le temps des accès.

Pour l'ordinaire, un simple *étourdissement tout seul*, bien *isolé*, n'est pas suivi de démence ; le sujet l'a aussitôt oublié. Au contraire, il est des cas nombreux où le *vertige* s'accompagne immédiatement du désordre des idées.

III.e OBSERVATION. L. s. n., jeune fille réglée, est livrée à l'onanisme; sa santé est faible; ses accès de mal viennent souvent. La raison est de peu d'étendue, cependant la malade soutient passablement la conversation. Les vertiges la fatiguent horriblement; ils durent peu, mais reviennent souvent. Après chacun d'eux, elle est méconnaissable; toute la figure est décomposée; l'œil est stupide. On a beau la stimuler, les idées ne se présentent pas. Si les vertiges deviennent rares, la jeune fille revient à l'état habituel.

IV.e OBSERVATION. Mademoiselle Julie B. l. t. n'est pas réglée; elle arrive à sa vingtième année; sa constitution est brune; elle se porte bien. Le grand mal et les vertiges se rencontrent réunis chez elle. A l'invasion du vertige, elle tombe et se trouve assise; sa figure devient pâle et étonnée; on n'y trouve aucune trace de convulsions. Bientôt un ptyalisme abondant apparaît; déjà elle promène autour d'elle des regards inquiets, puis elle se lève; si l'on approche, elle vous fixe machinalement, et se met à rire de la manière la plus niaise. Elle n'a point conscience du danger. Un jour, on la trouva sur la fenêtre d'un deuxième étage; elle riait aux éclats, et gesticulait de la manière la plus imprudente.

B. *Démence chronique.* Elle est le résultat le plus fâcheux de l'influence épileptique. Une fois profonde et bien établie, elle ne laisse plus d'espoir de guérison; chaque attaque d'épilepsie concourt peu à peu à sa production, et le sujet passant ainsi successivement par tous les degrés de l'affaiblissement du moral, finit par arriver à l'abolissement complet des idées. De trois cents sujets, deux cent quarante à peu près étaient en démence; ce qui établit les proportions de cette espèce de folie comme 5 : 1. Il est probable que tôt ou tard les soixante autres ne seront pas davantage épargnés. La marche de la démence n'est pas identique chez tout le monde; l'âge auquel a commencé le premier accès d'épilepsie, sa fréquence, son intensité, sa complication avec les vertiges, etc., ont fourni des différences qu'il est important de signaler. Les voici énoncées dans toute leur simplicité.

Première proposition. D'après M. *Esquirol*, quand le début du mal épileptique a eu lieu à un âge avancé, la perte de la raison paraît moins fréquente.

Deuxième proposition. Il est peu de malades qui soient tombés dans la démence au moment même où l'épilepsie venait de se manifester pour la première fois. (La femme Guy en offrait un exemple.)

Troisième proposition. L'influence la plus puissante pour l'anéantissement de la raison se trouve dans la réunion des accès du grand mal avec les vertiges. La rapidité de la marche de l'aliénation est en rapport avec la fréquence et la durée des attaques.

Quatrième proposition. Le grand mal *seul* n'épargne point le moral ; sa fréquence et une durée prolongée augmentent ses effets pernicieux.

Cinquième proposition. Le grand mal *seul* ne se manifestant que pendant un jour, par mois, par exemple, mais apparaissant dans ce jour vingt à trente fois, ne manque point d'affaiblir la raison.

Sixième proposition. Quand les vertiges sont très-multipliés, quoique *seuls*, ils sont aussi actifs pour la production de la démence que les vertiges et le grand mal réunis, mais un peu moins multipliés.

Septième proposition. Quand la démence est peu avancée, l'épilepsie venant à disparaître, la raison reprend peu à peu son premier état, et le sujet se trouve avoir la dose d'intelligence ordinaire.

Huitième et dernière proposition. Chez beaucoup de sujets qui ont le *mal* depuis le *jeune* âge, l'intelligence a pu acquérir un développement complet. Vers les premières années, le mal ne s'était pas montré fréquemment.

V.e OBSERVATION. A l'appui de la *deuxième proposition*, Louise Guy, veuve et âgée de soixante-treize ans, est née dans le midi de la France. Elle a donné le jour à plusieurs enfans, et n'a point d'épi-

leptiques au nombre de ses parens. Sa constitution est brune, et médiocrement forte; sa santé n'a point été sujette aux anomalies. Toute sa vie a été partagée entre les occupations du ménage et les travaux de l'agriculture : sa raison était parfaite. Pleine de tendresse pour sa famille, elle ne connaissait point d'autre besoin que de lui être utile.

A soixante-trois ans, sans causes connues, L. g. tombe tout à coup du mal épileptique. Le mal arrive pour l'ordinaire sans prodromes; il se manifeste indifféremment la nuit ou le jour; sa fréquence n'est pas extrême, mais les vertiges sont rapprochés et renversent souvent la malade. (Voyez p. 11, pour la description de l'accès.) Cependant, dès le premier mois, la raison a disparu. Cette mère tendre reconnaît à peine ses enfans; elle demeure insensible au bien comme au mal qui pourrait leur arriver, c'est un être passif; plus d'émotions, plus de sensations en aucun genre; elle reste tous les jours dans l'inaction; à peine si elle peut manger seule. Cet état ne s'est point amélioré depuis, et chaque jour nous avons pu la voir réduite à la vie végétative.

VI.e OBSERVATION, *à l'appui de la troisième proposition.* Mademoiselle Virginie S. l. t. arrive à sa vingt-quatrième année; d'un tempérament sanguin et lymphatique, elle a eu en partage un beau physique, et surtout un esprit piquant. Son éducation fut soignée; elle s'adonnait à l'étude de la musique et s'exerçait à peindre sur la porcelaine. Extrême en tout, la violence de ses passions alarma plus d'une fois la tendresse de ses parens; sa jalousie était portée à un point tel, qu'on ne pouvait en sa présence caresser un autre enfant; elle finit même par maigrir, et devint languissante, tant elle conçut de dépit de l'accueil que sa mère faisait aux chiens et aux chats de la maison. Ce fut à cette époque qu'un médecin conseilla des lavemens camphrés. Un jour, la jeune demoiselle avala un jaune d'œuf dans lequel on venait de battre le camphre; subitement elle tombe dans un état convulsif qui a persisté, et qui appartient à l'épilepsie.

A seize ans, entrée à la Salpêtrière : la menstruation était établie,

le physique était développé : l'épilepsie continuait sa marche ; on ne remarquait pas à cette époque le moindre affaiblissement de la raison. Virginie S. cultivait la littérature, les beaux-arts, attirait l'attention de tous ceux qui l'entouraient. Cependant le terrible mal augmente de fréquence; nuit et jour les accès se présentent, les vertiges se rapprochent, et à dix-neuf ans la démence était aussi profonde que possible ! Aujourd'hui, la jeune fille est méconnaissable; plus de jugement, plus de mémoire, plus de soins de propreté ; elle ne reconnaît même plus sa mère. La manie vient parfois compliquer ce pénible état, alors la violence de l'excitation fait encore jaillir quelques idées !

VII.e OBSERVATION, *à l'appui de la même troisieme proposition.* Mademoiselle C. d. a vingt-neuf ans : elle est fille d'un entrepreneur; toute sa première jeunesse a été consacrée au soin de son éducation. A treize ans, la menstruation était établie : son physique était fortement développé, sa constitution brune, ses passions vives ; elle ne tarda pas à se livrer horriblement à la masturbation ; elle devint épileptique.

Pendant long-temps elle peut encore tenir les livres et faire des calculs du matin au soir; mais bientôt le mal est si inquiétant, que les parens ne peuvent plus la garder. Déjà la jeune personne avait vingt ans ; elle laissait à peine voir, que sa raison était endommagée ; maintenant, du commencement à la fin de l'année, on la trouve au lit, ayant ou venant d'avoir des accès d'épilepsie. Il est peu de sujets qu'ils fatiguent avec autant de persévérance ; aussi l'intelligence est rigoureusement effacée; en vain vous la pressez de répondre, elle fronce les sourcils et donne des marques d'un abrutissement poussé aussi loin que possible.

C'est à regret que nous supprimons les détails ; mais nous ne pourrions finir, s'il fallait indiquer tous les faits qui se rangent dans cette catégorie.

VIII.e OBSERVATION, *à l'appui de la sixième proposition*. Mademoiselle P. q., âgée de trente ans, d'une très-bonne santé, a le grand mal et le petit mal épileptique. *Le grand mal vient rarement.* Le petit mal, au contraire, obsède la malheureuse malade. Pendant des sept à huit mois entiers, il ne se passe pas une matinée qu'elle n'ait huit à dix fois des vertiges. Leur durée est à peine d'une seconde : la malade chancelle légèrement, mais peut rester debout ; elle entend, elle fait même des efforts pour parler; ses yeux sont clos, ses sourcils rapprochés, ses traits crispés : elle ne tarde pas à revenir de cette secousse passagère, et continue la phrase commencée avant l'invasion du vertige. A peine a-t-elle eu le temps de poursuivre son travail pendant une demi-heure qu'un étourdissement nouveau vient la fatiguer, et ainsi de suite, à huit à dix reprises consécutives. Pour l'ordinaire, la soirée est exempte de ces étourdissemens. On se peindra difficilement combien devient grande l'altération de l'intelligence ; tous les traits de la face expriment l'indifférence et l'imbécillité : aspect sombre, air abruti, mémoire nulle, actes qui signalent tous le défaut de capacité; la démence est poussée au point qu'elle avait été jugée de nature à ne plus s'effacer ; les étourdissemens, sans qu'on puisse savoir par quelle cause, ayant été suspendus pendant une quinzaine, au grand étonnement de tout le monde, un mieux sensible se manifesta, et la raison reprit une partie de ses attributs. Elle ne tarda pas à les perdre, attendu que les vertiges reparurent et se succédèrent dans les mêmes proportions qu'auparavant.

IX.e OBSERVATION, *à l'appui de la septième proposition*. Mademoiselle D. l. l. est d'une taille élevée, d'une constitution maigre, d'un tempérament sanguin ; elle arrive à sa vingt-sixième année. Étant enceinte, sa mère eut à la vue d'un accès d'épilepsie une violente attaque de nerfs. On ne manqua pas de rattacher à cette circonstance le malheur de sa fille, qui fut épileptique dès sa naissance.

Cette jeune personne a continué long-temps à tomber du mal. Les accès étaient fréquens ; leur début avait quelque chose d'épouvantable.

Cinq à six minutes avant que les convulsions fussent commencées, une espèce de crampe partait du pouce de la main gauche et remontait lentement tout le long du bras et du cou jusque dans la tête; D. l. l. *sentait tout*, ne perdait rien de sa connaissance. Elle se représentait si bien toute l'horreur des attaques qu'elle avait vues à ses compagnes, que, redoutant la même chose pour elle, un frisson saisissait tout son corps, qui se refroidissait et se couvrait d'une pâleur mortelle; ses cris étaient perçans; ses meilleures amies la délaissaient : enfin la secousse épileptique arrivait; la perte de connaissance était absolue, et le sujet ne conservait après l'accès que le souvenir des prodromes. Pendant tout le temps que cette demoiselle eut des accès rapprochés, on désespéra de son intelligence : déjà elle était très-affaiblie; il arrivait souvent qu'on ne pouvait faire concevoir les choses les plus simples; le travail qui était à sa portée, étant jeune, lui devenait difficile; l'expression de la figure avait quelque chose de l'imbécillité. *Depuis plusieurs* années, une affection tuberculeuse du poumon fait des progrès rapides; l'épilepsie a *cessé* de paraître, et la raison a repris toute sa vivacité. Il serait impossible de soupçonner que la jeune fille a eu à craindre un état de démence incurable.

Trois autres femmes, dont l'une n'a pas eu d'accès *depuis sept ans*, et les deux autres depuis plus long-temps encore, ayant eu la raison faible, ne s'en ressentent plus aujourd'hui, et rendent compte elles-mêmes de la peine qu'elles éprouvaient à trouver ce qu'elles voulaient dire. Ces malheureuses ont conçu pour leur état passé une si grande aversion, qu'éprouvant de temps à autre quelques particularités, quelques douleurs qui précédaient habituellement l'accès d'épilepsie, sur-le-champ une crainte mortelle s'empare de leur esprit, et on ne les voit rassurées que long-temps après que toute nuance de ces signes précurseurs est dissipée.

X.e OBSERVATION, *à l'appui de la huitième proposition.* Mademoiselle F. r. c., âgée de dix-huit ans, paraît fortement constituée : sa santé ne laisse pas d'être faible. Née épileptique, sa mère

assure avoir eu une frayeur pendant la grossesse. Dans l'enfance, les accès étaient rares; il n'y avait point d'étourdissemens; depuis, le grand-mal s'est manifesté plus souvent; cependant, la raison a acquis un développement complet, et aujourd'hui encore, le sujet a fait à peine le premier pas vers la démence.

OBSERVATION XI.e, *huitième proposition.* Thérèse Goneau a dix-neuf ans; elle tombe du mal depuis sa troisième année; elle n'a point d'étourdissemens; le grand-mal est très-rare; l'intelligence est très-ouverte, la raison nette, l'esprit très-léger et très-vif.

L'observation n.° 9 contient des faits de même nature.

§. IV. *Manie.*

La manie complique fréquemment l'épilepsie, mais elle est beaucoup plus *rare* que la *démence.* Comme cette ernière affection, on doit l'étudier immédiatement après l'accès, et long-temps après l'accès, quand elle est devenue *continue, chronique,* qu'elle persiste lors même que la dernière attaque de mal ne fait plus sentir son influence.

A. *Manie qui suit immédiatement l'accès.* Il me serait difficile d'indiquer rigoureusement ses proportions; je ne me permettrai pas davantage de comparer sa fréquence avec la multiplicité des accès, leur force, leur complication avec les vertiges, etc. Je n'ai pas assez de faits à cet égard; sa durée varie; souvent le calme est rétabli dès le quatrième jour. Ses caractères sont parfaitement tranchés; le délire et l'agitation se trouvent poussés aussi loin que possible; la fureur survient fréquemment, et partout où on soigne des épileptiques, on est en *garde* contre la violence de ceux qui ont des accès de manie intermittente. Un jeune homme d'une force considérable, mais d'un caractère doux, avait le grand mal épileptique de loin en loin; des accès de manie, qui ne duraient que quelques heures, se mani-

festaient de temps à autres ; il devenait tellement agité dans ces momens, que, dans l'espace d'une à deux minutes, n'ayant d'autre secours que celui de ses mains, sa porte était mise en pièces ; il avouait franchement le lendemain qu'il eût déchiré avec la même ardeur le premier homme qui se fût présenté à lui.

XII.e OBSERVATION. Mademoiselle F. t. n. est âgée de vingt-deux ans ; sa gaîté est vive, son embonpoint considérable. Vers la cinquième année ses compagnes, en plaisantant, s'efforcent de la jeter dans un ruisseau : la frayeur la saisit ; le mal épileptique se manifeste, et a continué depuis. Les accès ne laissent pas d'être nombreux et fréquens : cependant la raison est bien conservée encore. Pour l'ordinaire on remarque du côté de la tête un peu d'excitation ; par intervalles, le mal est immédiatement suivi d'un accès de manie. Le délire est bruyant ; il faut appliquer la camisole de force ; la face est rouge, la jeune fille parle avec volubilité, puis elle rit aux éclats, et trouve du plaisir à vociférer; plus de respect pour ses surveillantes, plus de déférence pour la pudeur ; elle provoque tous les hommes en termes dégoûtans, et prend des postures peu décentes ; si on vient à la détacher, elle marche par sauts et par bonds, et traîne partout le désordre à sa suite ; le sommeil est nul ; l'appétit se conserve. Vers le quatrième jour, le calme qui succède forme un tel contraste, que le sujet n'est plus reconnaissable.

XIII.e OBSERVATION. Chez un commerçant qui avait fait de longs et pénibles voyages, l'épliepsie se montrait de loin en loin : presque constamment un accès de manie des plus intenses suivait l'accès, et l'extrême douceur des mœurs du sujet se trouvait changée en une agitation telle, qu'on ne pouvait l'aborder ; la durée du délire se prolongeait beaucoup plus que cela n'a communément lieu, si bien qu'il arrivait parfois que l'époque d'une nouvelle attaque épileptique se présentait ; et ainsi l'impulsion maniaque s'éteignait difficilement. (Service de M. *Royer-Collard.*)

XIV.e OBSERVATION. Une jeune villageoise d'un superbe physique va nous fournir un exemple des plus rares ; elle ne pouvait penser sans frissonner à l'arrivée des troupes étrangères. Cette crainte fut si vive, que sa mère se vit forcée de coucher avec elle : au milieu de la nuit, des rêves, des réveils en sursauts, des cris de *les voilà !* Quelques heures après, début du mal épileptique ; les accès se manifestent successivement pendant plusieurs jours de suite. Vers la fin de la semaine éclata la manie la plus bruyante ; le délire roulait presque toujours sur le sujet qui l'avait si vivement frappée ; elle se morfondait en injures contre les *Cosaques*. Ce ne fut qu'au bout de trois mois que le calme revint : on croyait la jeune fille délivrée de tous maux ; car l'épilepsie avait été suspendue pendant le cours de la folie ; mais elle parut de nouveau dès que le délire cessa, et le sujet tomba dans une démence poussée au dernier degré.

B. *Manie devenue habituelle.* Dans les cas que nous venons d'examiner, l'état maniaque est visiblement sous l'influence de chaque nouvel accès d'épilesie ; il vient après l'attaque, et se dissipe aussitôt que le cerveau est reposé de l'espèce de commotion qu'il venait de recevoir. Les sujets que nous envisageons maintenant ne sont plus sur la même ligne ; leur *manie* est *chronique ;* elle ne finit le plus souvent qu'avec la vie. La manie habituelle est moins fréquente que la manie fugace qui suit les accès ; il est bien plus difficile de la caractériser ; et par une raison simple : c'est que presque toujours les malades sont déjà en *démence*, et cette maladie *complique* la manie : il peut se faire que le délire se calme pour quelques momens ; mais un rien le fait reparaître, et l'agitation renaît.

XV.e. OBSERVATION. Une femme de chambre somnambule est subitement éveillée dans une promenade nocturne. Elle a peur, elle devient épileptique. Il serait difficile d'avoir un plus grand nombre d'accès coup sur coup ; les vertiges vinrent se joindre au grand-mal, la manie éclata. La folie fut suspendue sous l'influence d'un traite-

ment rigoureux, l'épilepsie continua ; le jugement s'affaiblit, la mémoire devint courte, et la *manie* se montra de nouveau. La tête est haute, le regard dur et fixe ; elle n'a d'égards pour personne ; elle répond avec arrogance et par des injures ; la figure est animée, les mouvemens sont brusques ; elle gesticule beaucoup, et vocifère souvent ; si quelqu'un la gêne sur son passage, elle le terrasse ; ses discours sont loin d'être suivis ; elle passe rapidement en revue une foule d'objets disparates ; le sommeil est léger et de courte durée : cet état est devenu permanent ; mais il n'est pas toujours aussi intense.

XVI.e OBSERVATION. Une femme de la Halle, tombant du haut mal à des intervalles peu éloignés, et ayant un œdème des jambes, restait habituellement au lit. Placée tout le jour sur son séant, elle suivait de l'œil tout ce qui se passait auprès d'elle : c'était pour son délire un aliment sans fin ; sa voix était forte, les sons en étaient prolongés et menaçans ; sa figure avait l'expression de la fureur. Il lui arrivait souvent de se jeter brusquement sur le parquet, et de courir après ses compagnes ; elle paraissait d'abord vouloir les *déchirer ;* mais sa rage apparente restait sans effet.

§. V. *Mélancolie.*

L'aspect du délire exclusif est, comme on sait, infiniment variable, suivant la nature du sujet sur lequel les idées se sont arrêtées ; une particularité bien remarquable est qu'il s'accompagne (on peut dire *constamment*) de la *propension au suicide,* et il n'est point de ressources que ne trouvent les malades pour atteindre leur but. Une idée généralement reçue, c'est que la plupart des épileptiques sont *mélancoliques,* et finissent par se tuer. J'ai fait des perquisitions exactes sur ce point, et je ne suis point arrivé au même résultat. Voici ce que je crois être vrai : en général, une masse considérable d'épileptiques étant prise, les quatre cinquièmes se trouvent dans un état plus ou moins avancé de démence ; or, ceux-là n'ont plus de mémoire, plus

de jugement, presque pas de sensations; leur vie est pour ainsi dire passive; ils sont incapables de grands chagrins, et il est rare qu'ils deviennent *exclusivement* préoccupés d'une idée *sinistre*, et qu'ils cherchent à attenter à leur vie. Il faut bien qu'il y ait eu peu d'accidens, puisque les fenêtres des dortoirs de la Salpêtrière, placés au deuxième étage ne sont même pas grillées. Il est vrai qu'on a soin de faire passer dans un autre quartier les sujets dangereux pour eux-mêmes; cependant il arriverait des accidens avant qu'on eût pensé à les prévoir. Reportons-nous maintenant vers les épileptiques qui jouissent encore de leur raison; ceux-ci ont, pour la plupart, une existence infiniment malheureuse, leur vie est abreuvée de chagrins et d'amertume, leur susceptibilité est grande; les secousses du mal ébranlent leur cerveau, et il est moins étonnant que le délire *partiel* se manifeste. J'ai eu occasion d'en voir quatre exemples. Deux des quatre malades avaient attenté d'une manière grave à leur vie; tous ont été guéris en peu de temps.

XVII.e OBSERVATION. Mademoiselle R. y. n. offre un sujet d'observation infiniment curieux, comme épileptique, comme malade affectée d'une danse de Saint-Guy intermittente, et comme monomaniaque. Je me bornerai à ce qui a trait à son délire partiel.

La raison n'est point affaiblie, les passions sont vives, la figure est toujours très-colorée, et le moral dans un véritable état de surexcitation, qu'on fait disparaître par la prescription de la saignée. C'est principalement à l'époque de la menstruation que ces accidens deviennent plus sensibles; ils ne tardent pas à être suivis de plusieurs accès de grand mal épileptique, qui font place soit à une danse de Saint-Guy des plus extraordinaires, soit à des idées fixes. Elle se persuade que le roi a décidé qu'elle serait heureuse le reste de ses jours : trois personnes, sa mère, la sœur de la division et l'élève interne veulent au contraire sa perte; ils s'entendent pour consommer leur projet. Cette idée la tourmente, au point que les vexations que, lui crée son imagination devenant insupportables, elle ne voit qu'un

moyen qui puisse l'en préserver : ce moyen, c'est le suicide. Un couteau devait servir à lui couper le cou ; mais ce couteau ayant été poussé d'une main timide, et ayant la lame peu tranchante, cinq à six petites incisions furent le seul résultat. Elle se lève alors, et se précipitait par la fenêtre lorsqu'on la retint par sa chemise. La camisole fut appliquée. des reproches lui sont adressés. Elle reconnaît le médecin, ses infirmières, pleure beaucoup, dit qu'elle *imagine* bien qu'il n'*est point vrai* qu'on veuille lui faire du mal, *comme* elle en *a eu l'idée;* mais que cependant elle n'est plus maîtresse de juger autrement, et que, sans penser à se tuer dans ce moment, elle ne peut pas répondre de n'y être pas entraînée plus tard. (Une saignée de bras, des pédiluves, des lavemens purgatifs.) Le cinquième jour, retour à la raison; beaucoup d'attachement pour les personnes qui étaient le sujet de sa haine. Elle conserve le souvenir de tout ce qui s'est passé, et entre elle-même dans tous les détails qu'on lui demande.

Un homme de vingt-cinq ans, dont la raison n'était pas encore faible, restait après l'accès dans un état de désespoir et d'impatience tel, qu'il se livrait à d'horribles imprécations contre sa maladie et qu'il sentait le besoin de se suicider; cet état avait disparu au bout de quelques heures.

Je terminerai ici mes considérations sur les différentes espèces d'aliénations propres aux épileptiques ; un regret me reste, c'est de n'avoir pas calculé en même temps les rapports de fréquence entre la folie et l'hystérie, que beaucoup de médecins considèrent comme une nuance de l'épilepsie; on eût été tout surpris en voyant que la raison est rarement attaquée chez les hystériques, quoique les symptômes convulsifs soient beaucoup plus effrayans et d'une durée plus longue; des faits nombreux auraient permis d'établir cet énoncé ; mais il eût fallu commencer par prouver que l'hystérie est une maladie particulière; or, ce genre de travail est étranger au sujet de ma dissertation.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Solvere apoplexiam vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

II.

Si metus et tristitia multo tempore perseverant, melancholicum hoc ipsum. *Sect.* 7, *aph.* 23.

III.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 14.

IV.

Apoplectici autem fiunt maximè ætate ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

V.

Qui naturâ valdè crassi sunt, magis subitò moriuntur quàm qui graciles. *Sect.* 2, *aph.* 44.

VI.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

Gabapentin-Mepha®

Bei fokaler Epilepsie und neuropathischen Schmerzen bei DPN/PHN[1]

bis zu 32% günstiger als das Original[1]

kassenzulässig

Kapseln
100 mg, 300 mg, 400 mg

Lactab®
600 mg, 800 mg

* Zum Scannen des QR-Codes mit dem Smartphone brauchen Sie eine Applikation, die Sie z.B. im App Store unter «Scan» oder «QR» herunterladen können.

1 diabetische periphere Neuropathie, postherpetische Neuralgie

Gabapentin-Mepha® Z: *Wirkstoff:* Gabapentin. **I:** Monotherapie ab 12 Jahren von fokalen Anfällen mit und ohne sekundärer Generalisierung. Zusatztherapie ab 3 Jahren von fokalen Anfällen mit und ohne sekundärer Generalisierung. Neuropathische Schmerzen bei diabetischer Neuropathie, postherpetische Neuralgie bei Erwachsenen. **D:** *Mono- und Zusatztherapie ab 12 Jahren: Anfangs- und Tagesdosis:* 900 bis 1200 mg, verteilt auf 3 Dosen. Alle 3–4 Wochen weitere Dosissteigerungen von max. 400 mg/Tag bis max. 2400 mg/Tag. Titrationsschema siehe Arzneimittel-Kompendium. Zusatztherapie ab 3 Jahren: Aufdosierung auf eine erste Erhaltungsdosis von 30 mg/kg/Tag über drei Tage, beginnend mit 10 mg/kg/Tag am 1. Tag, 20 mg/kg/Tag am 2. Tag und 30 mg/kg/Tag am 3. Tag. Maximale Tagesdosis: 40 mg/kg/Tag. Neuropathische Schmerzen: Initial: 900 mg/Tag. Erhaltungsdosis: 900–3600 mg/Tag. Genaue Dosierungsanweisung siehe Arzneimittel-Kompendium. **Kl:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. Stillzeit. **V:** Monotherapie bei Kindern unter 12 Jahren. Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen oder Verhaltensstörungen. Mischformen der Epilepsie, Induktion von Neoplasien. Schwangerschaft nur bei zwingender Indikation. Suizidale Gedanken und Verhaltensweisen. DRESS-Syndrom, hereditäre Galaktose-Intoleranz, Lapp-Laktase-Mangel oder Glukose-Galaktose-Malabsorption. **UW:** Ataxie, Müdigkeit, Somnolenz, Nystagmus, Schwindel, Kopfschmerzen. **IA:** Leichte Hemmung des Isoenzyms CYP2A6. Naproxen, Hydrocodon, Morphin, Cimetidin, Antazida. **Liste:** B. [4011] Für weiterführende Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Zusätzliche Informationen über Gabapentin-Mepha® erhalten Sie über unseren Literatur Service: medizinschweiz@mepha.ch

Mepha Pharma AG, 4147 Aesch BL, Telefon 061 705 43 43, Fax 061 705 43 85, www.mepha.ch

2612

mepha Qualidoc online

Bioäquivalenz-Daten und Präparateprofil finden Sie online unter: www.mepha.ch, Fachpersonen, Qualidoc oder via QR-Code.*

Die mit dem Regenbogen

mepha

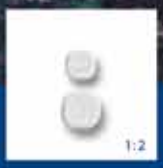
Lamotrin-Mepha®

Lamotrigin

Für Mono- und Kombinationstherapie der Epilepsie

kassenzulässig

Tabletten
5, 25 und 50 mg



Tabletten
100 und 200 mg

Geschmack «Schwarze Johannisbeere»

* Zum Scannen des QR-Codes mit dem Smartphone brauchen Sie eine Applikation, die Sie z.B. im App Store unter «Scan» oder «QR» herunterladen können.

Lamotrin-Mepha®, Z: Wirkstoff: Lamotriginum. **I:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: Mono- oder Kombinationstherapie der partiellen Epilepsie mit oder ohne sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen sowie primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen. Kinder ab 17 kg bis 40 kg KG: Zusatztherapie zur Behandlung einer partiellen Epilepsie mit oder ohne sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen sowie primär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen. Bipolare Störung (Erwachsene ab 18 Jahren). **D:** Monotherapie: Initial 25 mg 1 × tägl. über 2 Wochen, dann 50 mg 1 × tägl. für 2 Wochen, schrittweise Dosiserhöhung um 50–100 mg. Erhaltungsdosis 100–200 mg/Tag in 1–2 Dosen. Add-on Therapie: In Abhängigkeit von den jeweiligen Kombinationspartnern siehe Arzneimittel-Kompendium. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Lamotrigin, schwere Niereninsuffizienz. **V:** Gefahr von unerwünschten Hautreaktionen. Die empfohlene Initialdosis sollte nicht überschritten und die vorgeschriebene langsame Dosissteigerung eingehalten werden. Patienten, bei denen es zum Auftreten eines Hautausschlages kommt, sollten umgehend untersucht werden. Lamotrin-Mepha® muss sofort abgesetzt werden, es sei denn, die Hautre-aktion steht in keinem Zusammenhang mit der Medikation. Plötzliches Absetzen kann Rebound-Anfälle auslösen. Schwangerschaft, Stillzeit. **UW:** Hautexanthem, Diplopie, Sehtrübung, Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Tremor, Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Nystagmus, Übelkeit, gastrointestinale Beschwerden, Erbrechen, Reizbarkeit/Aggression, Verwirrtheit, Müdigkeit. Weitere seltenere unerwünschte Wirkungen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. **IA:** Phenytoin, Phenobarbital, Rifampicin, Carbamazepin, Kombination aus Atazanavir/Ritonavir, hormonale Kontrazeptiva, Primidon und Valproat beeinflussen die Eliminationshalbwertszeit von Lamotrigin, Fieber, Lymphadenopathie. **Liste:** B. (1211) Für weiterführende Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. Zusätzliche Informationen über Lamotrin-Mepha® erhalten Sie über unseren Literatur-Service: medizinschweiz@mepha.ch

Mepha Pharma AG, 4147 Aesch BL, Telefon 061 705 43 43, Fax 061 705 43 85, www.mepha.ch

2612

mepha Qualidoc online

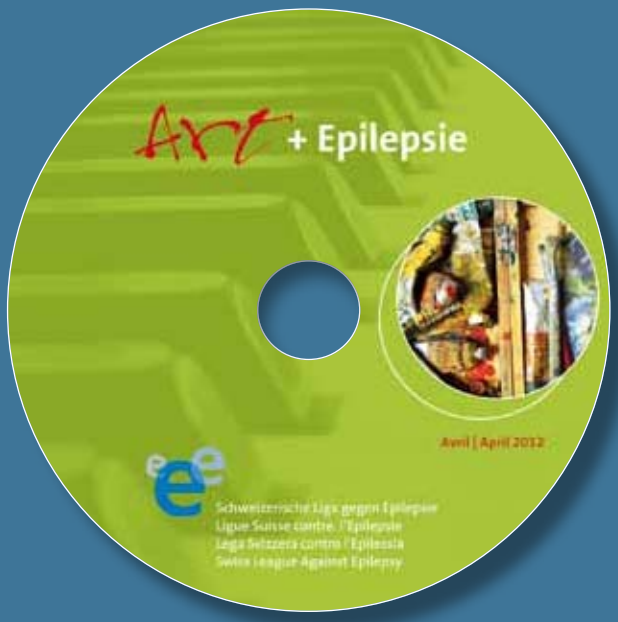
Bioäquivalenz Daten und Präparateprofil finden Sie online unter: www.mepha.ch, Fachpersonen, Qualidoc oder via QR-Code.*

Die mit dem Regenbogen

mepha

Epilepsie-Liga

forscht – hilft – informiert



PD Dr. med. Fabienne Picard, Epilepsie-Liga-Mitglied, hatte zum Ziel, mit einer DVD über Kunst und Epilepsie Menschen anzusprechen, welche sich vor dieser Krankheit fürchten, sie unheimlich finden und am liebsten nichts darüber wissen möchten. Sie verpackt Informationen mit Kunstgenuss, die Epilepsie-Liga freut sich über das Angebot, diese DVD in ihre Reihe aufnehmen zu dürfen.

Die DVD „Art + Epilepsie“ beleuchtet eine ungewöhnliche Seite der Epilepsie: Das Thema Kunst und Epilepsie wird aus drei unterschiedlichen Perspektiven verdeutlicht. Einerseits zeugen die Werke von Dostojewski, Flaubert und Van Gogh von der Innensicht epilepsiebetroffener Künstler. Andererseits stellt sich für die Betrachter der DVD die Frage, was die Bilder von Van Gogh und die Texte der beiden weltberühmten Dichter bei ihnen auslösen. Bleibt die Interpretation des Schauspielers und des Pianisten: Was machen Alain Carré und François-René Duchâble mit den Kunstwerken, wie interpretieren sie diese? Die DVD wurde in französischer Sprache produziert mit deutschen Untertiteln, begleitet von einem Booklet auf Deutsch und auf Französisch.

Bestellgutschein

Senden Sie mir bitte:

	D	F	I
Flyer „Epilepsie im Alter“	■	■	
Flyer „Mann und Epilepsie“	■	■	■
Flyer „Was ist Epilepsie“	■	■	■
Flyer „Ursachen von Epilepsien“	■	■	■
Flyer „Merkmale von Anfällen“	■	■	■
Flyer „Häufige Anfallsformen bei Kindern“	■	■	■
Flyer „Medikamentöse Behandlung“	■	■	■
Flyer „Erste Hilfe bei Epilepsie“	■	■	■
Flyer „Frau und Epilepsie“	■	■	■
Flyer „Kinderwunsch und Epilepsie“	■	■	■
Flyer „Reisen und Epilepsie“	■	■	■
Programmheft Veranstaltungen der Epilepsie-Liga	■	■	
Flyer „Autofahren und Epilepsie“	■	■	■
Flyer „Sport und Epilepsie”	■	■	
Flyer „Arbeit und Epilepsie”	■	■	
Fachzeitschrift „Epileptologie“	■	■	
Flyer „Ketogene Diäten“	■	■	
Einzahlungsschein(e) zur Unterstützung der Epilepsie-Liga	■	■	■
Ratgeber für Legate	■	■	■
Ratgeber „Epilepsie und Versicherungen”	■	■	■
Flyer „Vagusnervstimulation“	■	■	
Flyer „Compliance“	■	■	

DVDs und übrige Publikationen siehe www.epi.ch

Ich (wir) möchte(n):

■ Einzelmitglied der Epilepsie-Liga werden und bezahle mindestens 50 Franken jährlich.

■ Kollektivmitglied der Epilepsie-Liga werden und bezahlen mindestens 100 Franken jährlich.

Epilepsie-Preise

Gerne machen wir Sie auf die Broschüre „Epilepsie. Auszeichnungen, Preise, Stipendien und Stiftungen 2011/2012“ von Günter Krämer und Claudia Mühlebach aufmerksam. Darin finden Sie alle Informationen (Termine, Bedingungen), die Sie für eine Bewerbung benötigen. Bitte weisen Sie mögliche Anwärter in Ihrem Umfeld auf die Broschüre hin. Diese können Sie auf www.epi.ch unter Publikationen herunterladen oder bei info@epi.ch bzw. der Geschäftsstelle der Epilepsie-Liga, Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich, bestellen.

Absender/in

Name | Vorname

Strasse | Nr.

PLZ | Ort

Telefon

eMail

Bitte frankieren

Schweizerische Liga gegen Epilepsie

Seefeldstrasse 84
Postfach 1084
CH 8034 Zürich

Epilepsie-Liga-Mitteilungen

Ausschreibung – Forschungsförderung

Förderung der wissenschaftlichen Forschung im Bereich der Epilepsie (vorwiegend Starthilfen) durch die Schweizerische Liga gegen Epilepsie (Epilepsie-Liga)

Die Epilepsie-Liga unterstützt wissenschaftliche Projekte im Bereich der Epileptologie im Gesamtbetrag von

CHF 20'000.—

pro Jahr. Insbesondere soll die Erforschung von Ursachen und Behandlungen der Epilepsie gefördert werden.

Stipendien für Aus- oder Weiterbildung oder Auslandaufenthalte werden nicht ausgerichtet. Hingegen können Reise- und Aufenthaltskosten (ohne Salär) für Kurzaufenthalte (maximal einige Wochen) finanziert werden, sofern sie dem Erlernen von Methoden dienen, welche im Rahmen eines unterstützten Projektes in der Schweiz eingesetzt werden.

Falls der Antragsteller/die Antragstellerin bereits anderswo Anträge für Unterstützung gestellt hat, ist offen zu legen, bei wem und mit welchem Ergebnis.

Termin für die Einreichung von Gesuchen: 31. Dezember 2012

Formulare und Wegleitung für Gesuchstellende können angefordert werden bei:

Schweizerische Liga gegen Epilepsie
Seefeldstrasse 84 | Postfach 1084
8034 Zürich
Tel. 043 488 67 77 | Fax 043 488 67 78
info@epi.ch

Vorschau Epileptologie 4 | 2012

Epilepsie auf der Intensivpflegestation

Refractory Status Epilepticus : an Overview
Raoul Soutter and Stephan Rüegg | Baltimore MD, Basel

Prognosis after Cerebral Anoxia: What's the Role of EEG Specialist?
Vincent Alvarez and Andrea O. Rossetti | Lausanne

EEG in the ICU: What Should One Treat, What not?
Jong Woo Lee | Boston MA

Antiepileptic Medication in the ICU: Which Compounds Do We Need?
Alba Sierra-Marcos and Andrea O. Rossetti | Lausanne

Alpha-Coma, Beta-Coma, Theta Toma: an Overview
Raoul Soutter and Peter W. Kaplan | Baltimore MD

Ausschreibung – Promotionspreis

Die Schweizerische Liga gegen Epilepsie (Epilepsie-Liga) vergibt alle 3 Jahre einen Preis in Höhe von

CHF 10'000.—

für die beste Dissertation auf dem Gebiet der Epileptologie.

Bewerbungen sind aus allen Fachbereichen und Berufsgruppen möglich und erwünscht, sowohl aus Grundlagen- als auch klinischen Fächern. Eine Altersbeschränkung erfolgt nicht.

Das Preisrichterkollegium setzt sich aus drei Vorstandsmitgliedern der Epilepsie-Liga zusammen, das bei Bedarf zusätzlich externe Gutachter hinzuziehen kann. Es trifft seine Entscheidung in geheimer Wahl.

Falls der Antragsteller/die Antragstellerin bereits anderswo Anträge für Unterstützung gestellt hat, ist offen zu legen, bei wem und mit welchem Ergebnis.

Die Preisverleihung erfolgt jeweils im darauf folgenden Jahr anlässlich der Jahrestagung oder Mitgliederversammlung der Epilepsie-Liga.

Bewerbungen sind **bis zum 31.12.2012** an die **Geschäftsstelle der Epilepsie-Liga** (Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich) einzureichen und müssen beinhalten: vier Exemplare der abgeschlossenen und beim Dekanat eingereichten Dissertation, vier Exemplare einer Stellungnahme des Doktorvaters (dabei kann es sich auch um das entsprechende Gutachten für die Dissertation handeln).

Mise au concours – Soutien de la recherche

Promotion de la recherche scientifique dans le domaine de l'épilepsie (surtout sous forme d'aide initiale) par la Ligue Suisse contre l'Epilepsie (Ligue contre l'Epilepsie)

La Ligue contre l'Epilepsie soutient les projets scientifiques dans le domaine de l'épileptologie par un montant total de

CHF 20'000.—

par an, la priorité étant accordée aux projets cherchant à élucider les causes et à mettre au point des traitements de l'épilepsie.

Aucune bourse ne sera octroyée pour la formation de base ou continue ou pour des séjours à l'étranger. En revanche, la prise en charge de frais de voyage et de séjour (sans salaire) est possible pour les séjours de courte durée (quelques semaines au maximum) lorsque ces séjours servent à apprendre des méthodes appliquées dans le cadre d'un projet bénéficiant de soutien en Suisse.

Si le requérant a déjà fait une demande de soutien ailleurs, il faut nous en informer en spécifiant où et avec quel résultat.

Délai de remise des demandes :

31 décembre 2012

Les formulaires, ainsi que le guide pour les candidats peuvent être demandés à l'adresse suivante :

Ligue Suisse contre l'Epilepsie
Seefeldstrasse 84
Case postale 1084
8034 Zurich
Tél. 043 488 67 77
Fax 043 488 67 78
info@epi.ch

Mise au concours – Prix de promotion

La Ligue Suisse contre l'Epilepsie (Ligue contre l'Epilepsie) décerne tous les 3 ans un prix d'un montant de

CHF 10'000.—

pour la meilleure dissertation dans le domaine de l'épileptologie.

Tous les domaines spécialisés et tous les groupes professionnels couvrant les disciplines fondamentales ou cliniques sont invités à soumettre leur candidature. Aucune limite d'âge n'a été fixée.

Le jury décernant le prix se compose de trois membres du comité directeur de la Ligue contre l'Epilepsie. Il peut être complété au besoin par des experts externes. La décision est prise par vote secret.

Si le requérant a déjà fait une demande de soutien ailleurs, il faut nous en informer en spécifiant où et avec quel résultat.

Le prix est toujours décerné l'année suivante dans le cadre de l'assemblée annuelle ou générale de la Ligue contre l'Epilepsie.

Les dossiers de candidature doivent parvenir au Secrétariat de la Ligue contre l'Epilepsie (Seefeldstrasse 84, case postale 1084, 8034 Zurich) jusqu'au

31.12.2012

et comporter les pièces suivantes :

- quatre exemplaires de la dissertation achevée et remise au décanat,
- quatre exemplaires d'une prise de position du directeur de thèse (il peut par exemple s'agir de l'expertise concernant la dissertation).

FIRST ANNOUNCEMENT

8. Dreiländertagung 2013

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Epileptologie und der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie

Gast: Arbeitsgemeinschaft für prächirurgische Diagnostik und operative Epilepsietherapie

Deadline Abstract-Einreichung
15. Januar 2013

08.–11. Mai 2013

Congress Centre Kursaal Interlaken, Schweiz
www.imk.ch/epilepsie2013

Organized by IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG

Alfred-Hauptmann-Preis

Dieser Preis ist nach dem deutschen Neurologen und Psychiater Alfred Hauptmann (1881 - 1948) benannt. Er hatte u.a. schon 1912 – noch als Assistenzarzt – erstmals auf die antiepileptische Wirkung von Phenobarbital aufmerksam gemacht. 1935 wurde er aufgrund seiner jüdischen Abstammung von den Nationalsozialisten aus dem Dienst als Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Halle/Saale entfernt und musste in die USA emigrieren.

Der Preis wurde von 1980 bis 2008 in der Regel alle zwei Jahre durch das Epilepsie-Kuratorium e.V. vergeben, ab 2009 ist es ein gemeinsamer Preis der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie, der Österreichischen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie und der Schweizerischen Liga gegen Epilepsie mit Vergabe auf den alle zwei Jahre stattfindenden gemeinsamen Tagungen.

Ausgezeichnet wird die beste wissenschaftliche Arbeit aus dem deutschsprachigen Raum auf dem Gebiet der experimentellen und klinischen Epileptologie aus den beiden letzten, der Verleihung vorangegangenen Jahren.

Arbeiten werden besonders aus den Fachgebieten Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, klinische Pharmakologie, Neurophysiologie und Neurobiologie erwartet.

Die ausgezeichneten Personen erhalten eine Urkunde. Darüber hinaus ist der Preis mit

10’000 Euro

dotiert. Das Preisgeld wird ab 2009 von der Firma UCB GmbH (Deutschland), Monheim, zur Verfügung gestellt. Es können mehrere Einzelpersonen oder Arbeitsgruppen ausgezeichnet werden.

Die Arbeiten sollten in englischer Sprache verfasst sein. Zusätzlich zu den Arbeiten sind folgende weitere Unterlagen einzureichen:

- ein Lebenslauf,
- eine Stellungnahme des Klinik-/Institutsvorstandes zur Bewerbung,
- für den Fall von Mehrautorenarbeiten, bei denen nicht alle Autoren am Preis beteiligt werden sollen, eine Aussage über den Anteil der einzelnen Autoren an der publizierten Arbeit.

Die Arbeiten sind in vierfacher Ausführung bis zum

31.12.2012

an den Vorsitzenden des Kollegiums zu senden:

Herrn Dr. med. Günter Krämer
Medizinischer Direktor
Schweizerisches Epilepsie-Zentrum
Bleulerstrasse 60
CH 8008 Zürich

Es können sowohl unveröffentlichte als auch publizierte Arbeiten eingereicht werden. Bei der Einreichung ist mitzuteilen, ob und wo die Arbeit zum ersten Mal veröffentlicht wurde. Die Arbeiten sollen in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein. Dem Kollegium können auch Arbeiten zur Preisvergabe vorgeschlagen werden.

Preisrichterkollegium: Dr. med. Günter Krämer (Vorsitzender), Schweizerisches Epilepsie-Zentrum Zürich, Prof. Dr. med. Rudolf Korinthenberg, Universitätskinderklinik Freiburg, Prof. Dr. med. Wolfgang Löscher, Institut für Pharmakologie, Toxikologie und Pharmazie, Hannover, Günther Sperk, Univ.-Prof. Dr. Abteilung Pharmakologie, Medizinische Universität, Innsbruck.

Für die beste, zum wissenschaftlichen Fortschritt beitragende Arbeit auf dem Gebiet der Epileptologie.

Im Jahr 1963 zur Anregung der Epilepsieforschung erstmals ausgeschrieben, ist der von der STIFTUNG MICHAEL, einer privaten deutschen Stiftung, ausgelobte MICHAEL PREIS zu einer der höchst angesehenen internationalen Auszeichnungen für Beiträge zur wissenschaftlichen und klinischen Forschung auf dem Gebiet der Epileptologie geworden.

Der jetzt mit **20'000 Euro** dotierte MICHAEL PREIS wird alle zwei Jahre verliehen, i.d.R. auf dem Internationalen Epilepsie Kongress ; er möchte vor allem für jüngere Wissenschaftler (normalerweise nicht älter als 45 Jahre) Anreiz und Ermunterung sein, wissenschaftliche und klinische Forschung auf dem Gebiet der Epileptologie zu betreiben. Für den MICHAEL PREIS 2013 können bis zu drei Publikationen oder bisher noch nicht veröffentlichte Manuskripte **in englischer Sprache** eingereicht werden; mindestens eine dieser Arbeiten muss aus den Jahren 2011 / 2012 stammen. Die Arbeiten müssen, zusammen mit einem Lebenslauf, per electronic mail **spätestens bis zum 31. Dezember 2012** bei der STIFTUNG MICHAEL eingegangen sein.

.

Mitglieder des Preisrichter-Kollegiums sind:
Uwe Heinemann, Berlin, Deutschland
Matthias Koepp, London, Grossbritannien
Solomon Moshé, New York, USA

Adresse für Einsendungen und / oder für weitere Information (bitte per electronic mail):

STIFTUNG MICHAEL
Münzkamp 5
D 22339 Hamburg
Tel. 0049 / 40 / 5388540
Fax 0049 / 40 / 5381559
e-mail: stiftungmichael@t-online.de
www.stiftungmichael.de

Seit 2006 wird der MICHAEL PREIS von der Firma UCB International gesponsert.

2012

4.10.2012 | St. Gallen
Tag der Epilepsie
Information: Geschäftsstelle Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich
Tel. 0041 43 488 67 77
Fax 0041 43 488 67 78
e-mail: info@epi.ch, www.epi.ch

7.-9.10.2012 | Boston, USA
137th Annual Meeting of the American Neurology Association (ANA)
American Neurological Association, 5841 Cedar Lake Road, Suite 204, Minneapolis, MN 55416,
Tel. 001 / 952 / 5456284,
Fax 001 / 952 / 5456073,
e-mail: ana@llmsi.com, www.aneuroa.org

13.-17.10.2012 | New Orleans, Louisiana, USA
42th Annual Meeting 2012 of the Society for Neuroscience
Information: Society for Neuroscience, 1121 14th Street, NW Suite 1010, Washington, DC 20005, USA,
Tel. 001 / 202 / 9624000,
Fax 001 / 202 / 9624941,
e-mail: info@sfn.org, www.sfn.org

18.10.2012 | Lugano, ore 14.00
Manifestazione specialistica della Lega Svizzera contro l'Epilessia
Information: Geschäftsstelle Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich
Tel. 0041 / 43 / 488 67 77
Fax 0041 / 43 / 488 67 78
e-mail: info@epi.ch, www.epi.ch

18.10.2012 | Lugano, ore 18.00
Manifestazione pubblica della Lega Svizzera contro l'Epilessia
Information: Geschäftsstelle Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich
Tel. 0041 / 43 / 488 67 77
Fax 0041 / 43 / 488 67 78
e-mail: info@epi.ch, www.epi.ch

25.-27.10.2012 | Preddvor, Slovenien
7th International Postgraduate Conference – School of Practical Epileptology
Information: Practical Epileptology School Secretariat,
Drustvo Liga proti epilepsiji Slovenije,
Ulica Stare pravde 2, SI-1000 Ljubljana, Slovenien,
Tel. 00386 / 1 / 432 / 9393,
e-mail : epilepsija@epilepsija.org

26.-28.10.2012 | Den Haag, Holland
International Conference on Juvenile Myoclonic Epilepsy
Information: Marie-Claire Morley, Project Lead,
e-mail: m.morley@elsevier.com,
www.juvenile-myoclonic-epilepsy.com

2.-3.11.2012 | Bern
Joint Annual Meeting. Swiss Society of Neuroradiology (SSNR) and Swiss Society of Neuropediatrics (SSNP)
Information: IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1,
CH-4001 Basel, Tel. 0041 / 61 / 2713551,
Fax 0041 / 61 / 2713338,
e-mail: mail@imk.ch, www.imk.ch/ssnr2012

3.11.2012 | Zürich
Patiententag
Information: Geschäftsstelle Epilepsie-Liga,
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084, 8034 Zürich
Tel. 0041 / 43 / 488 67 77
Fax 0041 / 43 / 488 67 78
e-mail: info@epi.ch, www.epi.ch

8.-10.11.2012 | Basel
188. Jahrestagung der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG) zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (SGBP), Gast: Schweizerische Gesellschaft für Verhaltensneurologie (SGVN)
Information: IMK Institut für Medizin und Kommunikation AG, Münsterberg 1,
CH-4001 Basel,
Tel. 0041 / 61 / 2713551,
Fax 0041 / 61 / 2713338,
e-mail: mail@imk.ch, www.imk.ch/sng188

8.-10.11.2012 | Nizza, Frankreich
2nd International Congress on Neurology & Epidemiology
Information : GL events / Package Organisation,
10 quai Charles de Gaulle, 69463 Lyon Cedex 06,
Frankreich,
Tel. 0033 / 4 / 78 76176,
Fax 0033 / 4 / 78 176 257,
e-mail: elma.zerzaihi@gl-events.com

14.-17.11.2012 | Quito, Ecuador
7th Latin American Congress on Epilepsy (LACE)
Information: ILAE/IBE Congress Secretariat,
7 Priory Hall, Dublin 18, Ireland,
Tel. 00353 / 1 / 2056720,
Fax 00353 / 1 / 2056156,
e-mail: ibedublin@eircom.net,
www.epilepsycongress.org

22.-24.11.2012 | Interlaken
188. Tagung der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG)
Information: IMK Institut für Medizin und
Kommunikation AG, Münsterberg 1,
CH-4001 Basel, Tel. 0041 / 61 / 2713551,
Fax 0041 / 61 / 2713338,
e-mail: mail@imk.ch

30.11.-4.12.2012 | San Diego, USA
66th Annual Meeting of the American Epilepsy Society
Information: American Epilepsy Society (AES),
342 North Main Street, West Hartford,
CT 06117-2507 USA,
Tel. 001 / 860 / 5867505,
Fax 001 / 860 / 5867550,
www.aesnet.org

2013

16.-23.3.2013 | San Diego, USA
65th Annual Meeting of the American Academy of Neurology
Information: American Academy of Neurology, 1080
Montreal Avenue, St. Paul, MN 55116, USA,
Tel. 001 / 651 / 6952717,
Fax 001 / 651 / 6952791,
e-mail: memberservice@aan.com, www.aan.com

11.-14.4.2013 | Istanbul, Türkei
7th World Congress on Controversies in Neurology (CONy)
Information: ComtecMed, 53 Rothschild Boulevard,
PO Box 68, Tel Aviv, 61000,Israel,
Tel. 00972 / 3 / 5666166,
Fax 00972 / 3 / 5666177,
e-mail: Info@comtecmed.com,
www.comtecmed.com/CONy

8.-11.5.2013 | Interlaken
8. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Epileptologie und Schweizerischen Liga gegen Epilepsie
Information: IMK Institut für Medizin und
Kommunikation AG, Münsterberg 1,
CH-4001 Basel, Tel. 0041 / 61 / 2713551,
Fax 0041 / 61 / 2713338,
e-mail: congress@imk.ch, www.imk.ch

18.-24.5.2013 | Cleveland, Ohio, USA
6th International Epilepsy Colloquium
Information: e-mail: medcme@case.edu,
www.casemed.case.edu/cme

5.-7.6.2013 | Montreux
2nd Congress Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)
Information: Music & Convention Center Montreux,
www.imk.ch/sfcns2013

23.-27.9.2013 | Montreal, Kanada
30th International Epilepsy Congress
Information : ILAE/IBE Congress Secretariat, 7 Priory Hall, Stillorgan, Dublin 18, Irland,
Tel. 00353 / 1 / 2056720,
Fax 00353 / 1 / 2056156,
e-mail: montreal@epilepsycongress.org, www.epilepsymontreal2013.org

30.9.-06.10.2013 | Jerusalem, Israel
5th Eilat International Educational Course: Pharmacological Treatment of Epilepsy
Target Conferences, P.O. Box 29041,
Tel Aviv 61290, Israel,
Tel. 00972 / 3 / 5175150,
Fax 00972 / 3 / 5175155,
e-mail: eilatedu@targetconf.com, www.eilat-aeds.co

Impressum

Herausgeber | Administration | Schlussredaktion
Schweizerische Liga gegen Epilepsie
Margret Becker, lic. phil. I
Seefeldstrasse 84, Postfach 1084,
CH-8034 Zürich
Tel. 0041 43 488 67 79
Fax 0041 43 488 67 78
becker@epi.ch

Konzeption | Gestaltung | Reinzeichnung
screenblue Büro für Design | Birgit Depping
Gazellenkamp 99, D-22529 Hamburg
bd@screenblue.de, www.screenblue.de

Belichtung | Druck
J.C.C. Bruns Betriebs GmbH
D-32423 Minden, www.jccbruns.de

Auflage
1.500 Exemplare

Versand
Eingliederungs- und Dauerwerkstätte
des Schweiz. Epilepsie-Zentrums
Bleulerstrasse 72, 8008 Zürich