

signalée, et qui, au premier abord, peut, par la laxité consécutive des parties molles, faire croire à un développement exagéré, on remarque, si on étudie plus attentivement, que l'asymétrie est due à l'inégal développement des parties osseuses, à la moindre saillie, par exemple, de la bosse frontale, de l'arcade sourcilière, de la *région malaire* (OBS. V, XI). Nous avons aussi observé dans quelques circonstances des modifications de la conformation de la voûte palatine.

Col .., en effet (OBS. XII), présente au plus haut degré la *voûte palatine ogivale*; chez lui cette région est *très étroite, très profonde et assez allongée* pour causer un prognatisme des plus accentués. D'autres présentent la même malformation, quoique à un degré moindre (OBS. V), mais nous devons ajouter que, dans aucun cas, nous n'avons observé d'asymétrie appréciable de la voûte palatine, d'arrêt de développement *unilatéral* de son squelette.

Plusieurs fois on a noté que la clavicule du côté hémiplégié, mesurait un demi à un centimètre et demi de moins que celle du côté sain (1). Enfin il est de règle assez constante de constater une différence du même genre entre les divers segments du membre paralysé et les segments homologues du côté sain. Nous relevons, en effet, dans notre XII^e observation, une différence de trois centimètres aux dépens de la distance acromio-olécrânienne du côté paralysé; sur le même membre, la distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus mesure aussi deux centimètres de moins que du côté opposé; de plus la main elle-même est moins longue de un centimètre et demi. Nous reportons-nous à nos obser-

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, obs. I, II, III, V, VI.

vations : IV, VII, XI, nous trouvons à faire les mêmes remarques, non seulement pour le membre supérieur, mais aussi pour le membre inférieur, ce qui n'est pas aussi fréquent, et d'ordinaire peu accentué. Ce n'est pas seulement dans leur longueur que les os sont modifiés. Si on mesure par exemple la circonférence du genou, du coude, du cou-de-pied, on trouve toujours un chiffre moindre pour le côté lésé.

Mais ce sont-là des arrêts de développement, au sujet desquels il faut être prévenu pour les constater, et qui demandent souvent à être recherchés avec soin. Il en est d'autres, plus constants encore, s'il est possible, et surtout qui s'imposent à l'observateur ; nous voulons parler des *atrophies* (1) *du système musculaire et des os*.

Celles-ci varient d'étendue et aussi d'intensité. Souvent elles dépassent les membres et atteignent le tronc. Combien de fois n'avons-nous pas vu les fosses sus et sous-épineuses moins remplies, les pectoraux moins robustes, l'articulation scapulo-humérale plus osseuse et recouverte par un deltoïde moins charnu du côté malade que du côté sain. On peut se rendre compte aussi, en se reportant aux mensurations comparatives des membres de tous nos malades, à quel degré les muscles ont subi des modifications. Ces chiffres ont une éloquence qui dépasse celle de toute description : Mais, avant de présenter une observation qui rende plus net le fait dont nous nous occupons, ajoutons encore quelques détails. Les diverses régions des membres subissent, il est vrai, une *atrophie musculaire*, mais, de même que pour la *paralysie* et la *contracture*, ce sont encore, pour le membre supérieur, les muscles de la flexion, et pour les

(1) Ou mieux de véritables arrêts de développement.

membres inférieurs les muscles de la région postérieure qui sont les plus vigoureusement intéressés. Souvent le biceps amaigri, en quelque sorte ratatiné, prend sous les téguments un aspect véritablement globuleux, l'avant-bras est en quelque sorte aplati, les espaces interosseux sont très amaigris, et représentent des sortes de gouttières juxtaposées. La région interne de la cuisse est flasque et tombante, aussi bien que la région postérieure. Enfin souvent l'aspect du mollet peut être rapproché de celui du bras : on dirait une hémisphère en quelque sorte accolée à la partie postérieure de la jambe dont le reste des muscles est excessivement atrophié. Disons enfin que, comme dans toutes les atrophies simples, dont l'atrophie musculaire progressive est le type, la *contractilité musculaire* est absolument *conservée*.

OBSERVATION IX.

SOMMAIRE. — *Mère, impressionnable. — Oncle, congestion cérébrale et convulsions. — Sœur, morte des convulsions. — Premières crises convulsives, sous forme d'état de mal, limitées à gauche, à 4 mois; durée 7 semaines. — Hémiplegie et contracture consécutives. — Régression de l'intelligence. — Premier accès d'épilepsie quinze jours après.*

Bord... Henri-Augustin, âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 5 mars 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère et sa grand-mère paternelle). — *Père*, 35 ans, peintre en bâtiments, fait de très rares excès de boisson, a eu souvent des *coliques de plomb*, des arthralgies, mais jamais de paralysie ni d'accidents nerveux d'aucune nature; pas de syphilis. [*Père*, sobre, mort à 60 ans d'une affection du foie. — *Mère*, 63 ans, a eu des *migraines*, qui ont cessé à la ménopause, elle est actuellement bien portante. — Quatre frères morts, l'un d'affection de la colonne vertébrale; un

autre, phthisique; un autre, en quatre heures de « *congestion cérébrale avec convulsions* »; un autre, du croup. Un cinquième, 19 ans, bien portant, est né avec *une dent incisive inférieure*, et une seconde a poussé au bout de quinze jours. — Deux sœurs, intelligentes et bien portantes, dont l'une a des enfants en bonne santé. Aucun antécédent nerveux dans le reste de la famille.]

Mère, 34 ans, modiste, intelligente, nerveuse, impressionnable, sans attaque, se porte bien d'habitude. [Père, sobre, bien portant. — Mère, a succombé à un étranglement interne; pas de maladie antérieure. — Deux frères, n'ont rien de particulier. Pas de névropathes dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Six enfants, et la mère est enceinte de quatre mois : 1° notre malade; 2° un garçon, mort de bronchite à quatre mois; 3° une fille, morte à dix mois de *convulsions*, qui ont duré une dizaine d'heures; 4° un garçon, mort de variole noire à 3 ans; 5° un garçon, 4 ans 1/2, intelligent et bien portant; 6° un garçon, mort à 2 ans de bronchite consécutive à une rougeole.

Notre malade. — Grossesse bonne; accouchement normal et à terme. Bord... a été élevé au biberon jusqu'à 14 mois; les quatre premières dents ont paru à 4 mois, et à 10 mois il commença à marcher. Il avait 14 mois lorsqu'un jour, il eut *peur d'un pétard* (1) qui éclatait auprès de lui, et, deux heures après, il fut pris de *convulsions*. Elles auraient duré près de sept semaines sous forme d'état de mal, avec des rémissions assez courtes; ces convulsions portèrent exclusivement sur le côté gauche. Durant toute cette période, l'enfant fut sans connaissance et maigrit considérablement. Quand il revint à lui, on remarqua que le bras « était raide », le coude rigide, et la main si fermée que les médecins y insinuèrent un rouleau. Il ne pouvait plus marcher du tout, et son intelligence avait considérablement rétrogradé; il avait totalement oublié les quelques mots qu'il prononçait avant, et il fallut complètement recommencer son éducation.

Il était relevé depuis quinze jours, lorsque débutèrent les crises actuelles : ses yeux se tournaient, il bavait dès le début de l'accès qui était court, limité au côté gauche, et suivi d'un rapide retour à la connaissance.

(1) Cette crainte des pétards existe encore, et a pu être récemment constatée à l'occasion des fêtes du 14 juillet.

A cinq ans, le bras s'est un peu déraïdi, et Bord... a recommencé à marcher en traînant la jambe; la parole est également revenue vers la même époque.

Jusqu'à l'âge de 7 ans, les accès se montrèrent par périodes auxquelles succédaient d'autres périodes de calme; rarement on comptait plus de 2 accès par jour. De 7 à 8 ans, *cessation complète des accès*, qui reparurent ensuite. Du jour où le malade put se faire comprendre, on put constater chez lui une sorte d'*aura*: « Oh! n... de D...! disait-il, ça me prend », puis le bras gauche se retournait, était pris de quelques secousses, se mettait à trembler, ainsi que la jambe. L'enfant avait le temps de se garer, et ne *tombait pas*; il continuait à baver dès le début de l'accès, mais à la fin il n'avait pas d'écume; il ne se *mordait pas* la langue. Quelquefois, mictions involontaires. L'accès terminé, Bord... revenait de suite à lui sans période de coma, et sans manifestations psychiques. — Le plus long intervalle, entre les accès, qui sont *diurnes et nocturnes*, est de *deux mois*. On n'a pas noté d'*absences*. Cet enfant chez ses parents était, paraît-il, assez affectueux, mais il était très colérique et pour un rien, il proférait de grossières injures. Jamais on n'a pu le garder dans aucune école, et jusqu'à la fin il pissait au lit. Pas de kleptomanie, il avait peur du feu, et lorsqu'on ne le laissait pas sortir, il menaçait de se jeter par la fenêtre; pas d'onanisme. Le sommeil était bon, calme, non interrompu par des cauchemars. Comme maladies il aurait eu de l'impétigo du cuir chevelu et une rougeole à 6 ans.

Etat actuel. — Tête assez régulière, crâne arrondi, pas de saillie exagérée des diverses régions.

Diamètre antéro-postérieur . . .	15 c. 1/2	} Compas du D ^r Budin.
— bi-pariétal.	12 c. 1/2	
Circonférence de la calotte . . .	47 c.	
Demi-circonférence droite, . . .	23 c. 1/2	
— gauche . . .	23 c. 1/2	

Face, ronde plutôt qu'allongée; le côté droit semble un peu aplati par rapport au côté gauche (paralysé); la commissure buccale droite est attirée légèrement *en haut*, et cette déviation est un peu exagérée par le *rire*, dans lequel les joues se creusent d'une légère fossette; les fentes palpébrales sont égales.

Wuillamier.

Front, peu développé, très déprimé latéralement en dos d'âne. *Iris* bleus, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nez* fort, incurvé à droite. — *Bouche* moyenne; maxillaires réguliers et symétriques; dentition assez complète; incisives supérieures tranchantes, larges, longues, creusées sur leur face antérieure de petites excavations noirâtres; *voûte palatine* régulière, assez profonde et large; voile du palais bien conformé. — *Oreilles*, 5 c. ourlées, lobules adhérents. — *Menton* rond.

Cou, les muscles de la partie gauche de la nuque sont un peu moins développés que ceux de droite. — *Thorax*, courbure de compensation à concavité gauche de la colonne vertébrale, consécutive à la malformation de la jambe gauche et à l'élévation de la crête iliaque du côté correspondant; incurvation concomitante du thorax à gauche. De ce même côté le muscle grand pectoral, les muscles sus et sous-épineux paraissent un peu atrophiés.

Membres supérieurs. Au premier aspect le membre gauche paraît moins développé dans ses divers segments, que celui du côté opposé. Son attitude, est variable: ordinairement le bras pend le long du corps, et le malade présente l'avant-bras, fléchi à angle droit, et horizontalement dirigé d'arrière en avant, rarement transversalement en avant de l'épigastre. La main, qui est rouge violacée, retombe inerte, formant avec l'avant bras un angle de 145° environ, et non pas un angle droit. Les doigts sont parfois fléchis, le pouce en dedans; parfois dans l'extension forcée. Bord... fait exécuter à son épaule gauche presque tous les mouvements qu'on lui demande; il peut aussi exagérer la flexion de l'avant-bras sur le bras, mais il ne parvient pas à en opérer l'extension complète. Il parvient assez bien à étendre, à relever la main; mais il ne peut la fléchir spontanément; par contre il fléchit facilement les doigts, mais ne parvient pas à les étendre. Dans les mouvements provoqués, on ne parvient pas à compléter l'extension de l'avant-bras; on est arrêté par une sorte de corde musculaire soulevant la région antérieure du coude. Toutes les autres articulations jouent librement, sans aucune raideur, ni aucun craquement. Pas d'athétose; le membre paralysé est plus froid que son congénère.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle	21 c.	18 c.
— à 6 cent. au-dessus de l'olécrâne	18	16
— de l'avant-bras à 6 cent. au-dessous de l'olécrâne	18	16
— du poignet	13 1/2	12
— du métacarpe	18	15 1/2
Distance acromio-olécrânienne	24	24
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde	18 1/2	18
— de celle-ci à l'extrémité du médius	14 1/2	13 1/2

Membres inférieurs. A première vue, le membre gauche est moins développé que l'opposé, surtout à la cuisse et au mollet. Il est dans l'*extension* de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe; le pied offre la déformation type du *piei bot varus equin*; sa face plantaire regarde en dedans, et il ne repose sur le sol que par la tête des deux derniers métatarsiens, les orteils correspondants et la partie antérieure de son bord externe. Il résulte de cette disposition un allongement réel du membre et une élévation notable de l'épine iliaque correspondante. Dans la *marche*, la hanche est mobile, le genou et le pied sont rigides, et le malade n'avance qu'en *fauchant* et en *boitant*. Pourtant Bord... peut, sur nos instances, fléchir incomplètement le genou; mais il ne peut mouvoir son pied. Si on vient à son aide, on parvient à *provoquer* une flexion plus complète du genou; le pied reste invinciblement immobile. Aucun craquement dans les articles; pas de mouvements choréiformes. Le pied paralysé est violacé, et la *température* de tout le membre, *inférieure* à celle du côté opposé. Prise successivement sur la face interne des cuisses, au moyen d'un thermomètre à surfaces resté en place durant dix minutes, elle a été :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1. ^e expérience	36°,4	35°,6
2. ^e expérience	36°,4	35°,6

On constate aussi, à gauche, une exagération du *réflexe tendi-
neux*, surtout par rapport au côté droit, où le réflexe est à peu
près nul; pas de mouvements fibrillaires.

	<i>Droite.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aîne. . .	37 c.	33 c.
— à 10 cent. au-dessus de la rotule. . .	30 1/2	28
— à 10 cent. au-dessous de la rotule. . .	25	22 1/2
— au niveau des malléoles.	21	20
— du métatarse	19	21
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure		
à l'extrémité du tibia	35 1/2	35 1/2
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian.	16 1/2	14

Organes génitaux, bien conformés : verge assez longue, quelques adhérences du prépuce à la base du gland; testicules assez gros.

Peau. Cheveux châtains, pas très épais; quelques cicatrices glabres sur les régions fronto-pariétale droite, occipito-pariétale gauche et occipitale; cils longs; aisselles, pénil, membres glabres. Sur les membres paralysés, la peau est rugueuse, sèche, comme en « chair de poule ». Pas d'adénite. — En juin 1882 : *Taille*, 1^m,27; *Poids*, 24 kilogr. 20 (1).

Digestion : appétit régulier; selles régulières; rate et foie normaux. — *Respiration*: sonorité à la percussion; rien à l'auscultation. — *Circulation* : battements du cœur normaux.

Sensibilité générale, conservée dans ses divers modes et égale des deux côtés. — *Vue, goût, odorat*, conservés; *ouïe*, plus fine à droite.

Intelligence. — On a essayé d'envoyer Bord... à l'école; il ne sait rien du tout, et on commençait à lui apprendre l'A, B, C, et la formation des bâtons, lorsque, en raison de sa dissipation, il fallut l'envoyer à la petite école. Il connaît les choses usuelles, leur emploi; connaît son âge, le jour, le mois, l'origine, le début de sa maladie; il sait s'habiller (en tant que le comporte sa paralysie), se débarbouiller, manger avec la cuiller et la fourchette; il est devenu propre.

Mais il n'a à la bouche que des expressions ordurières, et n'hésite pas à agoniser ses parents de toutes les injures que lui apprennent trop facilement ses camarades; il est turbulent, sournois et très violent.

15 juillet. Depuis quelque temps, on constaterait une amélioration notable. Le caractère serait un peu plus ouvert et plus

(1) En juin 1881 : *Taille*, 1 m. 27; *Poids*, 21 kilogr. 900.

F. M. P. A.
BIBLIOTECA

Reg. n.º

Em

119
4/5/64

souple. Bord... se livrerait moins souvent à sa violence et à ses mauvais propos.

Voici le tableau des accès relevés depuis l'entrée de Bord... à Bicêtre :

	1881		1881	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—	8	»
Février	—	—	1	»
Mars	2	»	16	»
Avril	5	»	2	»
Mai	4	»	17	»
Juin	3	»	9	»
Juillet	1	1		
Août	3	»		
Septembre	1	»		
Octobre	5	»		
Novembre	3	»		
Décembre	4	»		
Totaux	31	1	53	»

Sont-ce bien là toutes les modifications de nutrition que l'on peut observer? On peut encore en rapprocher certains cas d'*Arthropathies* dans lesquels on trouve ces *craquements* articulaires signalés par M. Bourneville, mais qu'il ne nous a pas été donné d'observer chez nos malades. La peau ne subit pas sur les membres paralysés de modifications véritablement spéciales. Dans certains cas, nous avons cru la trouver moins souple, plus sèche, un peu rugueuse ou même légèrement squameuse. Parfois, le poignet et la main paralysés, ainsi que le pied, prennent, en permanence, un aspect livide et violacé. Malgré un examen attentif, nous n'avons rien trouvé de spécial dans l'évolution des *poils* sur les régions lésées et nous n'avons noté du côté du tissu cellulaire, aucune trace de ces *abcès multiples et répétés* (1), que M. Charcot

(1) A ce propos, le cas de Til..., épileptique-hémiplégique, publié dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* (t. II, obs. VI, p. 55), mérite d'être signalé. Nous lisons, en effet: à 10 ans, *sept abcès* se sont

mettrait volontiers sur le compte de certains troubles trophiques chez les paralysés. A la simple application de la main, les membres lésés nous ont presque constamment paru avoir une *température* plus basse que leurs congénères dans des points homologues. Néanmoins, nous avons voulu contrôler ce fait au moyen d'instruments précis, tels que des thermomètres à surfaces laissés en place durant dix minutes au minimum, et nous avons noté constamment une différence de *un degré, un degré et demi*, et même *deux degrés, aux dépens du côté paralysé*. On pourra, afin de se rendre mieux compte de ces assertions, se reporter à la plupart de nos observations, où, en général, nous avons régulièrement relaté toutes ces recherches.

Pour ne rien omettre, nous avons encore remarqué dans un cas (observation non publiée) que l'*œil* du côté paralysé était plus petit que l'autre; dans un autre (Obs. VI) c'était l'*oreille*; dans un troisième (observation non publiée), le *testicule*.

Nous aurions désiré rendre plus complètes nos recherches sur ces diverses *lésions de nutrition*, en recherchant

développés sur *le pied et la jambe paralysés*. Des incisions ont été pratiquées: il n'est pas sorti de fragments d'os. Rien de pareil sur le reste du corps. Les abcès ont persisté durant la suppuration. Ces abcès ont modifié le caractère de l'enfant, qui est devenue méchante, violente, difficile à conduire.

Nous lisons encore plus loin (p. 59) les réflexions suivantes: « Ces abcès, qui ont laissé des cicatrices n'offrant pas l'aspect de cicatrices consécutives à des nécroses, *résultent-ils d'un accident? S'agit-il là d'une variété de troubles trophiques?* Nous n'oserions nous prononcer d'une manière catégorique à ce sujet. » A propos d'une autre malade du même genre (Mull..., p. 61), nous retrouvons encore l'énumération d'une série de cicatrices de même aspect, et n'occupant *absolument que les deux membres paralysés*, suivi de ce commentaire: « Comme il n'y a aucune cicatrice sur les membres non paralysés, que l'atrophie des membres paralysés est assez prononcée, nous pensons que l'hypothèse émise plus haut (des troubles trophiques), est parfaitement soutenable. »

l'influence que peut avoir sur elles, l'époque plus ou moins prématurée des premières convulsions. Malheureusement les faits, quoique déjà nombreux, ne le sont pas encore assez pour qu'il soit possible de formuler actuellement une opinion sérieuse. A côté de l'observation de R.... (1), hémiplegique de naissance (?), de celle de Reig... (Obs. VII), atteint des premières convulsions à trois jours, dans lesquels nous trouvons des arrêts de développement très accusés ; nous avons d'autre part, l'observation de Delet.... (2), dont le début de la maladie remonte à l'âge de 7 ans, et chez laquelle les diverses mensurations donnent également des écarts notables ; de même encore, dans notre XII^e OBSERVATION, où la maladie a débuté à l'âge de 2 ans 1/2. Quelque disposé qu'on puisse être à croire que le développement sera d'autant plus troublé que la maladie aura été plus précoce, on doit encore ajourner son jugement et attendre un plus grand nombre de faits pour statuer.

Avant de passer à l'étude de la troisième période de la maladie, nous devons encore attirer l'attention sur l'*état intellectuel* de nos malades. Presque régulièrement après les convulsions, les parents notent une modification de l'intelligence, une déchéance variable suivant les cas. Souvent, nous l'avons dit, c'étaient des enfants donnant les plus belles espérances, paraissant précoces et intelligents ; surviennent les convulsions et l'on remarque au réveil de la crise, qu'ils ont désappris à parler, à lire, à écrire, que leur jugement, leur raisonnement sont devenus plus enfantins que par le passé, qu'ils saisissent moins facilement les explications, etc. Cet état peut n'être que transitoire, mais il est rare que

(1) *Iconographie de la Salpêtrière*, t. II, obs. I.

(2) *Loc. cit.*, obs. III.

l'intelligence récupère intégralement tout ce qu'elle a perdu, et les enfants de cette catégorie restent des « arriérés, » des « *minus habens.* » Dans d'autres cas, la tare est plus considérable, l'enfant est devenu et reste *imbécile*. Quelques-uns, même, sont *idiots*, dans toute l'acception du terme, se balançant sur leur chaise, bavant, suçant, vivant dans un gâtisme et une salacité complète.

Suivant la remarque de M. Bourneville, on retrouve pour les modifications de l'intelligence, en quelque sorte, la même gradation que pour les troubles de la motilité, et il ne serait pas impossible d'en faire une sorte de parallèle suivant l'intensité plus ou moins considérable de l'ictus primordial :

Troubles intellectuels. Phénomènes paralytiques.

Idiotie complète.

Hémiplégie complète avec arrêt de développement.

Imbécillité.

Hémiplégie incomplète.

Enfant arriéré.

Parésie.

Si, dans beaucoup de cas, la diminution de l'intelligence et celle de la motilité marchent de pair, la concordance est loin de toujours exister. Inutile, d'ailleurs, d'ajouter que la déchéance intellectuelle est en proportion de l'intensité et de l'étendue des lésions.

Nous aurons à revenir probablement sur ce point plus tard à l'occasion de l'influence que peut avoir sur l'intelligence de nos malades, la forme d'épilepsie qui va nous occuper.

Telle est en détail la série des faits qu'on peut observer durant l'évolution de cette *seconde période*. Les choses peuvent en rester là pendant un temps plus ou

moins long, parfois même très long. C'est à ce point de vue que l'observation ci-après nous semble intéressante. Voici en effet un enfant de 13 ans 1/2, qui a été pris de *convulsions* telles que nous les avons décrites, à l'âge de un an et de *paralysie du côté gauche consécutive*. A son hémiplégie qui persiste se sont joints la *contracture*, l'*arrêt de développement*, etc. Depuis cette époque il a encore subi trois autres *états du mal*, à plusieurs années d'intervalle, mais jusqu'à présent, la maladie n'a pas franchi son deuxième stade, et Zim... n'a pas encore eu d'accès d'épilepsie.

Malgré cela, son cas est trop classique, et nous avons, actuellement, trop de preuves entraînant notre conviction, pour ne pas attendre, avec une triste certitude, l'apparition des accès.

OBSERVATION X.

SOMMAIRE. — Mère nerveuse. — Grand'tante morte d'excès alcooliques. — Un frère instable. — Un autre, mort de convulsions internes. — Une sœur morte de fièvre cérébrale. — Premières convulsions (un an) sous forme d'état de mal, limitées à gauche. — Durée : 1 heure. — Parésie du côté gauche consécutive. — Arrêt de l'intelligence. — Deuxième état de mal à 5 ans. — Troisième, à 7 ans. — Quatrième, à 11 ans. — Contracture. — Arrêt de développement. — Mouvements associés. — Pas d'épilepsie. — Clastomanie. — Pyromanie. — Imbécillité.

Zim... Alfred, âgé de 13 ans 1/2, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 31 septembre 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère du malade le 5 octobre 1881). — Père, 40 ans, manoeuvre, intelligent, laborieux, sobre, calme, bien portant d'habitude. [Père, mort de vieillesse. — Mère, morte on ne sait de quoi. — Trois frères et une sœur, en
 Williamier.

bonne santé et ayant tous des enfants bien portants. — Pas de névropathes dans la famille.]

Mère, enfant naturelle, 38 ans, brodeuse, intelligente, *nerveuse* et *colère*, jamais d'attaque. [*Père*, inconnu. — *Mère*, morte *hydro-pique* à 33 ans. — Ni *frère*, ni *sœur*. — Une *tante* aurait succombé à des *excès alcooliques*. — Pas d'autres antécédents héréditaires dans la famille.] Pas de consanguinité.

Onze enfants : 1° un *garçon*, 15 ans, *instable*, paresseux, a été embarqué comme mousse; 2° notre *malade*; 3° un *garçon*, mort à un an de *convulsions internes*; 4° un *garçon*, mort athrepsique à six semaines; 5° *fausse couche* de 4 mois à la suite de fatigue; 6° une *filles*, morte à 5 ans d'un commencement de « *fièvre cérébrale* », était « trop intelligente »; 7° *fausse couche* à 6 mois et demi, à la suite d'un voyage; 8° une *filles*, 5 ans, bien portante; 9° un *garçon*, intelligent, n'a marché qu'à 2 ans; 10° *fausse couche* consécutive à un coup; 11° une *filles*, 18 mois, bien portante. Actuellement 12° *grossesse* en cours.

Notre malade. — *Grossesse* bonne, accouchement à terme et naturel. Alfred a été nourri par sa mère jusqu'à un an. C'est à cette époque que sont survenues les *premières convulsions*, qui ont duré environ une heure, sous forme d'*état de mal*. Elles portèrent *exclusivement sur le côté gauche*, qui depuis aurait été *plus ou moins paralysé*. A la suite, son *intelligence ne se développa qu'imparfaitement*; ce ne fut qu'à trois ans qu'il commença à prononcer quelques mots; à cinq ans seulement il commença à marcher, ce fut aussi à cet âge que survint la *seconde crise convulsive*, laquelle fut mal observée et ne dura qu'un quart d'heure. A 7 ans, *troisième série de convulsions*, qui durèrent une demi-heure; Zim., devint propre pour les selles à huit ans, mais il a continué à uriner au lit. Enfin, à 11 ans, il eut, à l'asile de Vaucluse, un *quatrième état de mal* sur lequel on n'est pas renseigné. Depuis, il n'en aurait plus eu.

Chez ses parents, Alfred n'a pas été très poussé, il ne faisait rien à la maison; il ne savait ni s'habiller, ni se laver, mais pouvait boire seul et manger avec une cuiller; son caractère était assez mauvais, il battait ses frères et sœurs, aimait à « *détruire* » et il a « mis le feu dans les coins une quinzaine de fois »; il faisait « des trous partout ». Une fois il s'est sauvé et a été conduit à la préfecture. Il n'a fait aucune maladie.

Etat actuel. — *Tête*, assez petite. — *Crâne*, irrégulier; aplatissement considérable de la région occipitale, qui est presque sur le

même plan que la région cervicale postérieure et qui, en haut, s'unit à angle droit, pour ainsi dire, avec les deux pariétaux au niveau du vertex. — Saillie exagérée de la bosse pariétale gauche et de la région temporale droite.

Diamètre antéro-postérieur.	15 c. 4
Diamètre bi-pariétal.	14
Circonférence.	48 5
Demi-circonférence droite.	24
— gauche.	24 5

Face allongée et complétant l'aspect de « tête en pain de sucre ». — *Front* bas, assez arrondi; égal développement des bosses frontales; effacement des arcades sourcilières. — *Orifices palpébraux*, égaux; iris, gris-bleus; pas de strabisme; pupilles égales. — *Bouche*, très large; lèvre inférieure épaisse, pendante à gauche; *commissure droite*, manifestement tirée en haut lorsque Alfred rit. — *Joue droite*, un peu aplatie; *joue gauche plus flasque, tombante*. — *Menton carré, un peu relevé du côté droit*. — *Maxillaires* réguliers. — *Voûte palatine*, un peu large, moyennement profonde, symétrique; voile du palais, normal; luette, à l'état de bourrelet large et peu long; légère encoche au pilier antérieur gauche; amygdales très petites. — *Oreilles*, égales, peu écartées, bien ourlées, lobules semi-adhérents.

Cou et rachis, bien conformés. Le mamelon gauche est plus rapproché de la ligne médiane antérieure, d'environ un demi-centimètre, et un peu plus élevé que le droit. A ce niveau, *la demi-circonférence gauche du thorax mesure environ huit millimètres de moins que la demi-circonférence droite*. Du même côté gauche, les muscles *trapèze, sus-épineux, sous-épineux, pectoraux*, sont moins développés et ne font pas les mêmes reliefs que leurs congénères.

Membres supérieurs. — Le membre droit est visiblement atrophié, l'épaule est plus osseuse, le coude moins volumineux, comparativement, les divers segments plus grêles que du côté opposé. La main seule présente une attitude vicieuse, elle retombe fléchie à angle droit sur l'avant-bras, les doigts dans l'extension, le pouce présentant une concavité dorsale. Les mouvements de l'épaule et du coude sont libres, mais le système musculaire est visiblement affaibli. Ordonne-t-on au malade de *relever sa main, de l'étendre*, il y arrive, mais avec peine et lenteur et en mettant les doigts en extension forcée. Il ne peut pas l'éle-

ver au-dessus du prolongement de l'avant-bras, et arrivé à ce niveau la main se trouve en outre fortement déviée vers le bord cubital de l'avant-bras. Les muscles fléchisseurs et cubitiaux sont *contracturés*. Zim... peut, sa main étant dans la rectitude, étendre, remuer, fléchir les doigts, mais les mouvements sont lents et mal déliés. — Pas de mouvements choréiformes ; aucun trouble de nutrition de la peau, ni du système pileux. Aucune trace d'abcès. Le tiers inférieur de l'avant-bras et la main sont *violacés*. Au palper, la température est plus basse du côté paralysé. — *Force musculaire* : à droite, 2 kil. 2 ; à gauche, 10 kil.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle.	20 c.	18 c.
— du bras à 8 c. au-dessus de l'olécrâne.	17.2	16
— de l'avant-bras à 8 c. au-dessous de de l'olécrâne	18	15
— du poignet	12 5	11.5
— du métacarpe	17.5	15 5
Distance acromio-olécrânienne.	26.8	26
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cu- bitus.	20.2	19
— de cette apophyse à l'extrémité du médus	13.8	12.5

Membres inférieurs. — La simple inspection ne révèle pas d'arrêt de développement bien notable ; il n'y a pas non plus d'attitude vicieuse bien nette. Le pied est peut-être un peu ramassé sur lui-même, et la voûte plantaire un peu plus profonde que celle du côté opposé. Les mouvements de la hanche et du genou sont libres. La flexion et l'extension de celui-ci provoquent des *mouvements associés* constants de l'articulation du coude. Le système musculaire est affaibli, et ce n'est qu'avec effort et lentement que Zim... soulève son membre gauche au-dessus du lit. Les mouvements du pied sont très limités, laborieux, accompagnés de *mouvements associés* du poignet. Les orteils ne sont mus qu'en bloc. Dans la marche, le membre gauche est *plus faible*, fléchit sous le poids du corps ; le pied se porte en dedans, il ne se relève pas, dans la progression, du talon à la pointe comme normalement, mais se porte à plat, en *fauchant*, d'arrière en avant. Il tend aussi à reposer sur le sol par son bord externe. Pas de mouvements choréiformes. Le phénomène du tendon est plus rapide et plus accentué à gauche qu'à droite. Pas de troubles de nutrition de la peau, ni du tissu

cellulaire, ni du système pileux. Le thermomètre à surfaces appliqué pendant dix minutes sur la région antéro-interne des cuisses, a donné : à *droite*, 36°,6 ; à *gauche*, côté *paralysé*, 35°,9. A quelques jours d'intervalle, dans une autre série d'expériences, nous avons obtenu les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1 ^{re} expérience.	36.4	36.4
2 ^e expérience.	36.4	35,4

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aîne. . .	38 c.	37 c.
— à 8 c. au-dessus de la rotule.	31.5	28
— de la jambe à 8 c. au-dessous de la rotule.	25	23.5
— au niveau des malléoles.	17.5	17.5
— du métatarse.	18	18
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia.	39.5	38.5
— de celle-ci à la malléole ext.	30.5	29.5
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian	17	16

Organes génitaux : verge bien conformée, pas de phimosis ; testicules égaux, petits, descendus ; pas d'onanisme. *L'incontinence nocturne d'urine* persiste (6 fois en juin).

Peau, tissu cellulaire, etc. : cheveux châtons clairs, rares ; sourcils blonds clair-semés ; cils noirs. Corps, aisselles, pénis, membres glabres. Pas d'adénite. Cicatrice de 2 cent. sur 8 millim. consécutive à une chute dans un accès, sur la région temporo-pariétale gauche ; une autre au-dessus de la bosse frontale gauche ; une autre, due à une brûlure, sur le métacarpe gauche. Le 30 juin 1882 : *Taille*, 1 m. 32 ; *Poids*, 27 kilogr. 100 (1).

Sensibilité générale : paraît conservée dans ses divers modes et égale des deux côtés. — Les *sens spéciaux* ne présentent rien de particulier.

Digestion : l'appétit est bon, les fonctions régulières, le foie et la rate sont normaux. — *Respiration* : sonorité thoracique, pas de râles à l'auscultation. — *Circulation* : cœur régulier, aucun bruit morbide.

(1) En septembre 1881 : *Taille*, 1 m. 31 ; *Poids*, 25 kilogr. 600.

Intelligence. — Zim... répond fort incomplètement aux questions et ne prononce pas très bien les mots ; sa physionomie a une expression niaise, mais souriante ; d'habitude, la bouche est entr'ouverte. Ce malade sait son âge et son nom, connaît assez bien les objets usuels d'habillement, d'ameublement, de papeterie, les aliments, les fruits, les animaux, les couleurs, etc. ; mais il ignore le jour, la date, la cause de sa présence à Bicêtre, le début de sa maladie. Alfred parvient à se faire comprendre en partie, et paraît aussi comprendre ce qu'on lui dit ; pourtant, toute conversation avec lui est impossible. Il mange proprement avec une cuiller et une fourchette, se lave, s'habille, parvient à se boutonner, cire ses souliers, etc. Il ne gâte pas. — *Caractère* assez difficile ; il a souvent des querelles avec ses petits compagnons.

CHAPITRE V.

De l'Épilepsie.

Nous arrivons maintenant au dernier acte du processus symptomatique dont nous avons entrepris la description. Le moment auquel apparaît l'épilepsie est très variable, et ne saurait être précisé. Dans certains cas, les accès suivent de si près les premières *convulsions*, que celles-ci sembleraient volontiers n'avoir été qu'une première série d'accès épileptiques : au bout de quatre, cinq, dix, vingt jours, on voit en effet se reproduire des crises, qui, à la vérité, n'ont pas la brusquerie de début, ni l'aspect général de la première, et qui ne trompent même pas une mère expérimentée (OBS. IV, V, VI, IX). Dans d'autres cas, les choses se passent différemment, et ce n'est que lorsque le malade est depuis longtemps porteur de son hémiplegie, lorsqu'il a atteint l'âge de sept, huit, douze ans que, sans cause connue, survient l'épilepsie (OBS. III, VII, XI).

Quoi qu'il en soit, un certain nombre de *caractères particuliers* spécialisent ces nouvelles crises convulsives, et demandent à être mis en relief. De plus, à mesure qu'elles s'éloignent du moment de leur apparition, elles changent d'aspect, si bien que, pour être dans l'exacte vérité, il faudrait rapprocher de la description de notre épilepsie, alors qu'elle est *jeune encore*, celle des modifications qu'elle subit de par le seul fait de sa longue durée.



Outre les prodromes éloignés, qui n'offrent ici rien de spécial, la totalité des malades observés, et de nos malades en particulier, présentent des phénomènes d'*aura* incontestables. Dans quelques cas il est difficile d'en apprécier le siège et la nature, quoiqu'il soit impossible d'en nier l'existence; c'est surtout lorsqu'il s'agit d'enfants encore jeunes ou peu développés: « Maman, s'écrient-ils, je vais être malade »; ou bien, « Ça me prend »; ou encore, « bobo, bobo ». — Où ça? — « Partout. (OBS. IV, V, VII, IX, XI).

Malgré le vague de ces renseignements, il en ressort un fait: le malade sent venir son accès, il prévient, il peut, s'il lui est resté suffisamment d'intelligence, se garer d'une chute brutale, *épileptique*, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Avons-nous affaire à des sujets plus âgés, les données prennent un peu plus du corps, et nous apprenons que les *auras* sont très variables suivant les individus; Bl... (OBS. V) ressent, trois ou quatre minutes avant son accès, un *fourmillement avec engourdissement dans la main paralysée*. Cette sensation monte le long du membre, et fait place à une *raideur* qui atteint les régions supérieures, et l'accès éclate. Parfois la jambe paralysée serait le siège des mêmes phénomènes, mais ceci est plus rare, et d'ailleurs nous n'avons que très rarement noté des *auras* partant du membre inférieur. Hug... dit qu'il éprouve *quelque chose* dans la tête, du côté droit, au niveau de la bosse frontale, mais il est impossible de lui faire définir cette sensation. Chez quelques-uns, on a noté *des secousses* dans les membres paralysés (1), *des douleurs* de l'épaule seule (2), de toutes les jointures, de tout le

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, obs. I,
(2) *Loc. cit.*, obs. IV.

membre ; une *impulsion* en avant(1) ; des *palpitations* ; une *douleur épigastrique* : un de nos malades, Dart... (Obs. XI) évite avec soin, à ce moment-là, qu'on lui touche le *creux épigastrique*. Un dernier, Lechê.... prévenait en disant qu'il avait « *mal dans le ventre* ».

Vu le développement restreint de l'intelligence de tous ces malades, vu la difficulté qu'ils éprouvent à exprimer leurs pensées et leurs sensations, il est excessivement difficile de préciser davantage, surtout si on évite de leur venir en aide et de prononcer des expressions qu'ils se hâteraient peut-être d'adopter. Ce qui demeure établi, c'est l'existence, presque constante, de *sensations variables comme nature, comme siège, comme point de départ, précédant suffisamment le début de l'accès pour que le malade puisse prendre ses précautions*. Une autre preuve de cet avertissement se trouve dans la *grande rareté des chutes*. A l'encontre des épileptiques vulgaires, nos malades ont le temps de s'asseoir, de se coucher, d'appeler à l'aide ; aussi, à part quelques exceptions, ne rencontre-t-on pas chez eux ces myriades de cicatrices dont sont labourés leurs malheureux compagnons. Nous avons fait une restriction, car il en est *qui tombent* : souvent alors c'est d'une façon particulière, et ceci peut devenir une complication assez embarrassante. Dans la majeure partie de ces cas la chute se fait invariablement *du côté paralysé* (Obs. IV, XII), et nous avons pu voir Col.... porter pendant très longtemps sur l'espèce de moignon constitué par son poignet droit, une large plaie qui, à peine cicatrisée, se trouvait reproduite par une nouvelle chute. Dans ce cas et dans d'autres pareils, il est facile de vérifier, que c'est sur les *membres para-*

(1) *Loc. cit.*, obs. I, p. 8.

lysés et sur le côté correspondant du tronc et de la tête que se rencontrent presque toutes les cicatrices (1).

L'accès débute d'ordinaire silencieusement, sans s'annoncer par le *cri initial* classique de l'épilepsie commune. Les OBSERVATIONS III, IV, V, VII, XII, au courant desquelles nous avons recherché avec soin ce fait, viennent corroborer d'une façon complète ce que M. Bourneville avait déjà noté chez des malades semblables de la Salpêtrière (2). Quant à la crise convulsive elle-même, elle peut revêtir des aspects assez divers, bien que reliés entre eux par une étroite parenté : 1° parfois la rigidité, et les secousses tétaniques de la période dite tonique, sont limitées aux deux membres paralysés ainsi qu'au côté de la face correspondante. Il n'est pas insolite de voir la crise se borner à cette seule période, et n'être suivie ni de mouvements cloniques, ni de stertor, etc. D'habitude il n'y a pas de perte de connaissance. 2° Dans d'autres cas, on voit succéder à la période tonique mentionnée ci-dessus, une véritable période clonique : on voit alors survenir dans les régions préalablement tétanisées de grandes secousses, des convulsions cloniques. Malgré cela, il n'est encore pas impossible de voir le malade conserver toute sa connaissance, ou, tout au moins, n'être que fort légèrement obnubilé, et cela pendant un fort court instant. Cette description est surtout vraie, lorsque les accès sont rares, isolés, et de faible intensité, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire.

(1) M. Bourneville fait relever avec soin, dans ses observations, le sens des chutes, les cicatrices en résultant, afin de pouvoir établir, s'il y a lieu, au moyen de ces renseignements complémentaires, une distinction entre les diverses formes d'épilepsie, et de pouvoir constater plus tard si, à des modes de chutes semblables, ne correspondraient pas des lésions encéphaliques de même siège et de même nature.

(2) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 50.

3° Mais il est certainement plus fréquent de voir l'accès se généraliser, et il est bon d'observer alors de très près son évolution pour ne pas laisser échapper ses caractères les plus importants : La *rigidité*, en effet, envahit tout le corps, mais elle est *plus précoce et plus considérable du côté paralysé*, si bien que souvent on note soit une inclinaison de la tête d'un côté, soit une incurvation du tronc en rapport avec cette prédominance. Puis vient la *phase clonique* dans laquelle les secousses apparaissent plus tôt, sont plus fortes, et durent plus longtemps dans le côté paralysé. On peut dire aussi que, dans ces cas-là, la perte de connaissance est constante et complète.

4° Plus rarement, on est dans l'impossibilité de constater la moindre prédominance, et à n'envisager que les deux phases qui nous occupent, l'accès ressemble en tous points à un accès d'épilepsie vulgaire.

Quelques petits faits donnent encore un cachet spécial à ces crises épileptiques. Il semble être presque de règle de ne pas constater d'*écume*, ni de *bave sanglante* ; les malades ne se mordent pas la langue, et chez aucun d'eux nous n'avons trouvé ces cicatrices indélébiles et accusatrices des *morsures*, soit de la langue, soit de la face interne des joues. Enfin, rien n'est plus rare que de constater des *évacuations involontaires*.

La fin des accès nous offre encore à faire quelques remarques intéressantes : ceux-ci se terminent, en effet, avec une *Brusquerie* qui étonne parfois. C'est ainsi qu'on ne constate pas de *stertor*, ou, dans quelques exceptions, un *stertor* si court, qu'il n'y a pas lieu d'en faire une période. De même, à l'encontre des épileptiques vulgaires, nos malades reprennent de suite connaissance et ne restent pas durant un temps variable dans un *coma*, suivi d'une longue somnolence ; à peine les secousses arrêtées, ils ouvrent les yeux, se reconnaissent, se

lèvent et reprennent leurs jeux ou leurs travaux, comme si de rien n'était. Il y a plus encore, dans aucun des cas recueillis à la Salpêtrière et à Bicêtre, et que nous avons étudiés avec M. Bourneville, on n'a vu de *manifestations délirantes, d'impulsions, ni isolées, ni consécutives* à des accès.

Telle est la série de faits qui permettent de classer à part l'épilepsie hémiplegique infantile. Trouve-t-on à côté de cela des *vertiges, des étourdissements, des absences* ? Non, en règle générale, et ce n'est pas là un des points les moins curieux de cette maladie. Les cas où nous avons pu noter des vertiges, étaient aussi ceux dans lesquels les accès ressemblaient le plus à des crises d'épilepsie vulgaire ; ces vertiges ne présentaient rien de particulier.

Mais, au bout d'un certain nombre d'années, les symptômes dont nous venons de parler s'abâtardissent, les crises perdent leur originalité, l'aura se supprime, l'accès débute brutalement par un cri, la perte de connaissance est constante, la rigidité et les convulsions deviennent générales et égales des deux côtés ; on peut même voir survenir du stertor, du coma ; noter de l'écumé, des morsures ; des évacuations involontaires, et n'étaient les commémoratifs, on serait, dans quelques cas, fort embarrassé pour différencier ces malades des épileptiques ordinaires.

Au début, les accès sont surtout diurnes ; plus tard, ils deviennent à la fois, diurnes et nocturnes. Ils sont quelquefois *isolés* et s'accompagnent, comme dans l'épilepsie commune, d'une élévation de température de quelques dixièmes de degré. Plus souvent ils sont *sériels*, et dans ce cas, ils peuvent même devenir assez rapprochés pour constituer un *État de mal spécial* en ce sens, 1° que la température ne s'élève pas rapidement comme

d'ordinaire, et dépasse rarement $38^{\circ},5$; 2° que les malades ne sont pas plongés dans un coma profond, mais sont seulement *obnubilés, hébétés*.

La *marche* de cette épilepsie demande une mention particulière, car, dans tous les cas, elle offre une régularité assez surprenante. A partir du début des crises, pendant quelques années, dix, quinze ans, par exemple, les accès se reproduisent par *séries* fréquentes, et, lorsqu'ils sont notés avec soin, ils donnent à la fin de chaque année des totaux assez importants, comme on pourra le voir d'après nos observations.

C'est là ce que M. Bourneville a coutume d'appeler la *période grave* de l'épilepsie. Quelques-uns de nos malades sont encore dans cette première période *grave* (Obs. XI); d'autres n'ont pu résister et ont succombé avant la terminaison (Obs. XV); d'autres, plus heureux, sont arrivés à la limite extrême de cette période, et commencent déjà à jouir des bénéfices d'une phase meilleure (Obs. XII). En effet, il est de règle, lorsque les malades ont atteint une trentaine d'années, de voir les accès s'éloigner de plus en plus, pour se supprimer tout à fait vers l'âge de quarante à cinquante ans.

Aucun de nos malades de Bicêtre, il est vrai, n'est encore arrivé à cette heureuse phase de guérison. Tous sont encore trop jeunes, et n'ont pas encore dépassé la période de *raréfaction* des accès. Mais nous avons, à l'appui de l'espoir que nous leur donnons, des faits incontestables observés depuis 1864 à la Salpêtrière par M. Bourneville. Les malades dont il s'agit ont si bien vu se supprimer leurs accès que, depuis longtemps, elles ont pu être transférées de la section des épileptiques dans une des divisions de vieillards de l'hospice, et que là, où elles n'ont pas échappé à l'observation médicale, jamais on ne les a vues reprises d'accidents épileptiques.

L'observation suivante trouve ici naturellement sa place. Cet enfant a eu des *convulsions localisées du côté gauche*, sous forme d'*état de mal*, à 15 mois. A la suite, on a noté l'*hémiplégie* et toutes ses conséquences. Enfin, à l'âge de 7 ans, sont survenus des *accès d'épilepsie*. Ils ont dû être très nombreux, si l'on en juge d'après le relevé des accès depuis l'entrée du malade à Bicêtre. Nous indiquons cette observation comme exemple d'un malade étant encore dans cette phase de l'épilepsie dite *période grave*.

OBSERVATION XI.

SOMMAIRE. — *Grand-père paternel: ramollissement cérébral. — Mère, strabique. — Grand-père maternel: excès de boisson. — Un frère aurait eu un accès d'épilepsie. — Un autre des convulsions. — Premières convulsions à 15 mois. — Hémiplégie consécutive. — Vertiges à 2 ans et demi. — Premier accès d'épilepsie à 7 ans.*

Dart.... (Pierre), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 1^{er} avril 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère de l'enfant). — *Père*, fumiste, peu impressionnable, colère, sobre, mort phthisique à 50 ans; pas de syphilis. [*Père*, sobre, mort à 78 ans de *ramollissement cérébral*. — *Mère*, pas nerveuse, morte à 78 ans (?). Un *frère*, sujet à des ophthalmies. — Une *sœur* bien portante, pas de névropathes, ni de difformes, etc., dans la famille.]

Mère, 41 ans, couturière, assez impressionnable, pas d'attaques de nerfs, habituellement bien portante, vient d'avoir un eczéma presque généralisé; léger *strabisme*. — [*Père*, calme, faisait des *excès de boisson*, mort à 69 ans d'une affection chronique des poumons. — *Mère* non nerveuse, bien portante. — Un *frère* et une *sœur* en bonne santé. — Pas de manifestations nerveuses héréditaires dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Sept enfants: 1^o une fille morte à 4 mois (?); 2^o un garçon mort du croup à 20 mois; 3^o un garçon, 19 ans, bien conformé, était

bien portant, mais a été mordu par le malade, et aurait eu, un mois après un accès d'épilepsie (??) ; 4° un garçon, 17 ans. intelligent ; 5° un garçon, 15 ans, bien portant ; 6° notre malade ; 7° un garçon, le seul ayant eu des *convulsions*, dont il est mort à 11 mois.

Notre malade. — Durant la *grossesse*, qui a été bonne, la mère avait pris goût à l'eau-de-vie, mais n'en aurait bu que de temps en temps et en petite quantité ; accouchement à terme, naturel. Pierre a été élevé au sein en nourrice jusqu'à 15 mois. On le retira à cet âge, parce qu'il était souffrant ; il avait désappris tout à coup à marcher, était devenu très maigre, mais avait presque toutes les dents et était déjà propre. Huit jours après son retour, il fut pris subitement de *convulsions* qui durèrent une heure environ, et portèrent exclusivement sur le côté gauche. On les attribua à l'issue des grosses dents. Aussitôt après la crise, on s'aperçut que « le bras tombait inerte, et que l'enfant ne remuait plus la jambe » ; il garda le lit trois mois ; ensuite lorsqu'on le leva on vit qu'il prenait sa main paralysée avec l'autre pour soutenir son bras pendant. En essayant de le faire marcher, on constata qu'il traînait la jambe. Vers l'âge de 2 ans, il recommença à marcher, à redevenir propre, à parler quoique difficilement ; il paraissait passablement intelligent. On électrisait ses membres paralysés. Vers 2 ans et demi, survinrent les premiers accidents épileptiques sous forme de *vertiges* : « Maman, s'écriait-il, ne me touche pas » ; en même temps il montrait son épigastre, comme s'il était le siège d'une douleur ; il devenait ensuite « tout pâle, blême, » puis « rouge, rouge, » le regard était fixe, les bras collés au tronc, les avant-bras à angle droit, horizontalement et parallèlement dirigés en avant. Le tout durait 2 ou 3 minutes ; Pierre disait : « c'est passé » et reprenait ses jeux sans paraître souffrir. Il avait quelquefois 2 ou 3 vertiges par jour ; d'autres fois ceux-ci ne revenaient que tous les 2 ou 3 jours. Leur plus long intervalle aurait été de 8 jours. Malgré ces vertiges, il allait à l'école et apprenait assez bien. Son caractère était facile.

Dart... avait 7 ans, lorsqu'il eut son premier accès d'épilepsie. Les accès revinrent tous les mois jusqu'à 8 ans, tous les 15 jours de 8 à 10 ans, tous les 2 ou 3 jours de 10 à 11 ans, enfin dans les derniers temps on en notait presque tous les jours, et même plusieurs fois par jour : ils seraient *diurnes* et *nocturnes*, et se dérouleraient de la façon suivante : *Pas d'aura appréciable* ;

pas de cri initial; la chute est si subite que le malade se blesse cruellement presque chaque fois; elle se fait tantôt en avant tantôt sur le côté droit; puis tout le corps deviendrait uniformément raide, et serait pris ensuite de secousses cloniques, sans qu'on puisse dire s'il y a prédominance d'un côté. Durant l'accès, Pierre écume, se mord la langue, urine quelquefois sous lui. Il y a du stertor terminal suivi d'hébétude si la crise a été faible; de sommeil, si elle a été plus forte. Il y aurait aussi parfois quelques manifestations psychiques consécutives: langage incertain, idées « sans queue ni tête » durant quelques heures.

Depuis le début des accès, le caractère de Dart... a changé; il est devenu irascible, méchant, dangereux même; il voulait un jour couper le nez à sa mère; la parole ne s'est pas embarrassée davantage, mais l'intelligence et le raisonnement ont baissé considérablement. Il est redevenu enfant, n'aime pas jouer, reste atone, et passe sa journée à regarder les nuages. Pas trop de mauvais instincts; onanisme durant 2 mois à 11 ans. Jamais il n'a eu de tic, de peur, de cauchemars; il ne suce pas, mais bave quelquefois. Sa santé générale était assez satisfaisante; il n'a eu qu'une *varioloïde* à 3 ans et une *rougeole* à 4 ans.

Etat actuel. — *Tête* assez régulière. *Crâne* ovale, saillie assez considérable de la région occipitale; les autres régions sont symétriques et normales.

Diamètre antéro-postérieur	16 c. 1/2
— bi-pariétal	13.1/2
Circonférence.	49
Demi-circonférence droite	24
— gauche	25 (1)

Face: paraît asymétrique; les parties osseuses, la région maxillaire notamment, sont moins développées du côté gauche. Par contre la joue gauche est pendante, dans une sorte de relâchement, et paraît de prime abord plus développée que la joue droite, qui est aplatie sous l'action de ses muscles sains, en réalité, pas de différence. La *bouche* est déviée à droite; la commissure labiale droite est attirée en haut lorsque la physionomie est calme, aussi bien que lorsqu'elle devient mobile. Les *orifices palpébraux* sont égaux.

(1) Saillie exagérée de la bosse frontale gauche.

Front, moyennement haut, assez large; la bosse frontale gauche est plus saillante que la droite, ce qui est dû à l'épaississement des téguments à ce niveau (chutes). — *Iris* bleus, pupilles égales, pas de strabisme, etc. — *Nez* droit, fort. — *Lèvre inférieure* épaisse, sillonnée de nombreuses cicatrices linéaires blanchâtres. — *Maxillaire inférieur et supérieur* réguliers. — *Voûte palatine* assez profonde, peu large, mais régulière et symétrique; voile du palais normal. — *Langue*, pas de cicatrice évidente. — *Menton*: aplati, carré, large, tout couturé de cicatrices (dont une de 6 cent.), transversalement dirigées, consécutives aux chutes épileptiques; le menton est comme divisé par une gouttière en deux sortes de bourrelets, l'un antérieur, l'autre postérieur. — *Oreilles* assez petites, ourlées en haut, lobules adhérents: la gauche mesure 1/2 cent. de moins que la droite.

Cou, bien conformé. — *Thorax*, tendance du malade à s'incurver à droite, mais colonne vertébrale droite; système musculaire également développé des deux côtés.

Membres supérieurs. — Le membre gauche est, à la vue, bien moins développé que le droit; l'épaule est plus osseuse, le deltoïde, le biceps, les muscles de l'avant-bras moins volumineux. D'habitude le membre est dans l'attitude suivante: le bras est accolé au tronc; l'avant-bras est fléchi sur le bras de façon à dépasser l'angle droit; la main retombe fléchie sur l'avant-bras, dans une sorte de flexion forcée qui fait saillir un véritable moignon constitué par les os du carpe et les extrémités inférieures des os de l'avant-bras. — Le pouce est allongé; pour les autres doigts, les deux premières phalanges sont dans l'extension, et la phalangette est fléchie. Si on ordonne au malade de remuer successivement les divers segments de son membre supérieur droit, on constate: 1° que les mouvements de l'épaule sont presque tout à fait libres; 2° que la flexion du coude est facile, mais que son extension ne peut être obtenue qu'imparfaitement; 3° que la flexion de la main peut être augmentée d'une façon insignifiante, mais que son extension et les mouvements des doigts sont impossibles. En cherchant à communiquer des mouvements plus complets, nous ne parvenons pas à vaincre tout à fait la résistance du biceps, à étendre complètement le coude; ni à étendre la main au delà de l'angle droit. Les fléchisseurs, les palmaires, le cubital antérieur sont contracturés, et leurs tendons font saillie sous la peau à la moindre traction. Le membre ne présente d'ailleurs aucune modification de nu-

trition de la peau, ni du système pileux; la main est un peu livide; pas d'athétose; la température est, au toucher, inférieure à celle du côté opposé. La *force musculaire* ne peut être comparée pour les deux côtés, le malade étant incapable de saisir le dynamomètre avec la main paralysée.

	<i>Droite.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle. . .	21 c.	18 c.
— du bras à 8 c. au-dessus de l'olécrâne..	17	15.5
— de l'avant-bras à 8 c. au-dessous de l'olécrâne.	16.5	13.5
— du poignet.	12.5	11.5
— du métacarpe.	17.5	14.4
Distance acromio-olécrânienne	26	25.5
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18.5	17.5
— de celle-ci à l'extrémité du médus.	14.5	14

Membres inférieurs. — Le membre droit est plus grêle que son congénère; il est d'habitude dans l'extension incomplète de la jambe sur la cuisse. Le pied est dans l'extension; la concavité plantaire est exagérée, son bord interne est relevé. Pendant la *marche*, dans laquelle on constate une légère boiterie, la jambe reste légèrement fléchie, et le pied, dans l'extension, ne repose sur le sol que par son extrémité antérieure, et surtout la partie interne de celle-ci comme dans le pied-bot équin. Il en est résulté une véritable subluxation du gros orteil, dont la première phalange est dirigée perpendiculairement au métatarsien. Les *mouvements volontaires* sont complets à la hanche, limités pour l'extension au genou, nuls pour le pied et les orteils. Si on vient en aide au malade, il est possible, avec peine pourtant, de compléter l'extension du genou, mais la flexion du pied est empêchée par les muscles contracturés du tendon d'Achille. Le gros orteil ne peut être abaissé à cause de la rétraction de son muscle extenseur; les autres orteils sont mobiles. — Le membre droit paraît avoir « la chair de poule », il est plus froid que l'autre.

Un thermomètre à surfaces, appliqué durant 15 minutes sur chaque cuisse, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, nous a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1 ^{re} expérience	34° 2	34° 2
2 ^e expérience	34° 2	34° 4

Pas de mouvements choréiformes, de phénomène du tendon, d'anomalie du système pileux.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aîne . . .	37.5	35
— à 8 c. au-dessus de la rotule	29.5	27.5
— à 8 c. au-dessous de la rotule	23	21
— aux malléoles	18	18
— du métatarse	16.5	17.5
Distance de l'épinc iliaque anté. et sup. à l'extrémité		
sup. du tibia	40	38.5
— de celle-ci à la malléole externe	30.5	28
— de celle-ci à l'orteil médian	16	15

Organes génitaux. Verge, gland bien conformés, pas de phimosis, testicules égaux, descendus ; parfois onanisme.

Peau et tissu cellulaire : cheveux châtons foncés, assez abondants ; sourcils et cils plus rares, longs ; corps glabre ; pas de poils aux aisselles ni au pénil. Pas d'adénite, pas de traces d'abcès. Nombreuses *cicatrices* consécutives à des chutes : au niveau et autour de la bosse frontale gauche, sur la queue du sourcil droit ; sur la partie interne du sourcil gauche, sur la région malaire droite, sur le versant droit de la crête du nez. D'autres, déjà signalées, au menton et sur la lèvre inférieure ; d'autres sur le dos de la main droite, sur la face dorsale du poignet gauche, sur les deux coudes. Sur le dos, très convexe, du pied gauche, un durillon résultant du frottement de la chaussure. En juin 1882 : *Taille*, 1 m. 29 ; *Poids*, 26 kil. 800 (1).

Digestion : paraît bonne dans ses divers temps ; pas de vomissement ; selles régulières ; rate et foie normaux. — *Respiration :* sonorité à la percussion ; les sommets sont un peu soufflants ; pas de râles. — *Circulation :* cœur et pouls réguliers ; pas de souffle.

Sensibilité générale : conservée dans ses divers modes ; paraît égale des deux côtés. — *Dart... voit, entend,* sent les odeurs, différencie les saveurs ; mais on ne saurait dire quel est le degré de finesse et la qualité de ces divers sens. — *Phénomène du tendon* assez prononcé des deux côtés. — Pas de *mouvements fibrillaires.*

(1) En avril 1881 : *Taille*, 1 m. 27 ; *Poids*, 21 kil. 400.

Intelligence. — Lors de son entrée à l'école de la section, il parvenait à énoncer ses lettres et les mots avec une grande difficulté; il traçait à peine quelques lettres, ne connaissait pas le nom des objets les plus usuels. Actuellement, il lit assez bien ce que nous lui indiquons, écrit en grosses lettres irrégulières son nom, son âge, et sait copier un modèle. La parole s'est bien développée depuis l'admission. Il ignore le jour, le mois, dit qu'il est 5 heures en voyant une montre à 5 heures 20 minutes, sait nommer les objets usuels; mais, si on lui montre du papier, un encrier, un lit, il hésite et dit: « c'est quelque chose. » En somme, il a très peu de notions. Il est sujet à des accès de colère assez violents: ainsi, il a donné des soufflets à sa mère, un coup de poing à sa grand'mère, il a mordu le veilleur, etc.

Depuis l'entrée de Dart... dans le service, voici quelle a été la marche des accès :

	1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	—	—	11	»
Février.	—	—	17	»
Mars.	—	—	12	»
Avril.	62	»	15	»
Mai.	90	»	15	1
Juin.	104	»	7	»
Juillet.	120	»		
Août.	27	»		
Septembre.	6	»		
Octobre.	49	»		
Novembre.	17	»		
Décembre.	6	»		
Total.	481			

Description d'un accès. — Le 30 avril 1881, nous avons pu observer un accès pendant la visite, le malade étant couché: Le début est annoncé par un *cri ondulé et prolongé*, ressemblant à un cri de terreur. Dans la *période tonique*, les membres sont allongés et soulevés au-dessus du lit dans une direction parallèle; les membres inférieurs sont étendus, et un peu croisés; le gros orteil est contracturé dans l'extension forcée. Il semble que la rigidité est égale (?) des deux côtés. — 2° La *période clonique* se compose de secousses tétaniformes, auxquelles succèdent des secousses cloniques qui se prolongent davantage et prédominent à

gauche. En même temps apparaît une écume rosée abondante et le malade urine sous lui. L'accès se termine par du *stertor*, et l'enfant revient rapidement à lui. A ce moment, on note une température rectale de 38°,3.

Après le retour de la connaissance, on observe *deux ou trois petites secousses* dans le bras droit, puis dans tout le membre inférieur gauche, une *trépidation* qu'on laisse persister deux ou trois minutes, qu'on arrête par la *constriction de la cuisse* avec la main, mais qui reprend encore après 2 minutes de suspension, pour s'arrêter spontanément une minute après, reprendre ensuite et ainsi de suite. — Pas de trépidation dans le membre opposé.

Dart... aurait quelquefois, paraît-il, des accès bornés à ces trépidations et se rapprochant des cas décrits par M. H. Jackson. — Nous ne pouvons dire s'il y a une *aura*; rien ne le prouve. Quant à la répétition des accès, elle se fait surtout par séries, on en a compté jusqu'à 8 dans les 24 heures.

CHAPITRE VI.

Marche. — Terminaisons.

Nous avons insisté avec suffisamment de détails sur la symptomatologie de l'épilepsie hémiplegique infantile, et sur les rapports chronologiques de ses divers symptômes entre eux, pour ne pas être obligé de donner une grande extension au présent chapitre. Qu'on nous pardonne pourtant, quitte à nous accuser de redites, de rappeler de nouveau qu'on peut diviser ce complexus symptomatique en trois périodes :

- 1° Période de convulsions ;
- 2° Période d'hémiplegie ;
- 3° Période d'épilepsie.

La *première période* débute à un âge très variable, mais surtout dans les deux ou trois premières années de la vie. Sa durée est, comme celle de l'*état de mal* qui la constitue, tantôt de quelques heures, tantôt de plusieurs jours. Elle cesse avec les crises convulsives initiales, car, d'ordinaire, aussitôt le malade réveillé, on constate la *paralysie*.

La *deuxième période* offre deux aspects : a) dans certains cas absolument bien déterminés, on ne note que l'*hémiplegie* avec ses complications (*contracture, hémichorée, athétose, atrophie*, etc.). Cet état de choses dure plus ou moins, et ce n'est souvent qu'après un *statu quo* de cinq, six, huit ans, qu'on voit survenir

l'épilepsie. b) D'autres fois, les crises épileptiques suivent, à bref délai, les convulsions primordiales, accompagnent l'hémiplégie dès son origine, et la seconde période, perdant son autonomie, se trouve fusionnée avec la suivante.

Quant à la *troisième période*, qu'elle succède de près aux convulsions, ou bien qu'elle n'apparaisse qu'à une époque plus ou moins éloignée, on peut toujours lui considérer deux phases très distinctes : a) l'une, *grave*, où les accès sont fréquents, souvent sériels, ou même revêtant la forme de *l'état de mal*, intenses, et durant laquelle succombent un certain nombre de malades ; — b) l'autre, véritable acheminement progressif vers la guérison, dans laquelle les accès se raréfient de plus en plus, jusqu'à disparaître complètement, vers l'âge de quarante ou cinquante ans.

Outre cette possibilité de guérison, nos malades jouissent encore d'un autre bénéfice : Presque jamais ils ne tombent *en démence*, et on pourrait peut-être rapprocher ce fait de la rareté des vertiges, en se rappelant combien cette forme atténuée du mal comitial est fatale pour les facultés intellectuelles.

Nous avons eu l'occasion de nous occuper plus haut de l'intelligence de ces malades ; or, celle-ci, variable suivant les cas, avons-nous dit, reste stationnaire et ne subit pas de déchéance du fait des crises épileptiques ; tellement que si ces malades ne sont pas très riches au point de vue de l'intelligence, ils ont au moins l'avantage incontestable de ne rien perdre de leur petit avoir, et de ne pas terminer misérablement leurs jours dans cette dégradation physique et intellectuelle où nous voyons tomber la presque totalité des épileptiques ordinaires.

Telle est la marche de cette affection dont la terminaison est loin d'être toujours la même. Nous avons assez

insisté sur l'heureuse possibilité d'une *guérison* relative, en ce sens que le malade, délivré de ses accès, mais infirme de par son hémiplégie, et incapable, vu son infirmité et le développement restreint de son intelligence, de subvenir à ses besoins, peut néanmoins être rendu dans une certaine mesure à la vie commune, tout en restant une charge pour sa famille, ou, à défaut, pour la Société. Mais un petit nombre de malades seulement atteignent ce but, et beaucoup succombent pendant l'évolution du syndrome. Sans parler des maladies accidentelles, avec lesquelles on a fortement à compter dans toutes les périodes, vu la promiscuité de tous ces malades dans les asiles, il est certains stades qui sont véritablement meurtriers : Combien d'enfants ne sont-ils pas enlevés durant les *convulsions initiales*, durant l'*État de mal* qui est, pour ainsi-dire, le prologue du drame dont les divers actes vont se succéder ? Ceux qui résistent et sortent victorieux mais infirmes de cette crise, retombent bientôt dans un non moindre danger créé par la *phase grave* de la *période épileptique*. Puis le péril devient de moins en moins imminent, et c'est alors seulement qu'on peut espérer, pour ceux qui ont survécu, la cessation des accès, la guérison, par conséquent, dans un âge avancé.

Nous présentons ici une observation dans laquelle la maladie a suivi une évolution telle, qu'elle peut être regardée comme un véritable type. Chez Col., en effet, les premières convulsions apparurent à deux ans et demi, et furent suivies, comme il est de règle, d'hémiplégie, de contracture, d'arrêt de développement, etc. Vers l'âge de 18 ans, survinrent des accès d'épilepsie, et on peut voir, en consultant le tableau, que les crises, qui se sont élevées les premières années, c'est-à-dire durant la *période grave*, aux chiffres de 759 et de 1142,

sont tombées en 1880 au taux de 307, et en 1881 à celui de 89. Ce malade, il est vrai, n'est pas encore arrivé à la cessation des accès; mais, la maladie suivant une évolution aussi régulière, n'avons-nous pas tout lieu d'espérer?

OBSERVATION XII.

SOMMAIRE. — *Mère, hémiplegique. — Un frère, maladie cérébrale. — Une sœur, congestion cérébrale. — Une autre paralysée, aveugle, idiote. — D'autres, convulsions et athrepsie.*

Premières convulsions unilatérales et de courte durée à 2 ans 1/2. — Hémiplegie, contracture, arrêt de développement consécutifs. — Premier accès d'épilepsie à 18 ans. — Pas d'aura. — Première période grave d'épilepsie. — Eloignement des accès. — Conservation de l'intelligence. — Mouvements associés.

Col... Gaston-Mathias, âgé de 23 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 1^{er} décembre 1877.

Antécédents (Renseignements fournis par le père du malade).

Père, 62 ans, cordonnier, intelligent, bien conservé, sobre, un peu vif, n'a jamais été malade. [*Père*, sobre, mort à 80 ans (?). — *Mère*, calme et sobre, morte à 59 ans, « usée de travail ». Aucun antécédent nerveux héréditaire dans la famille.]

Mère, piqueuse de bottines, était calme et sobre, elle a eu une hernie étranglée qu'on opéra et qui guérit. Au cours de l'étranglement, elle fut prise d'*hémiplegie droite* avec embarras de la parole et déviation de la bouche. Dans la suite les accidents paralytiques s'amendèrent, mais vu l'incapacité de la malade pour tout travail, afin de faciliter son placement, un médecin lui fit un certificat de débilité mentale, bien qu'elle n'eût ni divagué, ni commis d'actes extravagants. Elle fut placée successivement à Vaucluse, puis à la Salpêtrière, où elle contracta une jaunisse à la suite d'une frayeur, et mourut âgée de 59 ans. [*Père*, sobre, mort à 78 ans (?). — *Mère*, morte à 30 ans en la mettant au monde. — Deux frères et deux sœurs (de père seulement) bien portants ainsi que leurs enfants. Pas de névropathes dans la famille.]

Wuillamier.

Pas de consanguinité.

Onze enfants : 1^o une *filie*, morte à 4 mois (?), pas de convulsions; 2^o un *garçon*, 37 ans, bien portant, calme; 3^o un *garçon*, mort à 4 ans « *d'une maladie au cerveau* » qui n'aurait duré qu'une nuit, a eu des *convulsions internes*; 4^o une *filie*, morte en naissant avant terme; 5^o *Notre malade*; 6^o une *filie*, morte en huit jours d'une « *congestion cérébrale* », à l'âge de 5 mois, pas de convulsions; 7^o une *filie*, morte à huit mois (?), a eu des *convulsions internes*; 8^o une *filie*, n'ayant pas eu de convulsions, « *à l'âge de 7 ans elle est tombée infirme, paralytique, aveugle et idiote* », morte à 12 ans chez ses parents; 9^o un *garçon*, mort athrepsique à un mois; 10^o un *garçon*, mort-né (?); 11^o un *garçon*, mort « *étique* » à trois jours.

Notre malade. — Grossesse bonne, accouchement naturel et à terme; allaitement maternel jusqu'à dix-huit mois. Gaston a eu ses premières dents à huit mois, a marché à un an, a parlé à quinze mois, il était propre, « *bien venant* » et paraissait aussi intelligent que les autres enfants de son âge. Il avait deux ans et demi, lorsque, brusquement, sans motif connu, il fut pris de *convulsions* : elles durèrent un quart d'heure environ, et *ne portèrent positivement que sur un seul côté du corps*, mais on ne saurait affirmer lequel. Dans le courant de la même journée, on s'aperçut que l'enfant « *n'était plus agile de sa main droite* », « *qu'il la laissait tomber* »; pourtant il se servait encore bien de la jambe. Dans la même semaine il aurait eu quelques convulsions limitées aux yeux. Enfin au bout d'un mois on s'aperçut qu'il « *traînait la jambe et que son pied se renversait* ». La paralysie des deux membres augmenta peu à peu, et la *contracture* s'y adjoignit progressivement sans qu'on puisse préciser la date de son début. Par contre, l'*intelligence* n'avait été touchée que dans une *très faible mesure* : on put l'envoyer à l'école, il y apprit bien, son caractère était resté doux et très affectueux, à part quelques petits mouvements de vivacité. Il n'avait ni tic, ni peur, ni cauchemars la nuit, ni mauvais instincts.

Il avait atteint l'âge de 18 ans, lorsque, à un repas, on surprit chez lui pour la première fois *quelques mouvements des yeux, durant lesquels la tête s'inclinait d'un côté*. Ce vertige ne dura que quelques secondes. Quinze jours après survint tout à coup, *sans aura*, le premier accès d'épilepsie : la chute fut brusque, mais ne causa aucune blessure et fut suivie d'un état de rigidité dont on ignore les particularités; il n'y aurait pas eu de période clonique

dans cet accès-là. — Trois mois après, *deuxième accès*; puis il y en eut tous les quinze jours; enfin, ils devinrent *quotidiens*, mais ne dépassèrent jamais un maximum de deux en 24 heures. Jamais, tant qu'il a été chez ses parents, Col... n'a prévenu de ses accès. Durant ceux-ci, le corps se penchait un peu à droite, il n'y avait pas de chute habituellement, la rigidité prédominait à droite, et les membres du côté droit seuls étaient le siège de convulsions cloniques, lesquelles étaient aussi plus accusées au bras qu'à la jambe. A la fin, pas d'écume, mais une bave simple; pas de stertor, pas de miction involontaire. L'enfant revenait vite à lui, ne dormait pas après l'accès et n'avait jamais de délire consécutif. On ne remarqua pas de déchéance intellectuelle en dehors des accès qui étaient suivis d'un peu d'obtusion. Il « raisonnait comme par le passé » mais avait parfois une légère hésitation de la parole. On attribue ses accès au profond chagrin que lui a causé la mort de sa mère.

Etat actuel. — Tête, assez volumineuse. — Crâne, presque carré par aplatissement léger des régions frontale et occipitale; pas d'asymétrie des régions temporo-pariétales.

Diamètre antéro-postérieur	17 c. 5
Diamètre bi-pariétal	14,5
Circonférence	55
Demi-circonférence droite	27,5
Demi-circonférence gauche	27,5

Face, ovale; au repos, les deux côtés paraissent également développés. Cependant on y retrouve des traces légères de la paralysie : l'œil droit ne peut se fermer sans le gauche; la commissure labiale gauche est un peu attirée en haut, surtout lorsque le malade rit ou siffle; la joue droite est comme inerte et ne joue pas son rôle de *sangle active* dans la mastication qui se fait plus facilement du côté opposé. Le front est haut, large, et présente une sorte de plateau étendu d'une bosse frontale à l'autre, lesquelles sont déjetées latéralement et très saillantes. — Pas d'inégalité des *fentes palpébrales*, iris bruns, pupilles égales. — *Nez*, droit, incurvé à gauche. — *Bouche*, petite; *maxillaire inférieur*, régulier. La réunion des *maxillaires supérieurs* constitue par leur bord alvéolaire une ellipse assez étroite et très allongée, au sommet de laquelle ne sont implantées que les deux incisives médianes, et qui donne lieu à un véritable *prognathisme*. Les parties latérales de cette ellipse, supportant les autres dents, sont

très aplaties, rectilignes et même un peu concaves en dehors.—
La voûte palatine est très étroite, très allongée, très profonde, ogivale; elle est limitée latéralement par les rebords alvéolaires qui sont convexes en dedans, comme nous l'avons déjà dit; elle s'élargit en arrière. Le voile du palais et ses dépendances sont normaux. Les oreilles sont grandes, écartées de la tête, ourlées, leur lobule est détaché. — Cou, thorax, rachis, bien conformés.

Membres supérieurs. — Le membre du côté droit paraît, dans toute son étendue, moins développé que celui du côté gauche; mais cela est surtout frappant à partir du coude. D'ordinaire, l'épaule est un peu abaissée, le bras parallèle au tronc, l'avant-bras demi-fléchi dirigé soit en avant, soit transversalement au devant de l'épigastre. La main est fléchie sur l'avant-bras, de façon à dépasser l'angle droit, et à présenter un véritable moignon, constitué par l'extrémité inférieure du cubitus et du radius, par les os de la première rangée du carpe. On trouve sur ce moignon de nombreuses cicatrices qui témoignent de nombreux traumatismes, causés par les chutes épileptiques. La main est en outre complètement *recroquevillée* sur elle-même, son bord externe et son bord interne sont rapprochés de façon à former une sorte d'infundibulum palmaire, au milieu duquel viennent se réunir les extrémités de tous les doigts habituellement fléchis, le pouce en dessous, caché par les autres.

C'est avec assez de peine que Col... remue son bras, il s'aide des muscles s'insérant sur l'omoplate, et bien que l'articulation soit libre, et se prête à tous les mouvements communiqués, une bonne partie des mouvements spontanés se passent entre l'omoplate et le thorax. La flexion du bras est facile, mais n'est pas complète, non plus que l'extension qui ne peut amener le membre dans la rectitude. *Il n'y a aucun mouvement volontaire possible pour le poignet, la main et les doigts.* On parvient pourtant à étendre mécaniquement les doigts, à augmenter ensuite la flexion du poignet, de façon à appliquer même intimement la paume de la main sur la région antérieure de l'avant-bras, mais on éprouve une résistance invincible à l'extension, et la main ne peut se relever au delà de l'angle droit. Il est probable qu'à la raideur musculaire est venue se joindre quelque disposition vicieuse des facettes articulaires; pas d'athétose. Aucune modification de nutrition de la peau, ni du système pileux. La température du membre paralysé paraît inférieure à celle du côté opposé.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras an niveau de l'aisselle.	25	31
— à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne.	22	27
— de l'avant-bras à 10 cent. au-dessous de l'olécrâne.	17	26
— au niveau du poignet	12.5	16
— du métacarpe	17	21
Distance acromio-olécrânienne.	33	36
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	25	27
— de celle-ci à l'extrémité du médus	18	19.5

Membres inférieurs. — L'arrêt de développement du membre droit, quoique moins accentué que pour le bras, est encore très manifeste. De plus, il n'y a aucune attitude vicieuse du membre dans aucun de ses segments. Les mouvements de la cuisse et de la jambes sont faciles; la hanche et le genou sont libres, on n'y perçoit aucun craquement. Quant au *pied* , malgré tous ses efforts, le malade ne parvient pas à le mobiliser, ni dans l'extension, ni dans la flexion; on ne constate dans ses essais qu'un tremblement généralisé du membre, et une irrésistible tendance du bras et de la main à produire des *mouvements associés* . Si on veut *provoquer* la flexion du pied, on est arrêté par le tendon d'Achille, l'articulation paraît saine. La fixité du pied cause une légère boiterie et le malade déclare que *le membre droit se fatigue plus vite* que le gauche. Pas de mouvements choréiformes. Aucun trouble nutritif de la peau, qui est seulement un peu violacée sur le pied; pas d'agération des productions pileuses, ni cornées; léger refroidissement du membre, surtout du pied. Nous avons noté, au moyen du thermomètre à surfaces laissé en place pendant 10 minutes; pour la cuisse saine 33°,2; pour la cuisse paralysée 32°,2. Dans une autre série d'expériences, nous avons noté :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1 ^{re} expérience.	34.3	33.4
2 ^e expérience	34.9	34

Le *phénomène du tendon* est également prononcé des deux côtés.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aîne.	49	55
— à 10 cent. au-dessus de la rotule.	37	43
— de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule	29.5	32.5
— au niveau des malléoles.	21.5	23
— du métatarse.	22	23
Distance de l'épine iliaque ant. et sup. à l'extrémité sup. du tibia.	50	50
— de celle-ci à la malléole externe	37.5	39
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian.	19	19

Organes génitaux, verge développée, gland bien conformé, testicules assez gros, à peu près égaux. Onanisme rare; pas de rapports sexuels.

Peau et tissu cellulaire, cheveux noirs abondants, sourcils et cils noirs, pas de barbe, peu de moustache, poils aux aisselles, au pénis; corps glabre; pas d'adénite. *Cicatrices* consécutives à des chutes (accès) : sur le dos du nez, sur le coude droit, sur le poignet droit (paralysé), sur les deux genoux, sur la crête du tibia gauche. En juin 1882 : *Taille*, 1^m.66; *Poids*, 57 kil. 20.

Digestion, appétit satisfaisant, digestions faciles, pas de vomissement, constipation habituelle, rate et foie normaux. — *Respiration*, sonorité à la percussion, aucun râle. — *Circulation*, cœur régulier, pas de bruit morbide.

Sensibilité générale, paraît normale dans ses diverses modalités, et égale des deux côtés. — *Vue*, ouïe, odorat, goût, conservés et également développés des deux côtés.

Intelligence. — Col... est un malade facile à interroger, répond d'une façon assez précise aux questions qu'on lui pose, et a gardé une assez bonne mémoire. Il est poli, a des usages, de la pudeur. Ses sentiments sont excellents, il se dévoue volontiers à soigner ses compagnons malades, et ne se départit jamais de son calme et de sa douceur. Jamais il n'a de querelle. Sa tenue est correcte, ses vêtements sont propres. Il sait lire couramment, écrire très lisiblement de la main gauche, faire les quatre règles; il a des notions de géographie, mais pas d'histoire. De plus, il aurait été dans un temps, moniteur pour les Sourds-Muets dans une école: en effet, il connaît à fond le langage mimique et explique assez bien la façon de l'enseigner aux autres.

Voici quelle a été la marche des accès depuis l'entrée de Col...
à l'hospice :

	1877		1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—	69	»	125	»	96	»	5	»	7	»
Février	—	—	74	»	139	»	57	2	7	»	6	»
Mars..	—	—	101	»	107	»	61	»	4	»	18	»
Avril	—	—	22	»	103	»	41	»	6	»	18	»
Mai	—	—	48	»	84	»	8	»	6	»	36	»
Juin	—	—	49	»	97	»	5	»	5	»	7	»
Juillet	—	—	38	»	74	»	3	»	9	»		
Août	—	—	59	»	84	»	5	»	8	»		
Septembre	—	—	47	»	102	»	7	»	8	»		
Octobre.	—	—	86	»	87	»	7	»	10	»		
Novembre.	—	—	82	»	73	»	7	»	7	»		
Décembre.	52	»	84	»	67	»	7	»	17	»		
Totaux.	52	»	759	»	1142	»	307	2	89	»		



CHAPITRE VII.

Diagnostic.

Parmi les maladies nerveuses de l'enfance, il en est une surtout, qui, en certains cas, pourrait paraître avoir un air de parenté avec celle que nous venons d'étudier; nous voulons parler de la *paralysie atrophique de l'enfance*, ou *paralysie infantile proprement dite*. Mais si nous ouvrons la thèse de M. Laborde (1), nous trouvons tout d'abord la description suivante, au cours de laquelle nous aurons soin de souligner les points qui la différencient de notre syndrome : « Chez un enfant, garçon ou fille, normalement conformé, ne présentant à la naissance aucune atteinte de la motilité, et dont l'âge varie de quelques jours à quatre ans, plus souvent de un à trois, éclate soudain, sans cause appréciable, et en pleine santé, un *état fébrile* d'une durée de vingt-quatre heures à quelques jours (rarement plus de huit), accompagné *quelquefois* de symptômes convulsifs, et immédiatement suivi de paralysie du mouvement avec conservation de la sensibilité; *souvent complète et généralisée* dès le début, cette paralysie, qui n'atteint que *par exception les membres supérieurs* isolément, et qui affecte *presque toujours la forme paraplégique*, éprouve bientôt une rémission dans son

(1) Laborde. — *De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance*. Paris, 1864.

étendue et dans son intensité; elle se retire de certaines parties où elle s'était d'abord montrée, et se fixe, en se localisant de plus en plus dans d'autres, lesquelles se trouvent alors (et alors l'organisme est en voie d'accroissement) vouées à l'atrophie, aux déformations, en un mot, aux divers désordres qu'engendrent d'une part les altérations de nutrition et l'impuissance prolongée, d'autre part la prédominance de l'action des muscles sains sur celle des muscles paralysés. » Il y a là déjà un certain nombre d'éléments de diagnostic différentiel, nous en trouvons d'autres encore plus loin : « *Le début fébrile est très fréquent... Le début avec convulsions est plus rare; les convulsions occupent les quatre membres; rarement la face... La paralysie consécutive est souvent généralisée au début (membres, tronc, col.)... souvent elle affecte la forme paraplégique... rarement la forme monoplégique... jamais la forme hémiplegique ordinaire... La contractilité électrique faradique disparaît rapidement; la contractilité galvanique plus lentement... tout muscle qui, quelques semaines après le début, ne réagit pas est perdu pour la vie; les réflexes sont abolis... Lorsque la paralysie rétrocede, elle quitte rapidement le tronc et les membres supérieurs, pour se fixer et persister dans les membres inférieurs.* Dans une de ses leçons magistrales faite en juillet 1870, M. Charcot confirme la plupart des points que nous venons de souligner plus haut : « Le début de la paralysie infantile, dit-il, est soudain, avec *fièvre intense, avec ou sans accompagnement de convulsions...* Les symptômes paralytiques s'accusent du jour au lendemain, et dès l'origine, ils ont acquis leur summum d'extension et d'intensité.

Ces symptômes paralytiques offrent de grandes variétés de siège. *La paralysie est parfois absolue, complète,*