

bres, ni d'écume, ni de miction involontaire, pas de coma consécutif. Chez ses parents, il n'a eu comme maladie qu'une rougeole à 8 ans. Son intelligence était assez médiocre, et son mal le faisait renvoyer de toutes les écoles. Pourtant il apprit à lire et à écrire passablement, à connaître les choses usuelles, à s'en servir, à s'habiller, se laver, etc. Son caractère aurait été assez doux chez ses parents, c'était une « bonne pâte »; il ne devenait irascible que quand on le taquinait; il n'était pas grossier non plus.

Etat actuel.— Tête, assez régulière, crâne arrondi, pas de saillie exagérée d'aucune région.

Diamètre antéro-postérieur. . .	17 c.	} au compas } du Dr Budin.
Diamètre bi-pariétal	13 1/2	
Circonférence de la calotte . . .	53	
Demi-circonférence droite. . . .	26 1/2	
Demi-circonférence gauche. . . .	26 1/2	

Face, peu allongée, paraît aplatie et moins développée du côté gauche; la commissure labiale droite est un peu portée en haut; aucune gêne pour siffler, mais B... prétend qu'il mastique plus fortement ses aliments du côté droit, ce qui dépend peut-être du mauvais état des dents à gauche. — Le front, plus haut sur la ligne médiane que sur les côtés, se déprime assez vite vers les parties latérales, surtout à gauche, où la bosse frontale est moins développée; peu de dépression des arcades sourcilières. — Fentes palpébrales, égales; iris bleus tachetés de brun; pupilles égales; pas de strabisme. — Nez, droit. — Bouche, moyenne; maxillaires supérieur et inférieur, réguliers; dentition médiocre, saillie de l'incisive latérale droite inférieure en avant de ses voisines; absence ou carie de la première petite molaire gauche inférieure, de la deuxième petite molaire et des grosses molaires droites supérieures. — Voûte palatine, assez régulière et symétrique, pas très profonde; voile du palais bien conformé. — Menton, un peu aplati du côté gauche. — Oreilles, 6^e2, un peu détachées de la tête, mal ourlées, lobules adhérents; quelques croûtes à la jonction du lobule inférieur gauche; en avant de l'oreille droite, une petite tumeur sous-cutanée, arrondie, que le malade dit consécutive des chutes, et qui paraît douloureuse à la pression.

Cou, thorax, rachis, bien conformés.

Circonférence du thorax au niveau du mamelon.	77
Demi-circonférence droite.	39
Demi-circonférence gauche	38

B... élève un peu son épaule gauche, comme si son bras paralysé était un pesant fardeau. Le pectoral gauche est plus faible que le droit.

Membres supérieurs. — A la simple *inspection*, le membre gauche est moins développé que l'opposé; l'épaule est moins volumineuse; le deltoïde et les muscles du bras sont atrophiés et flasques. Le bras est d'ordinaire légèrement écarté du tronc; l'avant-bras est fléchi sur lui à angle droit et dirigé horizontalement d'arrière en avant. Quant à la main, Bar... lui fait prendre à l'aide de la main droite deux positions différentes: tantôt elle est dans l'extension, et légèrement inclinée du côté du bord radial de l'avant-bras, et dans cette position, les doigts sont ou étendus ou fléchis, le pouce en dedans. Dans d'autres cas, au contraire, la main est fléchie à angle droit sur l'avant-bras; les doigts sont dans l'extension forcée et ne peuvent être fléchis d'aucune façon.

Tous les *mouvements* du membre supérieur se passent entre l'omoplate et le tronc; pourtant on parvient à provoquer, sans constater de craquements, quelques mouvements dans l'articulation scapulo-humérale. La flexion volontaire du coude est possible, mais lente; quant à l'extension, elle n'est pas complète, mais limitée par la contraction du biceps et du brachial antérieur; on ne parvient pas à la compléter, malgré plusieurs tentatives. La main ne peut être mue par le malade, c'est avec sa main opposée qu'il en varie l'attitude et la main passe d'une de ses positions à la seconde, avec une brusquerie telle qu'on la croirait munie d'un ressort. Les doigts ne sont mobiles que lorsque la main est dans l'extension, la préhension est impossible: si on demande à B... de prendre un crayon, ses doigts se placent, sous l'effort qu'il fait, dans une extension forcée et s'écartent les uns des autres. Pendant ces divers essais, on voit se produire des mouvements associés très nets. Tout le membre supérieur gauche est, à certains moments, le siège de mouvements choréiformes l'éloignant ou le rapprochant du plan médian du corps, parfois le soulevant du lit sur lequel il est appuyé. Pas d'athétose. La température paraît à la main plus basse du côté paralysé.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle . .	23	20 1/2
Circonférence à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne.	20 1/2	10
Circonférence de l'avant-bras à 10 cent. au des- sous de l'olécrâne.	19 1/2	17
Circonférence du poignet.	15	12 1/2
Circonférence du métacarpe.	20	16 1/2
Distance acromio-olécrânienne	32 1/2	29
Distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïde. . .	24	22
Distance de celle-ci à l'extrémité du médus. . .	16	15

Membres inférieurs. — Les masses charnues et le genou lui-même sont moins développés du côté gauche que du droit. Le membre gauche est habituellement dans l'extension : au repos, le pied est assez étendu sur la jambe pour que la tête de l'astragale sub-luxée fasse une saillie de 3 millim. sous la peau ; la voûte plantaire est profonde, et les orteils sont, dans l'extension, presque perpendiculaires au métatarse. Dans la *marche*, la voûte plantaire se modifie, le pied ne porte pas à plat ; le talon reste élevé. Le malade fauche en marchant. Les mouvements de la hanche sont absolument libres. Au genou, la flexion et l'extension sont possibles ; mais les mouvements volontaires sont lents, comme ceux que produisent des muscles contractés. Si on veut *provoquer* la flexion, on éprouve une certaine résistance ; mais l'extension s'achève brusquement d'elle-même, comme s'il y avait un ressort dans le creux poplité. Quant au pied, il reste immobile et résiste même aux efforts extérieurs, bridé qu'il est par les muscles contracturés des régions antérieures et postérieures de la jambe. Pas de mouvements choréiformes. Le membre paralysé a une température inférieure à celle de son congénère. Un thermomètre à surfaces, placé alternativement sur la face interne de chaque cuisse au niveau du sommet du triangle de Scarpa, nous a donné les résultats suivants :

	<i>Côté sain.</i>	<i>Côté paralysé.</i>
1 ^{re} expérience	00°,0	00°,0
2 ^{me} expérience	00°,0	00°,0

Le phénomène du tendon est assez marqué, mais paraît égal des deux côtés. Pas de trépidation.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence de la cuisse au pli de l'aine.	42	40 1/2
Circonférence à 10 cent. au-dessus de la rotule. . .	35 1/2	33 1/2
Circonférence à 10 cent. au-dessous de la rotule. . .	28	27 27
Circonférence au niveau des malléoles	21 1/2	22 (1)
Circonférence du métatarse	20 1/2	20
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité du tibia.	48	47
Distance de celle-ci à la malléole externe.	37 1/2	36
Distance de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian.	18	17

Organes génitaux : bien conformés ; toutefois il existe un léger rétrécissement du prépuce ; on arrive à découvrir le gland, et on constate des adhérences que l'on rompt, entre le prépuce et la partie antérieure de la couronne ; les deux testicules sont égaux.

Peau : cheveux châtain foncés, cils et sourcils noirs abondants ; quelques poils au pénis ; aisselles et membres glabres. Nombreuses cicatrices de chute sur la *bosse frontale droite*, sur les deux coudes, sur le dos du poignet gauche, sur les mains, sur les deux genoux. Sur chaque bras, une large cicatrice de vésicatoire. En tombant, à l'âge de 5 ans, sur une marmite de chocolat bouillant, il s'est fait de nombreuses *brûlures* qui ont laissé une cicatrice de 12 cent. sur 8 cent. environ au niveau du trochanter droit, une autre de 8 cent. sur 4 cent. à la fesse droite, une dernière de 13 cent. sur 10 cent. à la fesse gauche. — Petites adénites cervicales. — *Taille*. 1^m,51. — *Poids*, 42^k,70.

Digestion : appétit bon, selles régulières, foie et rate normaux. — *Respiration* : sonorité thoracique ; rien à l'auscultation. — *Circulation* : battements du cœur réguliers ; pas de souffle.

Sensibilité générale : elle paraît conservée dans ses divers modes, mais Bar... déclare *sentir moins nettement à gauche*.

Vue, odorat, goût, normaux. L'*ouïe* est moins fine du côté gauche.

Intelligence. — Bar..., placé à l'école, a appris à lire, à écrire, à mettre un peu l'orthographe, à faire les quatre règles et des problèmes d'application ; il connaît les choses usuelles et leurs usages, répond aux questions qu'on lui adresse lorsqu'elles ne

(1) Cette contradiction apparente est due à la saillie du tendon d'Achille contracturé sous la peau.

sont pas trop complexes. Il a de la mémoire et du jugement. Il sait son âge, le jour, le mois, une partie des épisodes de sa maladie ; s'habille, se débarbouille, est devenu propre, etc. Malgré son infirmité, il a fait quelques progrès en gymnastique et en escrime. — Mais c'est une nature assez pervertie : il est dissipé et mauvais camarade au plus haut point ; il fait et dit des obscénités jusqu'à se rendre antipathique à tous ceux qui l'entourent ; il est menteur, insolent, querelleur, voleur, gourmand. Il se livre à l'onanisme et provoque ses camarades à la débauche ; enfin, lorsqu'il se bat, il n'hésite pas à se blesser ensuite avec un couteau afin de se faire passer pour victime. La physionomie est relativement assez douce ; le regard n'a pas la dureté de celui des épileptiques ordinaires.

Description des accès (7 juillet 1882). Durant un examen, Bar... cesse tout à coup de causer ; ses traits s'immobilisent, le *membre supérieur gauche* est pris d'*agitation*, de *secousses*, et la face rougit.

Période tonique. Pas de *cri* initial ; la face est portée à gauche les paupières sont mi-closes, les yeux étant portés en bas et à gauche ; les pupilles, d'abord légèrement dilatées, se resserrent au bout d'une demi-minute ; pas de nystagmus. L'avant-bras gauche est demi-fléchi ; *tout le membre devient d'une rigidité extrême* ; il en est de même pour le *membre inférieur gauche*, qui est dans l'extension et qu'il n'est pas possible de fléchir. Jusqu'alors, le bras et la jambe du côté droit sont à peine roides, et peuvent être fléchis aisément.

Période clonique. — Bientôt surviennent des *convulsions cloniques*, qui sont limitées au bras gauche.

Puis, à la suite d'un léger frémissement des lèvres, les membres du côté droit deviennent rigides à leur tour, mais très peu. C'est ensuite du côté droit que la rigidité cesse d'abord ; en même temps, le côté gauche devient plus souple progressivement, et les yeux se ferment.

L'accès se termine *sans stertor*, *sans écume*, *sans morsure de la langue* ; le malade semble s'endormir.

2^e accès. Au bout de deux minutes, alors que la rigidité n'était pas encore complètement disparue à gauche, on voit reparaître l'agitation du bras ; puis les phénomènes se succèdent comme plus haut.

3^e accès. La rigidité prédomine toujours à gauche ; mais elle

est, cette fois, plus accusée que les précédentes, du côté droit ;
pourtant, la flexion des membres droits est encore possible.

4^e accès. La rigidité se prononce de plus en plus à droite.
Dans tous ces accès, ce n'est que sur le bras gauche qu'ont
porté les convulsions cloniques. Celles-ci étaient très accen-
tuées ; les membres droits ont toujours été *immobiles*.

8 juillet. Depuis quelque temps, les signes de la puberté se
sont accentués. On note aujourd'hui des poils aux aisselles ; les
seins sont très développés et font une saillie conique en avant
de la région pectorale.

Depuis l'entrée de Bar... à Bicêtre, la marche de la maladie a
été la suivante :

	1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	—	—	7	»	1	»	4	»	»	»
Février.	—	—	»	»	5	»	6	»	8	2
Mars.	—	—	1	»	5	»	10	»	4	»
Avril.	—	—	23	»	6	»	4	»	4	»
Mai.	—	—	10	»	5	»	7	»	5	»
Juin.	—	—	»	»	6	»	7	»	9	»
Juillet.	—	—	19	»	4	»	10	»		
Août.	—	—	2	»	3	»	3	»		
Septembre.	—	—	3	»	7	»	8	»		
Octobre.	—	—	»	»	6	»	5	»		
Novembre.	2	»	10	»	2	»	3	»		
Décembre.	4	»	»	»	5	»	6	»		
Totaux.	6	»	75	»	55	»	73			

CHAPITRE III.

Des Convulsions.

C'est d'habitude de la façon la plus soudaine et la plus inattendue que débute la première crise convulsive, et rien dans les antécédents de l'enfant ne permet de prévoir un danger aussi imminent. Si quelques-uns, en petit nombre, ont donné jusqu'alors des signes de tare nerveuse, tels que lenteur de la dentition, marche et parole tardives, persistance de l'incontinence d'urine, retard dans les petites manifestations de l'intelligence épiées avec tant de soin par les parents, etc., combien d'autres, au contraire, étaient, au dire de mères compétentes, des enfants « superbes », « venant bien » et parfois même « précoces en tout ! » Mais à défaut de prodromes éloignés, n'y en aurait-il pas d'immédiats, précédant de quelques heures les convulsions ? Très rarement et rien de caractéristique. Nous avons vu Merl... (Obs. II) prise d'un malaise vague, mal défini, demander à rentrer à la maison, et y devenir aussitôt la proie des convulsions. Nous avons vu également Douc... (Obs. III.) se plaindre de céphalalgie et réclamer son lit. Mais, et cela tient peut-être à la jeunesse des malades, qui rendent mal compte de leurs impressions, c'est d'ordinaire en pleine santé que surviennent les convulsions. Rien n'est plus variable que l'âge auquel elles se montrent, et, parmi la longue série d'observations que nous avons entre les mains, nous trouvons tous les intermédiaires entre un



mois, et 2, 3, 5, 7 ans (1). A la vérité c'est dans la première, la seconde et la troisième année que nous trouvons le plus de cas. Il en est même, et M. Bourneville en a publié un exemple dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* (Obs. I. R.... Madeleine), dans lesquels l'enfant naît hémiplegique, et où l'on pourrait peut-être mettre cette *hémiplegie congénitale*, sur le compte de *convulsions intra-utérines*. Quel que soit d'ailleurs le plus ou moins de brusquerie du début des crises convulsives initiales, elles ont, dans tous les cas bien observés, une physiologie spéciale, en quelque sorte typique. Tout d'abord, elles ne sont pas généralisées, mais portent *exclusivement sur une seule moitié du corps*, et cela, suivant l'expression de la mère d'un malade, « depuis l'œil jusqu'au talon. Elles sont constituées par une *succession d'accès*, rappelant ceux de l'épilepsie avec *périodes tonique, clonique et stertoreuse*. Ces accès sont si rapprochés l'un de l'autre, qu'ils paraissent parfois subintrants et constituent un véritable *état de mal*, dans lequel on a pu noter, comme pour l'épilepsie vulgaire, une élévation très-appreciable de la *température centrale*. Il résulte du nombre plus ou moins considérable de ces accès, que la durée de ces *convulsions* est fort variable. Rarement elle n'est que de dix minutes à une demie heure; d'ordinaire on voit au contraire les accès s'ajouter indéfiniment et former une véritable *série* qui ne cesse qu'après huit, dix et même vingt-quatre heures.

La marche et la terminaison de cette première période ne sont pas toujours identiques. 1° On n'étonnera per-

(1) A 15 mois (Dart...), — à 18 mois (Bla...), — à 14 mois (Bord...), — à 6 mois (Tourn...), — à 7 mois (Cab...), — à 3 jours (Reg...), — à 13 mois (Hug...), — à 2 mois (Soul...), — à 2 ans (Bar...), — à 2 ans 1/2 (Col...), — à 3 ans 1/2 (Boul...), — à 14 mois (Ris...), — à 1 an (Zim...), — à 7 ans (Delet...), — à 5 ans (Petit...).

sonne en disant qu'un certain nombre de malades ne résistent pas à un assaut si formidable. On possède quelques cas dans lesquels les faits que nous venons de noter avaient été bien observés, et où la mort immédiate est venue enlever le malade : la maladie s'est alors bornée en quelque sorte à une seule période.

2° Dans d'autres cas, l'état de mal convulsif se termine en laissant une hémiplegie complète, constatée dès le premier jour ; c'est ce que nous avons noté dans un grand nombre de nos observations. L'enfant était alors plus ou moins affaibli, devait garder le lit un temps variable, mais la période initiale était terminée, et le malade entrait dans la seconde période, la *période hémiplegique*. A ce moment, outre la paralysie, on a observé souvent une modification plus ou moins profonde de l'intelligence, pouvant aller de l'*insuffisance* à l'*idiotie*.

3° D'autres fois, après cet état de mal on n'a constaté qu'une simple *parésie*, et, au bout d'un temps variable, un, deux ou trois mois, survient un nouvel *état de mal convulsif*, identique au premier, à la suite duquel la *parésie* se transforme en *paralysie complète*.

4° Dans un quatrième mode, on n'a noté aucun affaiblissement des membres à la suite du premier état de mal, et ce n'est qu'après un second que l'*hémiplegie* est survenue.

5° Enfin, on peut encore, après avoir indubitablement constaté une *parésie*, voir les accidents s'amender à tel point que les parents déclarent qu'il ne persiste plus rien. Nous verrons qu'un examen attentif permet de s'assurer que la *parésie* existe encore.

Voici l'observation d'un malade chez lequel les parents ont remarqué l'hémiplegie peu de temps après les convulsions initiales, comme cela arrive le plus souvent.

OBSERVATION V.

SOMMAIRE. — Grand-père paternel, alcoolique. — Un cousin, intelligent, a eu des convulsions. — Un autre, hémiplegique. — Peur durant la grossesse. — Contusion de la tête à la naissance. — Convulsions unilatérales à 18 mois. — Hémiplegie droite et épilepsie consécutives. — Marche des accès ; aura. — Amélioration.

Bla., Charles, âgé de 32 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 31 juillet 1861.

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère). — Père, 58 ans, lampiste, petit, un peu obèse, sobre, doux, bien portant, un peu sourd ; pas de traces de syphilis. [Père, faisant des excès de boisson, est mort « asthmatique » à 80 ans ; — mère, morte « de coliques » à 86 ans ; un frère, bien portant ; — deux sœurs : l'une, morte en couches ; l'autre, mère de 6 enfants dont l'un a eu des convulsions et n'est pas intelligent, quoiqu'il travaille encore passablement ; un cousin, issu de germain, était hémiplegique ; on ignore s'il était épileptique. Pas d'autres antécédents nerveux dans la famille.]

Mère, 57 ans, couturière, sobre, lymphatique, rhumatisante, sujette à des céphalalgies. [Père, mort de pleurésie ; — mère, morte à 69 ans de rhumatisme chronique déformant. Pas d'antécédents nerveux héréditaires dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1^e notre malade ; 2^e une fille, pas nerveuse, intelligente, mère d'enfants intelligents.

Notre malade. — Durant la grossesse, au 3^e ou 4^e mois, peur très passagère, à la vue d'un homme en proie à un accès d'épilepsie. Accouchement à terme, tellement facile qu'il a surpris la mère debout ; chute sur le carreau de l'enfant suivi du placenta ; contusion et ecchymose à la tête ; Bla... a été élevé au sein jusqu'à 11 mois ; il a commencé à marcher à 14 mois, à parler et à être propre à 15 mois, et semblait intelligent, lorsqu'à 18 mois, sans aucun prodrome, il fut pris un soir de convulsions, sous forme d'une sorte d'état de mal qui dura 48 heures. Ces convulsions étaient exclusivement limitées à la moitié droite du corps, « de-

Wuillamier.

puis l'œil jusqu'au talon. » On ne sait si le bras était plus ou moins secoué que la jambe. L'autre côté était absolument immobile. Cet état de mal convulsif a été suivi de fièvre pendant deux jours, aussi est-ce seulement le troisième jour, lorsque le malade a pu se lever, qu'on s'est aperçu qu'il *traînait notablement la jambe, et que le bras droit, dont il ne pouvait plus se servir, pendait inerte le long du corps.* Quatre jours après, *nouvelle série de convulsions*, semblables aux premières, mais durant 30 minutes seulement. A dater de ce jour, Bl. . eut presque quotidiennement des *accès* en plus ou moins grand nombre; le maximum aurait été de 10 en 24 heures. On a remarqué aussi que, à la suite des deux états de mal convulsifs, *l'intelligence* subit alors une assez *forte déchéance* : on l'envoya à l'école, mais il n'y apprit rien du tout; son caractère resta doux; ses sentiments, affectueux; pas de mauvais instincts, pas de kleptomanie, de pyromanie, d'onanisme. Sa santé générale était assez bonne; il eut une rougeole à 6 ans, suivie de croûtes dans les cheveux et d'une ophthalmie.

De très bonne heure, la jambe récupéra une partie de ses fonctions, si bien que, quand Bl... entra à Bicêtre, à l'âge de 11 ans, *il ne la traînait presque plus du tout.* Les forces ne revinrent pas aussi bien dans le bras. A cette époque, les accès étaient moins fréquents; il avait quelquefois des intervalles de huit jours, puis des séries de 5 à 10 dans le même jour; *pas de vertiges*; les accès étaient diurnes et nocturnes. Ils étaient précédés d'une *aura* dont on ignore la nature; Bl... disait : « Bobo, hobo, je vais être malade, » puis, *sans pousser de cri initial*, il devenait *raide du côté droit*, pendant qu'avec la main gauche non contracturée, il se déchirait la poitrine. La *période de coma* paraissait avoir fait défaut; il n'y avait pas d'écume ni d'évacuations involontaires. Enfin on déclare que Bl... n'avait pas de manifestations délirantes. A la fin de la crise, il poussait un profond soupir, revenait à lui et reprenait son chant ou ses jeux interrompus; seulement il avait alors de la *difficulté à se tenir debout, et le bras était plus inerte.*

Etat actuel.— *Tête*, pas d'irrégularité saillante; pas d'asymétrie du *crâne*, l'occipital est un peu bombé et est surmonté d'une dépression correspondant à la suture lambdoïde. *Face* : elle paraît aplatie et moins développée à droite qu'à gauche. De ce côté l'os malaire est plus saillant; le côté droit du menton est aplati, les fentes palpébrales sont égales. *Au repos*, il semble

que la commissure labiale gauche est attirée légèrement en haut et quand le malade *rit*, la bouche devient très nettement oblique ; la commissure gauche est attirée en haut, et le côté gauche de la face se plisse, tandis que le côté droit reste immobile. Bl... veut-il *siffler*, ses lèvres restent accolées et inertes dans leur moitié droite, et ce n'est que leur moitié gauche, qui se contracte pour disposer la bouche en vue de l'action recherchée. Le *front* est bombé, assez bas, fortement et également ridé des deux côtés ; pas de saillie des bosses frontales, ni des arcades sourcilières. — *Iris* bruns, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nex* droit, assez fort. — *Bouche* moyenne : maxillaires réguliers, dentition complète et régulière, sauf pour les deux incisives latérales supérieures qui sont en retrait de leurs voisines. — *Voûte palatine* très profonde, *presque ogivale*, symétrique ; voûte du palais et piliers normaux, luette longue, aplatie, portant un sillon longitudinal sur la face antérieure et légèrement dentelée à sa partie inférieure ; amygdales très déchiquetées. — *Oreilles* petites, peu ourlées, lobules adhérents. — *Cox, thorax, rachis*, bien conformés, *musculature également développée des deux côtés*.

Membres supérieurs. — A première vue, on remarque que le bras droit est bien moins volumineux que le gauche, mais il n'offre d'attitude vicieuse qu'à la main, laquelle est d'ordinaire *fléchie à angle droit* sur l'avant-bras, et dont les doigts sont dans une *extension un peu forcée*. Tous les mouvements volontaires ou communiqués du bras se passent entre l'omoplate et le tronc, et l'articulation de l'épaule paraît comme ankylosée. Pas de contracture des muscles de la région. Le coude est mobile, le malade peut le mouvoir ; on n'y perçoit pas de craquements. En ce qui concerne le poignet, si on commande au malade de relever *lui-même* sa main, il ne peut le faire si les doigts sont étendus, mais il y réussit en fermant préalablement la main, et en faisant une énergique contraction de tous les muscles de l'avant-bras. Si on lui demande de vous présenter sa main, *immobile*, on constate que cela lui est difficile : il y a un peu d'*athétose* caractérisée par une légère reptation du pouce, du petit doigt, une torsion du métacarpe, etc.

Mensurations comparatives des deux membres supérieurs :

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle	24 c.	27 c.
— du bras à 10 c. au-dessus de l'olécrâne	23	26
— de l'avant-bras à 10 c. au-dessous de l'olécrâne	21,1/2	26
— au niveau du poignet	15,1/2	17,1/2
— du métacarpe	19	21,1/2
Distance de l'acromion à l'olécrâne	32	32
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde	32	32
— de cette apophyse à l'extrémité du médus..	17	18

Membres inférieurs. — Le membre du côté droit, à la simple inspection, est moins développé que son congénère; la cuisse est plus grêle, plus flasque, mais l'arrêt de développement est surtout évident pour le mollet. Les mouvements volontaires et communiqués sont libres; aucune raideur, aucun craquement dans les articulations. La marche est facile, mais avec une *légère boiterie* ressemblant à celle des malades atteints d'ankylose du genou; la jambe droite serait plus *sujette à la fatigue* que la gauche. Le dos du pied droit est plus saillant que du côté opposé, la voûte plantaire est plus profonde, son bord interne un peu plus relevé, comme dans un premier degré de varus équin, mais dans la marche le pied pose à plat; il paraît *plus petit* que le gauche. L'usure des chaussures est égale. Pas de trépidation, ni d'exagération du phénomène du tendon, ni de frémissement musculaire. Un thermomètre à surface, placé durant 10 minutes sur la face interne de chaque cuisse, nous a donné: du côté sain, 35°,8; du côté paralysé, 34°,8.

Mensurations comparatives des deux membres inférieurs :

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aîne	49 c.	53 c.
— à 10 cent. au-dessus de la rotule	40	43
— de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule	28,1/2	31,1/2
— de la jambe au niveau des malléoles	29	21
— du métatarse	22	23
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité du tibia	48	48
— de celle-ci à la malléole externe	33,1/2	35
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian	19	19

Organes génitaux. — Verge volumineuse, gland bien conformé testicules descendus ; onanisme hebdomadaire (?) ; instincts de débauche et de sodomie ; rapports sexuels mensuels.

Peau : cheveux, sourcils, cils, châains foncés, très épais ; barbe et moustache bien fournies ; poils abondants sur la poitrine, le ventre, aux aisselles, au pénil, sur les quatre membres ; aucune trace de cicatrice ; pas d'adénite.

Force musculaire. — Au dynamomètre Mathieu : 11 kilog. 1^{er}2 pour la main droite, et 57 kilog. pour la gauche. En juin 1882 : *Taille*, 1^m.56 ; *Poids*, 51 kilogr. 80.

Sensibilité générale, conservée dans tous ses divers modes et égale des deux côtés. — Même remarque pour les *sens spéciaux*.

Digestion. — Bon appétit, fonctions régulières ; rate et foie normaux. — *Respiration* et *Circulation* : aucune manifestation morbide.

Intelligence. — B... répond passablement aux questions qu'on lui pose ; il sait son âge, la date de son entrée à l'hospice ; il a des souvenirs de sa première enfance ; il connaît les choses ordinaires, leurs usages ; mais il ne lit que difficilement l'imprimé, ne lit pas l'écriture, ne sait pas écrire ni calculer. Il travaille au jardin. Son caractère est peu sociable ; il n'est pas aimé de ses camarades ; est très sournois, et fait quelquefois des dénonciations qui ne paraissent pas fondées. Ajoutons que sa tenue est assez correcte et qu'il est soigneux de ses habits et de sa personne. (Depuis un an, son caractère et ses habitudes seraient devenus meilleurs.)

Depuis l'entrée du malade, la maladie a eu la marche suivante :

	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
Janvier..	»	»	»	»	4	»	3	3	1	»	1	3
Février..	1	»	1	7	»	2	2	2	»	1	1	4
Mars . . .	2	»	27	16	1	2	2	1	3	»	1	4
Avril..	16	»	7	»	»	1	2	3	»	»	1	3
Mai..	26	15	»	2	1	1	3	2	2	»	1	3
Juin..	»	15	1	37	»	2	3	1	1	»	1	1
Juillet..	»	5	»	7	1	2	1	2	2	»	1	»
Août..	16	»	58	6	3	1	1	1	»	1	1	»
Septembre..	14	3	16	8	3	3	3	3	2	»	3	»
Octobre..	2	3	»	»	1	2	2	4	»	1	3	»
Novembre..	»	19	»	»	3	2	5	2	2	1	»	»
Décembre..	93	8	3	346	1	1	2	2	1	1	2	»
Totaux . . .	170	86	113	429	18	21	29	26	14	5	16	1

Les accès sont devenus assez rares depuis 1875 ; ils se présentaient autrefois par *séries* ; ils sont maintenant isolés, d'ordinaire *nocturnes*, et précédés d'une *aura*, consistant en un *fourmillement* qui survient dans la main droite environ

deux ou trois minutes avant l'accès ; ce fourmillement monte progressivement et fait bientôt place à *une roideur du membre, du côté droit du cou et de la face* ; ce n'est qu'alors que survient la perte de connaissance, et le malade a eu le temps de se coucher. Il y a aussi un *engourdissement concomitant de la jambe droite.*

CHAPITRE IV.

De l'Hémiplégie.

Ainsi que nous venons de le voir, ce n'est pas toujours de la même façon que surviennent les accidents paralytiques, mais peut-être un nombre plus considérable de variétés est-il créé par le manque d'attention de beaucoup de parents. Certains, plus méticuleux, ont noté, dès la terminaison de la crise, une modification dans la motilité des divers membres de l'enfant; d'autres, au contraire, ont pu attendre le rétablissement complet du malade, laisser passer deux, trois mois, puis le lever, pour constater la présence d'une paralysie. Celle-ci était-elle apparue plus tardivement? Nous en doutons, mais ces difficultés auxquelles se heurtent les recherches de ce genre, laissent indéterminée, forcément, l'époque absolue de l'établissement de l'hémiplégie. Nous sommes porté à admettre que c'est immédiatement après un *état de mal*, que ce soit un premier, un second ou un troisième, qu'on doit noter l'hémiplégie, absolument comme on la constate à la suite d'une apoplexie, et voici souvent comment cela se passe : L'enfant vient d'avoir sa crise, elle a duré un temps variable, il est réveillé; il a encore plus ou moins de fièvre, mais il s'assoit de temps en temps dans son lit, et on remarque que si on lui offre un jouet, un gâteau, ils les reçoit *invariablement avec la même main, se déplace même avec effort pour mettre*

cette main dans la possibilité de prendre l'objet, alors que pour saisir avec l'autre main il n'aurait eu qu'à la soulever, et ceci frappe d'autant plus, si c'est le bras droit qui est paralysé, car l'enfant est devenu absolument *gaucher*. On peut aussi s'apercevoir que, alors qu'une des jambes voyage volontiers dans le lit, l'autre au contraire reste *immobile* et ne quitte jamais le plan horizontal.

Vient-on à lever l'enfant, alors les symptômes deviennent tellement évidents, qu'on ne peut plus les méconnaître : *l'un des bras pend inerte le long du corps, la main est impuissante* ; la station debout est instable par suite de la *flaccidité* du membre inférieur correspondant, laquelle rend la marche difficile ou possible seulement en traînant *la jambe*. Le territoire envahi par la paralysie n'a pas toujours la même étendue ; ainsi, bien que chez un certain nombre de nos malades, nous ayons pu constater des reliquia incontestables de paralysie faciale, aucun parent ne nous a signalé la distorsion de la bouche après l'état de mal. On est obligé d'admettre alors que la face a été touchée d'une façon très légère, négligeable en présence des autres accidents. Dans tous les cas, le bras et la jambe sont lésés en même temps, mais souvent fort inégalement. D'habitude, le bras est totalement inerte et la main flasque ; parfois il en est de même du membre inférieur, mais ce n'est pas la règle, et, soit que les convulsions y aient été moins intenses, comme on l'a souvent observé, soit pour toute autre cause, il est plus fréquent de voir le petit malade exécuter encore quelques mouvements avec sa jambe, qui fléchit, il est vrai, sous lui, mais qui réussit encore à le porter, et peut encore servir, *en traînant*, à sa progression. Chez d'autres on ne note même qu'une *parésie*, une « faiblesse » comme disent les parents, et qui n'est pas comparable avec l'inertie toujours plus considérable du membre supé-

rieur. Il est enfin des cas dans lesquels le membre inférieur et le bras sont indemnes, et où la *parésie* se trouve limitée à l'avant-bras et même à la main toute seule.

L'évolution de cette hémiplégie ne diffère pas d'une façon sensible de celle des hémiplegies dues à d'autres processus pathologiques, et plusieurs éventualités peuvent se présenter. 1° Dans certains cas, très heureux, après quelques semaines écoulées, on voit, soit spontanément, soit à la suite d'électrothérapie, les membres lésés récupérer peu à peu tout ou partie de leurs forces et de leur motilité ; nous avons des exemples, et l'observation de Cabo... vient à l'appui, dans lesquels il faut une grande attention, des expériences dynamométriques, des actes propres à décélérer l'agilité des doigts, fréquemment répétés, pour se faire une conviction, et affirmer l'existence d'un affaiblissement ayant survécu à l'hémiplegie primordiale.

OBSERVATION VI.

SOMMAIRE. — Mère : *hystérie*. — Grand'mère : *apoplexie*. — Oncle : *fièvre chaude*. — Cousines : *convulsions, folie passagère*. — Sœur : *convulsions*.

Frayeur dans la grossesse ; asphyxie à la naissance ; convulsions internes à 3 mois. — Etat de mal à 7 mois, convulsions prédominant à droite ; hémiplegie consécutive. — Epilepsie (7 mois 1[2]). — Pas de contracture ; atrophie ; — Mobilité mentale.

Cab... (Léon-Antoine), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 3 août 1877.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère du malade). — Père, 63 ans, employé, de nationalité espagnole. Aucun renseignement sur lui, car il a violé la mère de l'enfant. — Mère, 38 ans, employée dans un théâtre, puis libraire, intelligente, très nerveuse, sujette à des attaques d'hystérie depuis qu'elle a été violée.

Nous n'insisterons pas sur ces crises bien décrites par la personne, et où nous trouvons : aura ovarienne, grands mouvements, persistance de la connaissance, catalepsie, pleurs, chants, durée de deux à neuf heures, enfin consécutivement idées noires, penchant au suicide, urines abondantes et claires, etc. [*Père*, calme et sobre ; mort asystolique. — *Mère*, peu nerveuse, morte d'*apoplexie* avec *hémiplegie droite*; son père avait aussi été paralysé. — Trois *frères*, l'un est mort de *laryngite tuberculeuse*, l'autre de *hernie étranglée*, le dernier est bien portant, mais il a perdu un enfant de *convulsions*. — Une *sœur*, devenue aveugle à quinze ans à la suite d'*ophtalmie*, et morte à seize ans de fièvre muqueuse. Un *oncle paternel* s'est jeté par la fenêtre dans un accès de *fièvre chaude*. — Un *cousin* aurait été momentanément *fou* (?). Pas d'autres antécédents héréditaires dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1^o une *filles*, légitime, quinze ans, intelligente, forte, a eu à trois ans des *convulsions* qui ont duré quatre heures. — 2^o *notre malade* :

Durant la *grossesse*, attaques d'*hystérie*, *boulimie* : *frayeur* à six semaines, occasionnée par le *cri d'un singe* ; *tristesse* habituelle, due aux circonstances qui ont accompagné la conception. Accouchement naturel à huit mois et cinq jours ; le placenta est sorti avec l'enfant. Celui-ci était *noir* et on dut faire saigner le cordon. C... a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de neuf mois. A trois mois il fut pris de *convulsions limitées aux yeux* ; elles se sont répétées quotidiennement durant deux mois, sont devenues plus rares ensuite, et enfin ont disparu complètement au septième mois. A neuf mois, on mit Léon en sevrage pour un mois ; il y poussa sa première dent, mais il en revint maigre, « étique », affamé, vorace, et atteint de diarrhée rebelle. A dix-huit mois, il n'était pas encore remis de cet affaiblissement, il ne parlait ni ne marchait, ne montrait que peu d'intelligence, ne reconnaissait que sa mère, enfin, « ne ressemblait pas aux autres enfants. » Ce fut alors que, sans cause connue, il fut pris de *convulsions qui durèrent dix heures, sous forme d'état de mal*. Elles ne portèrent que sur le *côté droit du corps et de la face*. Le jour même, on s'aperçut que Léon *prenait tous les objets de la main gauche*, et on constata, en la soulevant, que *la main droite était inerte*. Quant à la jambe droite, elle était *plus faible*, mais non pas tout à fait *paralysée*. La santé générale n'a pas été fortement atteinte, et dès le lendemain, C... était repris de sa *voracité* ha-

bituelle. Grâce à des *electrisations* faites à l'hôpital St-Antoine, la main récupéra quelques mouvements ; on n'a jamais constaté de *contracture*. Ce fut dans le courant du mois qu'il fut pris de ses deux premiers accès d'épilepsie. Les accès reparurent d'une façon irrégulière durant plusieurs mois, puis pendant une autre période de plusieurs mois, ils ne revinrent qu'une fois par mois. Ce n'est qu'à cinq ans qu'il a commencé à *balbutier* « maman » ; jusque-là, il poussait des « cris sauvages » que sa mère attribuait à sa frayeur dans la grossesse ; à sept ans il ne parlait encore que très difficilement. Ce fut aussi à cinq ans qu'il commença à *marcher* ; à six ans il devint propre. Son caractère était très affectueux, mais il était sujet à des *impulsions*, et, sans motif, venant d'embrasser sa mère, il lui jetait à la tête le premier objet qui se présentait sous sa main ; il n'avait pourtant aucun mauvais instinct. — Il était inconscient du danger, *mobile*, *vagabond*, et fréquemment s'échappait de la maison. Ses fuites avaient pour but d'aller entendre de la *musique* dans des concerts. Sur les conseils du commissaire de police, sa mère lui fit porter un « costume complet vert clair » lequel le signalait à l'attention des gardiens de la paix préalablement avertis ; ceux-ci le ramenaient alors chez lui directement. Aussitôt rentré, il avouait ses fautes à sa mère et implorait humblement son pardon. Il avait le « cœur sensible ». Sa santé générale aurait toujours été bonne, à part beaucoup d'impétigo du cuir chevelu ; il n'a pu suivre aucune école à cause de sa maladie, et comme traitement il n'a pris que du bromme de potassium.

Etat actuel. — Tête et crâne assez réguliers ; région occipitale assez prononcée, sur le vertex une crête mousse antéro-postérieure correspondant à la suture interpariétale.

Diamètre antéro-postérieur	17 c. 5
Diamètre bi-pariétal	13 5
Circonférence	51
Demi-circonférence droite	27
Demi-circonférence gauche	24 5

Face, ovale, paraît, mais d'une façon très fugitive, plus aplatie à droite. Au repos la bouche est transversale ; dans le rire la commissure gauche tend à s'élever légèrement. — *Front* moyen, déprimé latéralement ; égale saillie des bosses frontales, tempe droite un peu plus creuse que la gauche (?). — *Fentes palpébrales*

égales, iris bruns, pas de strabisme ni d'inégalité des pupilles.
— *Nez* droit.

Maxillaires réguliers. — *Voûte palatine* peu profonde, symétrique ; voile du palais bien conformé, amygdales très volumineuses. — *Menton* rond. — *Oreilles*, petites, la droite plus étroite que la gauche, bien ourlées, lobules adhérents.

Cou et *thorax*, bien conformés ; les muscles sus et sous-épineux sont un peu moins développés à droite ; les muscles de l'épaule droite, bien développés, paraissent parfois rigides et comme contracturés.

Membres supérieurs. — Le membre du côté droit n'apparaît pas atrophié ; il ne présente aucune contracture, aucune attitude vicieuse, seulement la main retombe un peu comme par une sorte de *faiblesse* des muscles extenseurs. Léon exécute avec son membre tous les mouvements qu'on lui prescrit, mais la main est un peu lente à se mouvoir, à se soulever, comme si les extenseurs étaient *parésiés*. La flexion est facile ; les doigts ne sont pas déliés.

C... ne peut que difficilement saisir un objet de la main droite ; il arrive pourtant à le prendre, mais il ne peut que péniblement le manœuvrer ; il écrit de la main gauche, en allant de gauche à droite. Veut-il essayer d'écrire de la main droite, les doigts se crispent sur le porte-plume, qui, tenu verticalement, rend l'écriture impossible. Pas d'athétose, aucune modification de nutrition ni des articulations, ni de la peau, ni du système pileux, pas de trace d'abcès.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle	19 c.	20 c.
— du bras à 6 c. au-dessus de l'olécrâne	17,5	17,8
— de l'avant-bras à 6 c. au-dessous de l'olécrâne		
— du poignet	13	13
— du métacarpe	18,5	18,5
Distance acromio-olécrânienne	25,5	25,5
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18	18
— de celle-ci à l'extrémité du médius	14	14,5

Membres inférieurs. — Le membre droit ne diffère en rien à la vue du membre gauche ; même musculature, aucune déformation, mouvements libres, pas de mouvements involontaires, pas d'exagération du phénomène du tendon, aucune mo-



dification de la peau, des poils, etc. La température prise au moyen du thermomètre à surfaces sur la partie interne des cuisses, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1 ^{re} expérience.	33°	30°,8.
2 ^e —	36°,4	35°,4.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aîne	39 c.	42 c.
— à 6 c. au-dessus de la rotule.	33	33
— de la jambe à 6 c. au-dessous de la rotule.	25,5	26
— au niveau des malléoles.	21,5	21,5
— du métatarse.	18,5	18,5
Distance de l'épine iliaque ant. et sup. à l'extrémité sup. du tibia	34	34
— de celle-ci à la malléole externe	27	27
— de celle-ci à l'orteil médian	15	17

Peau et tissu cellulaire. — Cheveux châtains foncés abondants; cils longs, sourcils peu épais; corps, membres, aisselles, pénis glabres. — Aucune cicatrice. En juin 1882: *Taille*, 1^m,22; *Poids*, 28 kilog. 60 (1).

Digestion : appétit régulier, digestions faciles, constipation habituelle; foie et rate normaux. — *Respiration* : thorax sonore, pas de râle. — *Circulation* : normale.

Sensibilité générale, conservée dans tous ses modes, paraît égale des deux côtés. — *Vue* égale des deux yeux. — *Ouïe* : aussi fine à droite qu'à gauche. — *Goût et odorat* conservés.

Intelligence : C... répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Il connaît son âge, le jour, la date, le mois, l'année, sait combien il y a de jours dans une semaine, dans une année, le nom des saisons, etc. Il nous renseigne avec assez de précision sur le début, les causes supposées de sa maladie. Les progrès à l'école sont assez satisfaisants. C... lit couramment, écrit de la main gauche, connaît les quatre règles, les objets usuels et leurs usages. Il s'habille seul, mange de la main gauche, se tient propre et ne gâte pas; ses sentiments affectifs sont bien développés, et il dit aimer également ses parents et sa sœur.

(1) En novembre 1879 : *Taille*, 1^m,09; *Poids*, 23 kilog. 500.



Voici le relevé des accès depuis l'entrée à l'hospice :

	1877		1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	—	—	3	»	1	»	2	»	1	»	»	»
Février.	—	—	2	»	»	»	1	»	1	»	»	»
Mars.	—	—	2	»	5	»	2	»	»	»	»	»
Avril.	—	—	8	»	9	»	3	»	»	»	»	»
Mai.	—	—	3	»	3	»	»	»	»	»	4	»
Juin.	—	—	1	»	2	»	5	»	»	»	»	»
Juillet.	—	—	4	»	6	»	»	»	»	»	»	»
Août.	4	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»
Septembre.	13	»	1	»	3	»	»	»	»	»	»	»
Octobre.	8	»	1	»	3	»	7	»	4	»	»	»
Novembre.	9	»	»	»	2	»	»	»	1	»	»	»
Décembre.	4	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»
Totaux.	38	»	25	»	87	»	20	»	7	»	»	»

Cette espèce de restauration est surtout fréquente pour le membre inférieur, et tels de nos malades marchent très bien, et se plaignent à peine d'une tendance plus rapide de la jambe à la fatigue, qui ne peuvent tirer aucun usage de leur membre supérieur. Celui-ci en effet offre plus rarement un retour *ad integrum*, et devient bien plus souvent pour le malade un appendice aussi gênant qu'inutile.

2° Dans une seconde catégorie de faits, la paralysie, une fois établie sur toute la moitié du corps, ne subit plus de modification, ni en bien, ni en mal, mais, disons-le bien vite, c'est dans une infime minorité des cas comme chacun peut le contrôler soi-même.

3° Au contraire, il est excessivement fréquent dans cette hémiplegie, non autrement que s'il s'agissait des suites d'un hémorrhagie cérébrale, de voir survenir une complication, qui enlève au médecin tout espoir de rétrocession, nous voulons parler de la *contracture*.

Ici encore nous regrettons de ne pas pouvoir donner

des chiffres exacts et de n'être pas en mesure de dire à quel moment précis apparaît la contracture, à quel moment il faut l'attendre et quand on peut cesser de la craindre. Il est bien difficile que des personnes inexpérimentées différencient un membre inerte par paralysie flaccide, d'un autre également inerte mais contracturé. Il est pourtant des malades chez lesquels on a constaté positivement la contracture peu après *l'état de mal*; mais dans la plupart des cas nous avons tout lieu de croire que c'est progressivement, insensiblement et sans bruit, dans l'espace de trois à six ou huit mois que s'établit cette complication grave.

Quoi qu'il en soit, elle est fréquente, et, par les attitudes qu'elle impose aux membres, elle mérite une place importante dans la nosographie qui nous occupe. D'ailleurs pour ses localisations, elle marche de pair avec la paralysie à laquelle elle vient s'ajouter. Prenons au hasard un de nos malades les plus complets, voici l'attitude dans laquelle se trouve immobilisé son membre supérieur : le bras est parallèle au tronc, parfois légèrement écarté; l'avant-bras est fléchi sur lui à angle droit, et résiste à tout effort d'extension; tantôt il est dirigé horizontalement d'arrière en avant, tantôt il repose transversalement sur le creux de l'estomac; la main est dans une flexion forcée et souvent les doigts sont également disposés en crochet; parfois même ils sont tout à fait recroquevillés dans le creux de la main. Dans les cas où la main seule était paralysée il est évident que seule aussi elle deviendra le siège de la *contracture*. De par l'attitude du membre, on peut voir que ce sont surtout les muscles du côté de la flexion, le biceps, le brachial antérieur, les muscles de la région antérieure de l'avant-bras et les cubitiaux qui deviennent le siège de *contracture*. Aussi la flexion

est-elle souvent possible et facile à compléter soit spontanément, soit artificiellement; il n'en est pas de même de l'extension du coude, par exemple, qui demande une sorte d'*élongation* lente et patiente du biceps; de l'extension du poignet qui ne peut souvent se produire qu'en exagérant la flexion des doigts, et qui demande quelquefois de la part de l'expérimentateur des efforts douloureux pour le malade. Dans les cas où la main seule est intéressée et se trouve fléchie à angle droit sur le poignet, il ne faudra pas prononcer trop tôt le mot de contracture et bien s'assurer qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple paralysie des extenseurs, comme nous l'avons observé quelquefois. On pourrait alors relever mécaniquement la main avec la plus grande facilité, à moins toutefois que, par suite de cette attitude vicieuse, les muscles fléchisseurs n'aient subi une véritable rétraction. Dans ce dernier cas, on ne note pas, comme dans la contracture avérée la même dureté presque marmoréenne des groupes musculaires intéressés.

Lorsque la contracture apparaît au membre supérieur, il est de règle qu'elle intéresse aussi le membre inférieur. Celui-ci est alors maintenu dans l'extension, ou dans une flexion presque insensible, mais c'est le pied surtout qui prend des attitudes vicieuses : tantôt, il est dans une véritable extension forcée, absolument comme dans le pied bot équin pur, et le mollet contracturé est dur comme du bois; mais plus fréquemment il offre la déformation décrite sous le nom de pied bot varus-équin, c'est-à-dire qu'il y a exagération de la concavité plantaire, que le bord interne du pied est surélevé, que la station se fait sur le bord externe et l'extrémité antérieure seulement. Souvent, et surtout, lorsqu'on observe la variété *équin pur*, on voit les orteils refoulés dans une extension forcée, à la suite de laquelle survient une véritable

rétraction des extenseurs qu'il ne faut pas confondre avec la contracture. D'habitude la motilité de la cuisse sur le bassin n'est pas sérieusement compromise, quoique affaiblie, comme on peut le constater en priant le malade couché de soulever son membre inférieur au-dessus du plan du lit. Les mouvements de la jambe sur la cuisse sont lents, laborieux et provoquent presque toujours du côté du bras une succession de ces *mouvements associés*, sur lesquels M. le professeur Charcot a attiré l'attention ; quant au pied, il est absolument inerte, et il est même impossible de provoquer sa flexion, tant le tendon d'Achille offre une victorieuse résistance.

Peut-on prévoir l'imminence de la contracture, comme dans l'hémiplégie ordinaire, au moyen du *phénomène du tendon*. Nous n'oserions le dire, ne l'ayant pas constaté ; il y a plus, chez nos malades, où nous avons régulièrement recherché ce symptôme, nous n'avons noté ni au coude, ni au poignet, ni au genou, *d'exagération du phénomène du tendon*. Un seul, Douc..., nous a donné le tremblement de l'épilepsie spinale, au moment où nous lui fléchissions fortement le pied.

Avant de continuer l'étude de cette seconde période, nous désirons d'abord présenter l'observation d'un enfant, chez lequel les accidents paralytiques se sont limités, et dont *le bras et le pied seuls* sont le siège de déformations et d'attitudes vicieuses, quoique cependant la totalité des deux membres offre à la simple inspection, des signes évidents d'arrêt de développement :

OBSERVATION VII.

SOMMAIRE. — Père, suicidé. — Grand'mère, hystérique. — Mère, névralgie faciale. — Grand'mère, hémiplegie. — Sœurs, convulsions. — Premières convulsions à trois jours limitées à un côté; hémiplegie consécutive; atrophie et déformation des membres. — Epilepsie à 7 ans. — Diphthérie. — Paralysie du voile du palais.

Reg... Paul, âgé de 11 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 8 février 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère de l'enfant). — Père, plombier, calme, sobre, s'est suicidé par pendaison à 58 ans, à la suite de mauvaises affaires. [Père, mort du choléra. — Mère, sujette jusqu'à la ménopause à des *attaques de nerfs*, qui ont laissé l'intelligence absolument intacte. — Une sœur, morte à Saint-Louis à la suite de l'ablation d'un bouton (?) de la face. — Une autre, bien portante, ainsi que ses enfants. Pas d'autres névropathes dans la famille.]

Mère, 54 ans, blanchisseuse depuis la mort de son mari, intelligente, calme, sujette à des lypothimies, à des crises de *névralgie faciale* du côté droit; encore, mais irrégulièrement réglée, a rendu une *môle*, il y a deux ans et demi; malade depuis deux ans. [Père, 84 ans, sobre, encore très intelligent, bien portant. — Mère, morte *hémiplegique*. — Treize frères et sœurs : deux sont bien portants, les autres sont morts, l'un tué à la guerre, une autre des suites d'une chute, une autre des suites d'une couche, un autre poitrinaire, le reste on ne sait de quoi, mais pas de maladies nerveuses. Pas d'antécédents nerveux héréditaires dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Douze enfants : 1° une fille, morte à 9 mois de *convulsions*; 2° une fille morte du croup à 3 mois et demi(?); 3°, 4°, 5°, des garçons, morts en naissant à la suite de couches laborieuses; 6° un garçon, 28 ans, bien portant; 7° une fille, 25 ans, intelligente, ainsi que ses enfants; 8° un garçon, bien portant; 9° une fille, 19 ans, intelligente; 10° une fille, 17 ans; 11° une fille, 12 ans 1/2; 12° notre malade.

Notre malade. — Grossesse bonne, un peu accidentée par les

émotions du siège durant la guerre; accouchement à terme, laborieux, mais naturel; asphyxie noire à la naissance; allaitement maternel jusqu'à deux ans.

C'est le deuxième ou troisième jour après la naissance qu'ont apparu les *premières convulsions*, sur les caractères desquelles on ne peut pas renseigner. Ces convulsions se *reproduisirent quotidiennement* pendant quinze jours. Pourtant ce fut seulement à quatre mois qu'on s'aperçut de la paralysie de « *la main droite qui tombait et ne se maintenait pas comme l'autre.* » A un an, Paul devint propre; il ne commença à parler et à marcher qu'à deux ans. *Il a toujours traîné la jambe droite.* Jamais il n'a eu de tic, de cauchemars, de mauvais instincts, d'habitude d'onanisme. Son caractère était très affectueux à part de rares colères. On a toujours été obligé de l'habiller, toutefois il sait manger proprement. On l'envoya à l'école où il n'apprit presque rien. Chez lui, il jouait et faisait des commissions. Sa santé habituelle était bonne, il a eu la rougeole à 3 ans.

Tel était son état, lorsque, à l'âge de sept ans, il fut pris, sans cause connue, d'*accès d'épilepsie*. Ceux-ci étaient très forts. On en comptait quelquefois deux par jour, puis on passait ensuite deux ou trois semaines sans en voir revenir. Il paraissait y avoir une *aura*, car Paul s'écriait quelques secondes avant: « Maman, j'ai mal! » — Où? — « Partout. » C'est tout ce qu'on pouvait savoir. Aucun cri n'annonçait le début de l'accès, la rigidité aurait été générale, et on ne sait si les secousses prédominaient d'un côté. Pendant un certain temps, il écumait, avait du stertor consécutif, dormait après l'accès, mais ça aurait passé; pas de miction involontaire, pas de phénomènes psychiques; pourtant quelquefois, en revenant à lui, il *pleurait ou riait aux éclats*. Le saisissement produit par la vue de son père pendu aurait diminué l'intensité des accès. On attribue la maladie aux émotions dans la grossesse.

Etat actuel. — Tête ronde; — *crâne* assez régulier, malgré un léger aplatissement de la région pariétale droite, et une saillie assez accentuée de la région pariétale gauche; la région occipitale est développée.

Diamètre antéro-postérieur	16 c. 4
Diamètre bi-pariétal	13 5
Circonférence	49
Demi-circonférence droite	24 5
Demi-circonférence gauche	24 5

Face, arrondie, à peu près symétrique. — *Front* étroit, saillant dans sa partie moyenne, déprimé latéralement ; bosse frontale gauche plus élevée que la droite, et séparée de l'arcade sourcilière par une dépression plus accentuée que du côté opposé. — *Orifices palpébraux* égaux ; iris bruns, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nex* droit, assez fort, dévié à droite. — Bouche moyenne ; lorsque Paul rit, la commissure labiale gauche est attirée en haut. — *Joue* droite légèrement tombante. *Maxillaires* réguliers. — *Voûte palatine* large, peu profonde, symétrique ; voile du palais bien conformé. — Aucune cicatrice sur la *langue*. — *Menton* carré. — *Oreilles* égales, grandes, écartées de la tête, mal ourlées ; lobules détachés.

Cou, bien conformé. — *Thorax*, élévation de l'épaule droite ; saillie du rebord des fausses côtes du côté droit. Légère incurvation de compensation à gauche de la portion lombaire du rachis. Le muscle trapèze du côté droit est dur, et paraît moins développé que celui du côté gauche. Les fosses sus-épineuse et sous-épineuse droites sont moins remplies que leurs congénères. Pas de différence entre les pectoraux.

Membres supérieurs. — Le membre droit est moins développé que le gauche, et l'*atrophie* déjà manifeste pour le bras, devient frappante à partir du coude. La *main* seule se trouve dans une *attitude vicieuse stable* : elle est fléchie à angle droit sur l'avant-bras ; les doigts sont dans le prolongement de la main. Si nous disons à Rég... de mettre en mouvement successivement les divers segments de son membre droit, nous voyons que l'épaule est libre, qu'il peut fléchir et étendre l'avant-bras, bien qu'avec moins de force, mais qu'il lui est impossible d'étendre ni de fléchir la main, de remuer les doigts, de prendre ou de serrer un objet. Veut-on ramener *mécaniquement* la main dans l'extension, on y arrive, en procédant avec lenteur, et malgré une vive résistance de la part des fléchisseurs, et on constate par cela même, l'intégrité de l'articulation radio-carpienne. Dans ce mouvement on ne triomphe qu'en apparence de la contracture des fléchisseurs, car, pendant que la main s'étend, les doigts primitivement étendus se fléchissent. Il faut insister davantage, et provoquer même une légère douleur au malade pour amener la main entière dans la rectitude. Pas d'athétose. La peau du membre paralysé paraît plus rugueuse que du côté opposé ; elle est rouge violacée à partir du coude ; les tissus de la main sont comme boursoufflés. Aucune modification du système pileux.

Le bras paralysé paraît au toucher plus froid que son congénère.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle.	16 c. 5	20 c. 5
— à 8 c. au-dessus de l'olécrâne.	16	18
— de l'avant-bras à 8 c. au-dessous de l'olécrâne.	15	19
— du poignet	11,5	14
— du métacarpe	16,5	19
Distance acromio-olécrânienne.	22	22,8
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18	19
— de celle-ci à l'extrémité du médius.	13	14

Membres inférieurs. — Le membre droit est visiblement atrophié; *le pied seul est déformé*: il est en extension forcée, avec sub-luxation du scaphoïde sur la tête de l'astragale, dont on voit saillir sous la peau le bord supérieur. Il y a tendance au renversement de la région plantaire en dedans, et la pointe du pied est également dirigée en dedans; c'est en somme un premier degré de *pied bot varus équin*. Paul meut assez facilement sa cuisse et sa jambe, mais il produit en même temps des *mouvements associés* du bras droit. Quant au pied, l'extension ne peut être accrue; essaie-t-on au contraire de le relever, il n'obéit qu'au jambier antérieur et aux extenseurs propres du gros orteil, lesquels se bornent à augmenter l'adduction de la pointe et le renversement de la région plantaire. Les quatre derniers orteils sont presque totalement immobiles. Malgré le bon état apparent de l'article, on ne parvient pas à vaincre *mécaniquement* la rigidité des muscles de la région postérieure, et à ramener le pied dans la rectitude. Dans la *marche*, l'extension diminue un peu, le pied porte presque à plat et un peu sur son bord externe, mais il reste inerte, fauche un peu, et frotte le sol à chaque pas. Point de mouvements choréiformes; — pas de *phénomène du tendon*. Aucune modification de nutrition de la peau ni du système pileux.

Un thermomètre à surfaces, appliqué comparativement pendant dix minutes sur la face interne des cuisses, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1 ^o expérience.	37°,2	37°,4
2 ^o expérience.	37°,2	37°,2

C'est un des rares cas, observés par nous, dans lesquels la température n'ait pas été plus basse du côté paralysé.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aîne . . .	36 c.	37 c. 5
— à 8 c. au-dessus de la rotule	29	30.5
— de la jambe à 8 c. au-dessous de la rotule.	25	26.5
— au niveau des malléoles	17	17.5
— du métatarse	18.5	18.5
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia.	34.5	35
— de celle-ci à la malléole externe	27	28
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian .	15.5	16

Organes génitaux. — Verge et gland normaux ; pas de phimosis ; testicules descendus, égaux, petits. Pas de trace de puberté ; pas d'onanisme.

Peau : cheveux châtain clair, peu épais ; sourcils et cils de même nuance ; corps, aisselles, pénis, glabres ; quelques adénites cervicales ; aucune cicatrice. En juin 1882 : *Taille*, 1^m,21 ; *Poids*, 23 kilog.

Digestion. — Appétit excellent, aucun trouble gastrique ; selles régulières ; rate et foie normaux. — *Respiration* : sonorité thoracique, respiration un peu rude, pas de toux. — *Circulation* : cœur régulier, aucun bruit morbide.

Sensibilité générale, conservée dans tous ses modes, paraît égale des deux côtés. — *Vue*, plus perçante à gauche (?). — *Ouïe*, plus fine à gauche (?). — *Odeur* et *goût*, normaux.

Intelligence. — Paul est assez éveillé et facile à interroger ; il comprend vite et exécute tout ce qu'on lui demande. Sa physionomie est gaie, son sourire assez malin. Il sait, outre son nom et son âge, le lieu et la date de sa naissance. Il connaît le jour, mais non le mois, ni l'année. Il a suivi régulièrement, depuis son entrée, l'école de la section, où il travaille bien ; il a appris successivement à lire couramment, à écrire, à faire les trois premières règles. Sa mémoire est bonne, il connaît les objets usuels et leurs usages, s'habille et fait sa toilette avec une remarquable célérité, mange proprement et est assez soigneux de ses vêtements. Les *sentiments affectifs* sont très déve-

(1) En février 1881 : *Taille*, 1^m,17 ; *Poids*, 23 kilog.

loppés : il se réjouit de la visite de sa mère, et s'attriste au souvenir de son père; il vit en très bons termes avec ses camarades, et joue avec eux sans jamais avoir de dispute.

1882. 22 février. Paul a été pris dans la journée d'un *mal de gorge* assez violent.

23 février. On constate une vive rougeur du voile du palais, des piliers, et sur l'amygdale droite une *fausse membrane épaisse* qui la recouvre complètement; la douleur est assez intense à la déglutition; les voies respiratoires sont libres, pas de toux; état général assez bon. — *Traitement* : un vomitif avec ipéca 4 gr.; un gargarisme avec 4 grammes de chlorate de potasse; un julep avec 4 grammes d'extrait de quinquina et 50 grammes de rhum; deux injections de 0 gr. 01 de *nitrate de pilocarpine* chacune; quatre cautérisations avec la solution citrique et phéniquée, des inhalations d'acide phénique; lait et bouillon. T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°,4.

24 février. Nombreux fragments de *fausses membranes* dans les vomissements; nuit assez bonne; même aspect de l'amygdale droite; nouvelles plaques sur les piliers postérieurs des deux côtés et sur la face postérieure de la luette; adénite sous-maxillaire à droite, mais peu considérable; voix normale, coryza intense, toux rare, rien dans la poitrine; état général assez bon. T. R. 38°,8. Vomitif; ajouter 60 grammes de vin de quinquina au traitement. — *Soir* : T. R. 39°.

25 février. Les *fausses membranes* persistent, mais sont moins larges et moins nombreuses; pas d'exagération de l'adénite; aucune complication dans les voies respiratoires; sommeil excellent; retour de l'appétit. Les *injections sous-cutanées de pilocarpine* provoquent une salivation abondante : on fera chaque injection de 15 gouttes au lieu de 10. Troisième vomitif demain matin. T. R. 38°,8. — *Soir* : T. R. 38°,6.

26 février. Pas de modification notable. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°,2.

27 février. L'état local et l'état général sont assez satisfaisants, les *fausses membranes* sont ponctiformes; mais on constate le début d'une *paralysie du voile du palais* : le lait revient par le nez et souille la lèvre supérieure. T. R. 38°,4. — *Soir* : T. R. 38°.

28 février. Même état. — T. R. 38°. Un vomitif demain. — *Soir* : T. R. 38°.

1^{er} mars. Réduction des *fausses membranes* à une petite ligne verdâtre siégeant à la partie supérieure de l'amygdale droite;



diminution du gonflement sous-maxillaire ; aucune apparence de nouvelle complication ; même état de la paralysie. T. R. 38°. Soir : T. R. 38°.

2 mars. La rougeur et les fausses membranes ont totalement disparu ; cessation des injections de pilocarpine ; continuation des autres prescriptions. T. R. 38°. — Soir : T. R. 38°.

3 mars. T. R. 37°,8. — Soir : 37°,8.

4 mars. T. R. 37°,8. — La paralysie du voile du palais persiste seule : rejet des aliments liquides par le nez, voix nasonnée, difficulté de souffler une bougie et issue de l'air par le nez, altération de la prononciation des lettres :

A	est prononcé	han ;
T	—	ne ;
V	—	oué ;
X	—	iche ;
H	—	hêche ;
K	—	hâ ;
P	—	mbé ;
Q	—	hû ;
Y	—	hinere.

Les labiales sont prononcées distinctement.

5 mars. T. R. 37°,8. — Soir : T. R. 37°,6.

6 mars. T. R. 37°,6. — Soir : T. R. 37°,6.

7 mars. L'enfant est guéri, sauf encore un peu de paralysie, et pourra retourner en classe.

Voici le relevé des accès consignés depuis l'entrée de Reg... à Bicêtre :

	1881			1881	
	Accès.	Vertiges.		Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—	Report	157	3
Février	24		Août	8	
Mars	57		Septembre	19	9
Avril	39	2	Octobre	10	14
Mai	24		Novembre	11	2
Juin	13	1	Décembre	4	2
Juillet	4				
A reporter	157	3	Total	211	30

Ce ne sont point encore là tous les points qui permettent de rapprocher notre forme d'hémiplégie, de l'hémiplégie vulgaire. On peut encore voir en effet survenir, comme après cette dernière, des symptômes choréiformes ou plutôt d'hémichorée. Naturellement, les mouvements involontaires se montrent du côté paralysé, mais ils ne sont pas d'habitude généralisés. Nous n'avons en effet pas beaucoup d'exemples de mouvements choréiformes ayant atteint tout le membre supérieur ou tout le membre inférieur; cependant nous devons encore à l'obligeance de M. Bourneville de pouvoir présenter ici l'observation suivante, excessivement instructive à tous égards, vu le sujet qui nous occupe (1).

OBSERVATION VIII.

SOMMAIRE. — Père, excès de boisson, mort paralysé. — Mère légère et nerveuse.

Premières convulsions sous forme d'état de mal à cinq ans, avec prédominance à gauche. — Parésie gauche consécutive. — Quatre autres états de mal à diverses époques. — Hémiplégie gauche consécutive. — Hémichorée. — Conservation de l'intelligence. — Plusieurs descriptions d'accès. — Rapport des accès et des règles.

Pet... (Marie), actuellement âgée de 22 ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. CHARCOT) le 17 décembre 1875.

Antécédents (Renseignements fournis par sa belle-mère, qui l'a élevée depuis l'âge de quatre ans). Père, sculpteur sur marbre, bon ouvrier, calme, faisait quelques excès de boisson (vin blanc); rhumatisant, mort « paralysé » à 65 ans. [Père, inconnu. — Mère, morte à 84 ans (?). — Deux frères et une sœur, bien portants. Pas de névropathes dans la famille.]

(1) C'est à des cas semblables que Heine a imposé le nom d'hémiplégie spasmodique.

Mère, 49 ans, modiste, de mœurs irrégulières, très vive, très impressionnable, sujette à des « *attaques de nerfs sinon simulées, tout au moins exagérées.* » Pas d'autres renseignements. — Pas de consanguinité.

Notre malade. Rien de particulier à la *conception* ; *grossesse* normale, *accouchement* naturel, à terme. Marie a été en nourrice jusqu'à 4 ans ; on ignore si elle a eu des convulsions durant ce temps, mais un médecin aurait dit « *qu'elle avait quelque chose dans la tête?* » C'était une enfant forte, grosse, intelligente ; elle a parlé et marché vers 2 ans, mais n'était pas encore très propre à 4 ans. Son caractère était assez difficile ; gâtée et exigeante, elle entraînait dans de violentes *colères*, se roulait sans perte de connaissance, se tordait les mains, à la moindre contrariété.

A l'âge de cinq ans, un soir vers dix heures Pet... fut prise, sans cause connue, de *convulsions* qui durèrent sous forme d'*état de mal*, jusqu'à 2 heures du matin. Les secousses convulsives portèrent surtout sur le *bras et la jambe du côté gauche* ; la figure était grimaçante et la perte de connaissance absolue. La crise terminée, la malade s'endormit pour ne se réveiller qu'à 11 heures du matin, en se plaignant « d'un affreux mal de tête. » Remise au bout de trois ou quatre jours, elle put se lever et on constata l'existence d'une *paralysie incomplète du côté gauche*. Marie laissait tomber les objets qu'elle tenait de la main gauche, et, en marchant, traînait la jambe correspondante. Deux mois après, la parésie avait, dit-on, totalement disparu.

Au bout d'un an, *deuxième état de mal* qui dura de 7 heures du matin à 4 heures du soir. Il fut suivi durant une quinzaine de jours d'*incertitude dans les idées*. Lorsque la malade se leva, on nota de nouveau un *affaiblissement* de tout le côté gauche, mais non une paralysie proprement dite.

Six mois plus tard, *troisième état de mal* ; il débuta à 8 heures du soir pour ne cesser qu'à 3 heures du matin. Aussitôt après, Marie se trouva incapable de remuer le *bras ni la jambe gauches, de tenir quoi que ce soit de la main gauche, de maintenir soulevés son membre supérieur et son membre inférieur*. Durant les quinze jours qu'elle garda le lit, il lui arriva d'*uriner sous elle*. Quant elle se leva, on put constater que le *bras et la jambe étaient aussi malades l'un que l'autre*. Après des exercices de marche la jambe récupéra une partie de ses fonctions et ne resta « *qu'un peu faible,* » mais on négligea le bras. Ce ne fut qu'après 2 ou 3 mois que Marie recommença à se servir de son bras, et on s'aperçut

alors « qu'elle gesticulait » aussitôt qu'elle voulait faire un mouvement. Au repos, aucun mouvement choréique.

Trois mois s'écoulèrent, puis survint un *quatrième état de mal convulsif* de 3 heures, à la suite duquel survinrent des accès toutes les six semaines. Durant ces accès la malade « se débattait toujours du côté gauche », et après chacun d'eux la paralysie s'aggravait momentanément. Chaque accès était suivi d'un sommeil souvent prolongé, puis de céphalalgie et de douleur de ventre. — Malgré cela, l'enfant apprit facilement à lire et à écrire; quoique causant difficilement, elle faisait les commissions de sa mère; enfin on la mit en apprentissage comme coloriste, mais elle travaillait avec une excessive lenteur. Les règles apparurent à l'âge de 15 ans, se supprimèrent au bout de 2 mois, puis reparurent deux ans après, elles suivent normalement leur cours depuis lors.

A l'âge de 17 ans, les accès devenant plus fréquents et reparaisant toutes les trois semaines, on la fit entrer à l'hôpital Necker. A ce moment, les crises étaient *diurnes* et *nocturnes*. Pet... ne prévenait en aucune façon; elle tombait brusquement, en criant: oh! oh! oh! en ouvrant la bouche qui se déviait du côté gauche; la tête s'inclinait du même côté; les secousses d'abord toniques, puis cloniques, prédominaient également à gauche. Les accès durant lesquels il y avait souvent des *mictions involontaires* et production d'*écume* non sanglante, se terminaient par du *stertor* suivi d'un sommeil assez long. Pas de délire consécutif, si ce n'est que, quelquefois, elle a eu « l'air d'avoir peur »; d'autres fois elle « aurait vu son petit frère. » — Il n'y aurait jamais eu de *vertiges*. — L'intelligence n'a pas subi de déchéance notable, mais après chaque accès la mémoire est obnubilée durant quatre ou cinq jours. Marie a un caractère doux, très aimant, et n'a aucun mauvais instinct.

Etat actuel. Tête, assez régulière à la vue; la demi-circonférence droite mesure un centimètre de plus que la gauche. — Face, les rides du front, même au repos, sont plus accentuées à droite qu'à gauche; les plis palpébraux sont égaux, le sillon nasolabial droit est plus accusé que le gauche, surtout lorsque la malade parle ou rit; la commissure labiale droite est attirée en haut. La langue est libre et ne présente aucune déviation.

Membres supérieurs. Rien à droite. Le bras gauche pend le long du corps; lorsqu'elle est debout, Pet... met sa main dans la po-

che; lorsqu'elle est assise, elle la fait reposer sur sa cuisse. Les articulations de l'épaule, du coude, du poignet sont libres, et on ne constate pas de contracture. La main est continuellement agitée, malgré les efforts de la malade; les doigts se fléchissent ou s'étendent irrégulièrement, sans que la malade puisse dire si l'un remue plus que l'autre. Au repos, le reste du membre est tranquille. Dans l'action, au contraire, le bras est pris d'une agitation choréique d'autant plus accusée qu'on approche davantage du but. Si, par exemple, Marie porte l'index à son nez, d'abord les mouvements choréiformes sont légers, puis ils augmentent à mesure que le doigt se rapproche de la figure, enfin, le but atteint, les mouvements sont tels que l'index ne peut rester fixe et immobile sur le nez. Veut-on lui faire saisir un verre, la main se porte vers lui, puis saute brusquement à droite, à gauche, et enfin saisit *brutalement* le verre, pour se *crisper* sur lui avec violence. Les saccades sont telles que Pet... n'ose le porter à sa bouche, crainte de se blesser. La main est-elle fermée, on la voit instantanément s'ouvrir, et les doigts se mettre en mouvement. Est-elle ouverte, les doigts ne restent pas immobiles; ils se fléchissent, s'étendent, s'écartent, etc.; le poignet lui-même opère des mouvements d'extension et de pronation. Il résulte de cette *agitation choréiforme si marquée*, que presque tout travail est impossible; pourtant Marie s'habille seule, mais elle avoue que souvent elle fait craquer ses vêtements. Quelquefois elle s'occupe à faire de la charpie: elle maintient alors la compresse entre sa main gauche et sa poitrine, et l'effile de la main droite. Tout travail de la main gauche seule est impossible; la force musculaire est affaiblie, la malade serre plus faiblement de la main gauche, et pendant ce temps, on sent une série de contractions isolées et successives. A certains jours, les mouvements involontaires sont plus marqués, et les émotions contribuent à les augmenter. La *sensibilité* paraît être moins développée que du côté droit, et les plaies des engelures y être bien moins douloureuses.

Peau et tissu cellulaire: cheveux blonds; joues assez colorées; cicatrice irrégulière au-dessous et en arrière de l'oreille.

Sensibilité générale: normale dans ses divers modes, excepté pour le bras gauche où elle est un peu moins exquise. — *Oùie*, bonne des deux côtés. — *Vue*: normale. — *Odorat*, un peu moins fin à gauche, de même que le *goût*: Pet... ne perçoit pas la saveur de la coloquinte sur la moitié gauche de la langue.

Parole, libre et facile. — *Mémoire*, bonne et remontant loin. — *Raisonnement* suffisant. — Enchaînement parfait des *idées*.

1876. 18 mars. Après une bonne nuit, début brusque d'une série. Trente-six accès en une heure et demie. T. R. après le vingtième, 40°, 9. Les accès sont violents, avec contorsion de la bouche, mouvements des yeux, écume non sanglante, miction involontaire, cyanose considérable. Les crises se suspendent durant deux heures, puis on constate l'état suivant : *Pet...* est dans son lit, et jette la tête à gauche et à droite ; les paupières sont fermées et résistent si on veut les ouvrir ; les globes oculaires se meuvent irrégulièrement ; les pupilles sont dilatées ; la face est pâle, l'agitation assez forte. La malade se tortille dans son lit, remue à chaque instant le bras et la jambe du côté droit ; le *membre supérieur gauche est immobile et très rigide dans toutes ses articulations*. La température est égale des deux côtés : T. R. 38°, 2. — P. 120. On s'est aperçu en la couchant que les *règles* venaient de paraître (1). — *Soir* : T. R. 38°, 3. — P. 80. Dans l'après-midi, agitation ayant nécessité la camisole. Dans la soirée, la malade a commencé à ouvrir les yeux, et à se rendre un peu compte de ce qui se passait autour d'elle.

19 mars. T. R. 37°, 9 : nuit bonne ; un peu de céphalalgie ; appétit normal, face un peu congestionnée ; parole facile. — *Soir* : T. R. 38°, 2. — P. 68. Pupilles très dilatées mais égales ; pas de paralysie nouvelle. Les règles coulent peu.

20 mars. T. R. 38°, 3. — P. 56. Sommeil assez mauvais, pas de céphalalgie ; *le bras est très agité* ; le plus léger mouvement s'accompagne d'une *agitation choréiforme bien plus marquée que d'ordinaire* et que la malade signale spontanément. Il en est de même de la *jambe*, qui, à la moindre tentative de flexion, est prise d'*agitation choréiforme* ; malgré des essais répétés, Marie ne peut fléchir la jambe, ni la maintenir fléchie, et affirme qu'il en a été ainsi chaque fois *qu'elle a été malade*. Son bras gauche est aussi

(1) La précédente époque avait été le 20 février ; les accès avaient alors suivi la marche suivante : 15 février, 1 vertige ; 16 fév., 3 accès et 5 vertiges ; du 17 fév. au 24 fév., rien ; le 25 fév., 1 accès ; le 26 fév., 2 accès ; du 27 fév. au 28 fév., rien.

Puis, à la période actuelle, on a noté : 3 mars, 1 accès et 1 vertige du 4 au 6 mars, rien ; le 7 mars, 1 vertige ; le 8 mars, rien ; le 9 mars 1 vertige ; le 10 mars, rien ; le 11 mars, 2 vertiges ; les 12 et 13 mars rien ; le 14 mars, 1 vertige ; du 15 au 17 mars, rien.

plus faible que d'habitude. On obtient avec le dynamomètre (Mathieu), 80 à droite et 40 à gauche. — Soir : T. R. 37°,5.

21 mars. Appétit et sommeil bons; peu de solidité sur la jambe gauche qui est pourtant moins agitée qu'hier. Force musculaire: 85 à droite et 75 à gauche. Elle sent que le bras gauche est plus fort qu'hier. T. R. 37°,7. — Soir : T. R. 37°,8.

22 mars. — L'agitation diminue dans les membres gauches. Au dynamomètre : 80 à droite, 72 à gauche. — Les règles continuent.

17 avril. Apparition des règles qui cessent le 20 avril. Du 16 au 23 avril, pas d'accès.

19 mai. — Nouvelle période menstruelle. Le 16, on a noté 2 accès; le 17, trois vertiges; du 18 au 22 mai, rien.

25 juin. Les règles sont en retard.

26 juin. Dès le matin, un grand accès suivi d'un plus faible. A 11 heures, nouvel accès ainsi caractérisé ou à peu près : Au début Marie répète plusieurs fois : pan, pan, pan; dans la période tétanique, la tête est tournée vers la droite, les yeux déviés du même côté, les pupilles dilatées, les paupières immobiles, la face pâle. — Le bras gauche demi-fléchi, est soulevé et rigide; le droit repose sur le lit, et semble moins rigide que l'autre. Puis la rigidité restant la même, la tête et les yeux se portent un peu vers la gauche, tandis que la face devient vultueuse. Arrivent ensuite des secousses cloniques, rapides, plus fortes à gauche, avec battements rapides des paupières. On entend de petits bruits buccaux : ah ! ah. Il s'écoule de la bouche une écume abondante mais non sanglante; la respiration devient forte et fréquente et Marie s'endort. A ce moment la température rectale est de 39°,2, et le pouls donne 104 pulsations. Le sommeil est assez long. — Soir : T. R. 38°,5. Pas de nouveaux accès.

10 juillet. Les règles apparaissent enfin. Du 9 au 14 juillet, pas d'accès.

8 août. La malade a eu hier soir un accès à 9 heures, un autre à 11 h. 1/2; un 3^e ce matin à 3 h.; un 4^e à 5 h.; un 5^e à 7 h. 1/2; un 6^e à 10 h.; un 7^e à 10 h. 3/4, à la suite duquel on a noté 38°,2 dans le rectum. Cette série aurait été précédée de six vertiges. — Nous venions de causer avec elle, lorsqu'elle a commencé à divaguer; elle remuait dans son lit, saisissait les barreaux; sa figure était grognon, elle se plaignait de ne pas pouvoir dormir. Le tout a duré environ deux minutes, puis l'accès a éclaté. Pas de cri initial, face pâle, tête d'abord droite et raide, puis déviée

à droite ainsi que les yeux ; bras gauche rigide, soulevé du lit, les doigts écartés et allongés. Le bras droit s'élève ensuite, les jambes sont rigides dans l'extension ; puis la face et les yeux se dévient à gauche, le visage bleuit. Bientôt l'avant-bras gauche se fléchit à angle droit sur le bras, et la main sur le poignet ; l'avant-bras droit se fléchit complètement, la main répondant à l'épaule. Viennent ensuite des mouvements de latéralité de la tête, des yeux, les pupilles étant dilatées. Les secousses convulsives cloniques sont égales et l'accès se termine par l'émission d'écume non sanglante et du ronflement. Marie revient à elle, regarde les personnes, mais se trompe sur leur identité ; ses idées sont confuses, elle ne se rend pas compte de ce qu'on lui fait durant 4 ou 5 minutes et dit à la personne qui lui prend sa température : « Tu me fais mal, retire-moi ton affaire. » T. R. 38°, 2.

Dans la journée *les règles* sont apparues. Nouvel accès à 3 heures.

15 *septembre*. On lui donne à partir d'aujourd'hui trois cuillères d'élixir poly-bromuré de Yvon.

1877. 20 *juin*. Prend régulièrement son élixir.

8 *octobre*. Cessation de l'élixir.

8 *décembre*. Marie devient subitement pâle ; elle se laisse coucher par terre automatiquement. L'accès débute sans aucun cri. La face et les yeux se dévient à droite ; le bras et la jambe gauche se raidissent ; puis les membres du côté droit, mais moins. Ensuite la face se cyanose et se porte à gauche, il survient des secousses cloniques et de la trépidation à gauche, puis à droite mais d'une façon moins accentuée. Stertor avec écume. Au réveil la malade cherche avec la main droite, remue sa jupe, tourne son bras autour de sa ceinture. La *main* gauche est flasque et inerte, comme paralysée davantage. On fait lever Marie, qui est hébétée et incertaine ; il semble, durant quelques minutes, que les mouvements choréiformes sont moins prononcés (?).

1878. 1^{er} *février*. Série de 19 accès qui précèdent et accompagnent l'apparition des règles. — T. R. 37°, 9. — Soir : T. R. 38°.

2 *février*. Pas d'accès. T. R. 38°.

1880. Pet... est dans le même état ; les mouvements *choréiques* n'ont pas changé ; — la *mémoire* est bonne ; pas de *changement intellectuel*. — Caractère un peu susceptible, mais pas plus qu'autrefois. Marie est laborieuse. Le *sommeil* est bon, elle s'endort

vite, se réveille rarement, et se rendort facilement. Pas de cauchemar. Les accès ne modifient pas le sommeil.

24 octobre. Les accès diminuent ; il n'y a plus de séries comme autrefois ; la malade n'est plus obligée de rester couchée après les accès.

	1876		1877		1878	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	9	6	6	1	19	7
Février	9	8	5	3	3	10
Mars.	43	6	6	7	6	4
Avril.	15	9	4	4	6	5
Mai	9	5	2	6	14	2
Juin	8	12	5	8	15	3
Juillet	5	7	1	4	4	6
Août.	18	5	4	9	4	2
Septembre. . .	»	»	14	10	28	»
Octobre.	»	»	3	2	2	9
Novembre. . . .	»	»	3	4	3	2
Décembre	13	5	4	2	19	3
Totaux.	129	63	56	60	122	53

D'ordinaire, les mouvements involontaires sont absolument cantonnés soit aux doigts ou à la main, ce qui est le plus fréquent, soit au pied, soit même à la face. Ils réalisent donc la symptomatologie de cette variété d'affection choréiforme, à laquelle M. W. Hammond a donné le nom d'*athétose* et qui « est caractérisée par l'impossibilité où se trouvent les malades de maintenir les doigts et les orteils dans la position qu'on leur imprime, et par leur mouvement continuel. » Cette définition donne une idée assez nette du symptôme auquel nous faisons allusion. M. Charcot l'a complétée (1) : « 1° il faudrait y ajouter, dit-il, que les mouvements des doigts se font lentement, et que ceux-ci ont une tendance à prendre des attitudes forcées ; — 2° de plus l'*athétose*

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 435.
 Wuillamier.

ne reste pas toujours limitée aux muscles qui meuvent les doigts et les orteils; quelquefois, en effet, la main tout entière et le pied sont affectés; — 3^o enfin quelques muscles de la face et du cou sont, en même temps que ceux des mains et des pieds, agités de mouvements choréiformes. Ce qui spécialise ces mouvements, aussi indépendants de la volonté que ceux des autres variétés de chorée, essentielle, post-hémiplégique, etc., c'est une *lenteur excessive*, et une *exagération singulière, anormale même*. M. P. Oulmont, dans son *Étude clinique sur l'athétose* les décrit ainsi: « Ils sont *lents*, c'est-à-dire que, sans secousse brusque, ils atteignent leur limite, en passant successivement, mais sans pouvoir s'y arrêter, par les positions intermédiaires. Ils sont *exagérés*, surtout aux orteils et aux doigts: ceux-ci vont jusqu'à la limite extrême de l'excursion articulaire, la dépassent même ordinairement, reproduisant ainsi, d'une façon instable et temporaire, les déformations les plus variées du rhumatisme noueux. Il semble, dans les cas les plus marqués, qu'il y ait là une sorte de violence; les doigts se crispent énergiquement comme pour saisir un objet imaginaire, les orteils se relèvent à angle droit, ou s'accrochent au sol. » Aussi, dans certains cas, a-t-on noté une remarquable laxité consécutive des jointures du poignet et des doigts. Dans nos observations nous avons pu apprécier la justesse de ces descriptions et c'est par une sorte de *reptation lente* que les doigts et les orteils opèrent leur perpétuel mouvement, qui ne s'exaspère même pas considérablement lorsqu'ils y prêtent attention. S'ils désirent saisir un objet, ils y arrivent encore après quelques essais, mais ne tardent pas à le laisser tomber, vu l'incoordination de tous ces mouvements involontaires. Pour aucun de nos malades nous n'avons pu apprendre d'une façon certaine la date

du début de l'athétose. Mais nous trouvons dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* que chez Gr.... elle serait apparue 15 ou 20 jours après l'état de mal convulsif.

Bien que ce soit là une complication assez fréquente pour que nous ayons pu la noter plusieurs fois au cours de nos observations, il est pourtant utile de dire que c'est nous, paraît-il, dans les cas graves, avec hémiplegie complète, avec contracture considérable, avec rigidité articulaire consécutive et permanente, qu'on voit survenir l'athétose, laquelle vient mettre sur le malade comme une sorte d'estampille caractéristique et annonçant au médecin l'intensité du processus pathologique.

Tels sont les symptômes que présente dans cette deuxième période, la sphère de la motilité. Il était indiqué de rechercher aussi les modifications qui pouvaient être apportées à la *sensibilité générale* et aux divers *sens spéciaux*. Nos recherches dans ce sens nous ont paru absolument concluantes, et n'ont fait que confirmer celles de M. Bourneville (1). Dans *aucun cas*, nous n'avons noté l'existence d'hémianesthésie, ni même seulement une réaction plus tardive, ou un retard dans la perception du contact, du chatouillement, du froid, du chaud, de la piqure, de la pression. A l'esthésiomètre, sur des points homologues, nous avons noté des résultats aussi identiques que possible, vu la difficulté que nous éprouvions d'appliquer à certains de nos malades, ce moyen d'exploration. Chez d'autres même il était absolument impraticable. D'autre part, il paraîtrait qu'on aurait noté chez certains malades (2) dans les jointures des membres paralysés, des *douleurs*, véritables *arthral-*

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II. Toutefois, avec M. Bourneville, nous croyons que l'hémianesthésie peut compliquer l'hémiplegie, et cela surtout dans le cas d'hémichorée.

(2) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 30.

gies « revenant par crises principalement au moment des variations brusques de température ». Il ne nous a pas été donné de constater ce fait sur les malades soumis à notre observation.

Les résultats ont été à peu près les mêmes pour les sens spéciaux. A part un ou deux malades (OBSERVATIONS IV et VII) qui ont prétendu *voir* moins bien de l'œil du côté paralysé, et *entendre* moins distinctement de l'oreille correspondante, peut-être, par une sorte d'idée de généralisation inconsciente; tous les autres ont affirmé hautement l'intégrité de leurs sens, et nous n'avons pu, malgré des expériences aussi nombreuses que variées, douter de leur véracité. Mais nous ne devons pas oublier que là ne se borne pas l'action du système nerveux, et l'existence dans les conducteurs nerveux, outre les filets moteurs et sensitifs, de fibres ayant un rôle trophique incontestable, nous impose de rechercher aussi, chez chaque malade, quel est le fonctionnement de la *nutrition*, et quelles sont les modifications subies par elle dans le syndrome qui nous occupe. Sous ce point de vue, nos malades ont souvent une physiologie spéciale, caractérisée par des *arrêts de développement*, de simples *perversions* de développement, ou par des *atrophies* plus ou moins considérables. Quelquefois, que ce soit une cause ou une conséquence, nous avons pu noter une différence de un centimètre et plus aux dépens de la moitié de la calotte crânienne correspondant à l'hémiphère cérébral intéressé (OBS. VI, XI). Dans certains cas cela est dû à l'aplatissement de l'une quelconque des régions; dans d'autres, c'est l'ensemble de la demi-calotte, dont le rayon de courbure est plus court que celui du côté opposé. Souvent le côté de la face correspondant au côté paralysé présente des modifications appréciables: outre la paralysie faciale, déjà