

intéresse les quatre membres, ou trois d'entre eux; ou bien elle n'affecte qu'un seul membre inférieur, ou encore l'un des membres supérieurs; — d'autrefois, très rarement à la vérité, elle frappe exclusivement les deux membres supérieurs, — enfin il est des cas où la paralysie atteignant seulement les membres inférieurs, revêt la forme paraplégique... En résumé, on observe ici une paralysie complète, absolue, avec *abolition ou diminution de l'excitabilité réflexe*... A une époque très rapprochée du début des accidents, la *contractilité électrique faradique* est *amoindrie* sur un grand nombre de membres paralysés, *éteinte* sur plusieurs... Au bout de deux à six mois surviennent les symptômes de régression qui inaugurent la deuxième période... l'atrophie devient bientôt manifeste sur ceux des muscles chez lesquels la *contractilité faradique n'a pas reparu*.

M. Charcot énumère ensuite quelques autres symptômes communs à un grand nombre de paralysies, puis passe à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie infantile. Il ne rapporte aucun cas dans lequel cette affection aurait été suivie d'*accès épileptiques*, ce qui d'ailleurs nous paraît être normal et tout naturel, étant donné le siège des lésions anatomiques de cette affection. En effet, les travaux de MM. Laborde, Charcot et Cornil, Vulpian et Prévost, Charcot et Joffroy, Parrot, Lockhart-Clarke et Johnson, Damaschino et Roger, ont surabondamment prouvé que la caractéristique anatomique de la paralysie infantile est analogue à celle de l'atrophie musculaire progressive, sauf que le processus suivrait ici une *marche aiguë*. On a trouvé dans tous les cas une *lésion* des cornes antérieures de la substance grise de la moelle, ou, pour préciser davantage, une *atrophie des cellules nerveuses des cornes antérieures*, avec développement secondaire du tissu conjonctif, transformation

scléreuse de la névroglie, sclérose partielle des cordons antéro-latéraux, enfin atrophie des racines antérieures.

On peut se rappeler aussi l'axiome posé par Duchenne (de Boulogne) : « *il y a conservation de la contractilité électrique dans les lésions cérébrales ; il y a diminution ou perte de cette contractilité dans les lésions spinales.* » Donc, d'après cet axiome, la *paralysie infantile* doit être due à une *lésion médullaire*. Or, nous venons de voir que c'est reconnu ; donc aussi *l'épilepsie hémiplegique infantile* doit être due à une *lésion cérébrale*, ce que nous nous réservons de montrer bientôt.

Il est une autre maladie, qui, dominée par les mêmes lésions anatomiques ou à peu de choses près, ressemble beaucoup à celle qui nous occupe, et n'en diffère que par sa *généralisation*, c'est *l'atrophie cérébrale double*. Cette affection est d'habitude *congénitale*, et ce fait seul a déjà une grande importance au point de vue qui nous occupe, mais supposons qu'on soit en présence d'un malade de ce genre, et que, comme il arrive encore trop fréquemment, on ne puisse obtenir aucun renseignement sur l'époque et les phénomènes du début de la maladie : Dans ce cas, on remarquera avec fruit, que l'idiotie est *plus profonde, plus complète* que nous ne l'avons rencontrée dans nos observations ; de plus, il y a souvent *microcéphalie prononcée*. On notera aussi que *la parésie, ou même la paralysie, la contracture, les arrêts de développements intéressent les quatre membres*, d'où résulte ordinairement une impotence absolue. Enfin l'épilepsie, qui peut survenir également dans ces cas, n'offre rien de bien spécial, n'est pas partielle, et ressemble d'habitude à des accès vulgaires.

N'y aurait-il pas des cas où *l'atrophie cérébrale double* serait survenue chez de jeunes enfants avec un appareil symptomatique semblable à celui que nous avons

étudié, mais *généralisé aux quatre membres*? Nous ne nous rappelons pas en avoir lu aucun exemple (1), mais s'il en survenait, il nous semblerait facile de les reconnaître, et nous ne voyons pas pourquoi, chez des sujets prédisposés, on ne verrait pas survenir des lésions d'*atrophie cérébrale double*, dans les mêmes conditions, avec les mêmes périodes que nous venons d'étudier pour l'épilepsie hémiplegique infantile, laquelle est le résultat d'une *atrophie cérébrale partielle*.

Pourrait-on penser, au moment des convulsions initiales, à l'apparition d'une *hémorragie méningée*? Non, du moins dans la majorité des cas, vu qu'on ne constate pas d'emblée de la contracture, mais bien une hémiplegie flaccide.

L'absence d'anesthésie, l'intégrité des sphincters ne permettront pas de s'égarer et de diagnostiquer une *hémorragie médullaire*.

L'absence de fièvre, la localisation des secousses convulsives, feront éliminer de suite toutes les crises éclamptiques qui accompagnent chez les enfants, d'une part, les *pyrexies*, d'autre part, la *dentition*, les *vers intestinaux*, etc. On connaît de plus la longueur des prodromes et les phénomènes oculaires, strabismes, parésie, inégalité des pupilles, les convulsions encore plus localisées, toute la série des phénomènes méningitiques (vomissements, constipation, etc.), qui font porter chez les enfants le diagnostic de méningite tuberculeuse : il n'y a rien de pareil dans l'épilepsie hémiplegique.

Le diagnostic pourrait peut-être se montrer plus délicat dans certains cas où, chez l'enfant toujours, il se déve-

(1) M. Bourneville nous a montré des enfants qui, d'après les renseignements donnés par les parents, peuvent être considérés comme atteints d'atrophie cérébrale double.

lopperait une *tumeur cérébrale*. Il ne faut pas oublier dans ce cas l'importance des *troubles moteurs des yeux*, de l'*amaurose* subite, des *altérations du fond de l'œil*, où on noterait une *névro-rétinite* descendante. On recherchera la *céphalalgie* qui d'ordinaire est *atroce*; il existe d'habitude des modifications de la *sensibilité* (*hypéresthésie* ou *anesthésie*); enfin, parfois on peut avoir un véritable *délire maniaque*. En dernier ressort, il n'est pas défendu de suspendre son opinion, et il faut reconnaître que souvent on voit survenir bientôt des symptômes *méningitiques* qui mettent un peu sur la voie et permettent de déterminer la nature de l'affection.

Dans le cas, enfin, où les troubles paralytiques seraient limités à un seul membre, le bras par exemple, on pourrait penser à une *paralysie périphérique*; mais il est rare qu'avec un peu d'attention on ne parvienne pas à rejeter cette hypothèse dont on ne trouve pas alors la *pathogénie*.

Durant la seconde période de la maladie, on ne pourra pas confondre les déformations du pied avec le *pied-bot congénital*. Outre les commémoratifs, celui-ci ne présente pas la laxité extrême des ligaments, le relâchement des jointures et le refroidissement permanent qu'on note aussi bien dans l'*hémiplegie* qui fait l'objet de cette étude, que dans la *paralysie infantile* proprement dite.

Au cours de la période *épileptique*, il est rare que, sachant l'évolution des accidents, on soit obligé de prendre beaucoup de soin pour faire un diagnostic différentiel.

Chez certains vieillards, à la suite d'une attaque d'*apoplexie* suivie d'*hémiplegie*, on voit survenir des accès d'*épilepsie localisée* à une moitié du corps, avec ou sans perte de connaissance. Mais ne voit-on pas déjà qu'il suffira de savoir que les accidents observés sont

tardifs, que le malade n'était pas hémiplegique depuis sa jeunesse, qu'il ne présente ni déformations, ni arrêt de développement, pour le classer immédiatement hors des cas qui nous occupent ?

Il en serait de même pour des adultes chez lesquels on verrait survenir subitement des accidents d'épilepsie hémiplegique, dus soit à une gomme, soit à une tumeur cérébrale d'autre nature.

Mais, si nous nous reportons à la leçon de M. Charcot sur l'épilepsie partielle d'origine syphilitique (1), nous voyons que, lors du développement d'une gomme cérébrale, les accidents qui se limitent aux crises épileptiques n'offrent, en somme, aucun trait de ressemblance avec le syndrome que nous avons décrit. Ils ont un bien plus grand air de parenté avec la forme que nous avons signalée sous le nom d'épilepsie partielle vibratoire, et pourraient être comparés, jusqu'à un certain point, avec ce qu'on note dans l'observation suivante, bien que le malade ne soit pas, malheureusement pour lui, sous la puissance d'une diathèse spécifique.

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 342.

OBSERVATION XIII.

SOMMAIRE. — Père, emporté, peut-être alcoolique. — Mère migraineuse. — Grand-père, mort hémiplegique. — Arrière-grand-père, aliéné. — Quatre cousins germains, morts de méningites tuberculeuses. — Un frère et une sœur, convulsions.

Premières convulsions à 18 mois. — A 7 ans, traumatisme céphalique. — Troisièmes convulsions à 8 ans. — A 9 ans, colère et quatrièmes convulsions sous forme d'état de mal. — A 9 ans 1/2, apparition des crises actuelles : aura partant du pied gauche, visions colorées. — Retour irrégulier des crises. — Intelligence moyenne. — Description d'un accès partiel et d'un accès complet.

Cassaig... André, âgé de 24 ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 27 juillet 1874.

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère). Père, employé de commerce, mort à 47 ans de phtisie galopante, nerveux, colère, buvait assez par obligation de déguster des alcools, mais ne se grisait pas. [Père, calme, « assez sobre », mort à 70 ans (?), Mère, 79 ans, non nerveuse, jugement encore sain, bien portante. — Ni frère ni sœur. — Une tante a des rhumatismes chroniques; une autre est morte obèse. — Un cousin est bossu depuis l'âge de 14 ans. — Pas de névropathes dans la famille.]

Mère, couturière, 50 ans, intelligente, calme, bien portante, à part des migraines décrites d'une façon très nette, et qui se sont interrompues durant la grossesse et l'allaitement, [Père, mort à 78 ans, sobre, a été hémiplegique deux ans. — Mère, un peu nerveuse, migraineuse, morte d'un « ulcère à la matrice » à 45 ans. — Un frère, mort de coqueluche à 21 mois. — Quatre sœurs, une morte à 5 mois au moment où on la mettait au bain; une deuxième, morte phtisique à 28 ans et dont les quatre enfants ont succombé à des méningites tuberculeuses; les deux autres sont bien portantes, sauf des migraines. — Grand-père paternel, mort aliéné. — Pas d'autres antécédents héréditaires dans la famille.] Pas de consanguinité,

Trois enfants : 1° Notre malade; 2° un garçon, 21 ans, intelligent, en bonne santé, a eu une fois des convulsions, durant une

coqueluche à 7 ans; 3° une fille, 17 ans, *nerveuse*, bien portante, a aussi eu à 3 mois des *convulsions* dans la coqueluche.

Notre malade. — Lors de la *conception*, rien de particulier. *Grossesse* bonne, *accouchement* à terme et naturel; *allaitement maternel* jusqu'à 18 mois. Vers l'âge de trois mois, *dépérissement* passager attribué à une hernie ombilicale. Cas... a poussé sa première dent à 6 mois; il a commencé à parler à un an, à marcher à treize mois; il n'a été propre qu'à deux ans.

Il avait dix-huit mois, et on venait de le *sevrer*, quand survinrent ses *premières convulsions*: le malade jouait sur son lit, lorsque soudain il se renversa en arrière, les yeux retournés, la figure décomposée, les membres rigides et immobiles des deux côtés également; « tout se passait dans la tête ». La crise dura dix minutes, et fut suivie de trois semblables dans le cours de la journée. A l'âge de vingt mois, *nouvelles convulsions*; les crises se renouvelèrent irrégulièrement à la poussée de chaque dent, et on en compte environ une douzaine jusqu'à l'âge de deux ans et demi, époque où eurent lieu les dernières. Leur durée moyenne était de 10 à 15 minutes.

André eut la rougeole à cinq ans, la coqueluche à six ans. A sept ans et demi, il fit une *chute sur la tête et l'épaule* d'une hauteur de deux mètres et demi environ. Ce traumatisme fut suivi d'ahurissement et de demi-perte de connaissance; toutefois le malade ne se ressentit plus de rien au bout de huit jours. Environ six semaines après, il eut une nouvelle émotion: « il eut très peur en voyant son frère tomber dans une cave, et être pris ensuite de *convulsions* ». Dix mois se passèrent encore, puis il revint un jour de l'école « tout bizarre », le regard fixe, les yeux hagards, la face pâle, ne parlant pas, et disant seulement *Ah! ah! ah!* Aucune trace de paralysie. Ces phénomènes durèrent trois heures, durant lesquelles on lui donna un vomitif; puis, la parole revenue, André dit qu'il « s'était senti étourdi en classe, qu'il était revenu sans prévenir, qu'à ce moment il ne voyait pas, et qu'il lui avait semblé marcher à quatre pattes ».

Un an plus tard, vers neuf ans et demi, à la suite d'une *violente colère*, réapparition des *convulsions*, qui durèrent dix-sept à dix-huit heures, *sans retour intermédiaire de la connaissance*, sous forme d'un véritable *état de mal*: les yeux étaient ouverts, convulsés en haut, les mâchoires serrées, la moitié gauche de la bouche était agitée convulsivement; les membres étaient immobiles, et on ne sait si un côté était plus raide que l'autre. Pas de cri,

pas d'écume, et comme les autres fois « tout se passait dans la tête ». Le lendemain, encore quelques petites crises; le surlendemain il n'y paraissait plus. Environ quatre mois plus tard, André se plaignit d'avoir « comme un coup de fouet dans la cheville gauche », il disait que cela lui remontait dans l'œil gauche, et qu'il voyait du feu : « Maman, maman, je vois du feu ! Oh ! ce feu ! ce feu ! » Après avoir répété cette exclamation durant dix minutes, il fut repris de convulsions : yeux convulsés, corps tout entier rigide sans tremblement, projection de salive par saccades, reprise de la connaissance après vingt minutes, regard étonné, sommeil consécutif.

Deux mois après, *deuxième crise*, en tout point semblable à la précédente.

Les crises revinrent à des intervalles variables, tous les deux, trois ou quatre mois; elles se suspendirent en mai 1870, pour réapparaître en mai 1871. Un jour, se promenant avec des jeunes gens, il s'assit brusquement par terre et s'écria : « Tirez-moi la jambe, tirez-moi la jambe ! » (1). Ceux-ci le frictionnèrent, puis le ramenèrent en le soutenant. Il ne parlait plus, était comme étourdi; on le coucha, il s'endormit. A son réveil, il raconta « qu'il avait senti que sa jambe remontait, comme si elle avait une crampe, et qu'il avait alors appelé à l'aide ». Cette crise ressemblait à celles qu'il a encore aujourd'hui; déjà à ce moment il avait cessé de voir *du feu* et de *projeter* de la salive.

Au bout de deux mois, *deuxième accès partiel de la jambe* : « Maman, maman, tire-moi la jambe ! »; la jambe se fléchissait sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, « le genou remontait », mais il n'y eut pas de perte de connaissance, ni de bave, ni d'écume, ni de morsure de la langue. Les accès, jusqu'à son entrée, ont été exclusivement *diurnes*, et jamais ils n'ont été suivis de *troubles psychiques*. Durant les nuits, le sommeil était très calme; jamais on n'a noté de *vertiges* proprement dits.

Le caractère d'André était assez bon; il était très affectueux pour sa mère, mais ne se faisait pas d'amis, et était excessivement *colère*; il était aussi plutôt *triste* que gai. Quoique ayant peu appris à l'école, où on ne le poussait pas beaucoup d'ailleurs, il en savait assez pour copier des rôles chez un architecte. Pas de mauvais instincts. Onanisme assez rare.

(1) C'est du côté gauche, et particulièrement dans la jambe gauche, que se localisent les crises.

Etat actuel. — *Tête*, assez forte, régulière; *crâne*, un peu allongé avec saillie de la région occipitale et peut-être un léger aplatissement transversal.

Diamètre occipito-frontal	20.2
— bi-pariétal	15.9
Circonférence	60

Face, régulière, ovale; *front*, un peu étroit, très peu déprimé latéralement; bosses frontales égales; arcades sourcilières assez saillantes. — *Yeux*, égaux; iris bruns, pupilles égales; ni strabisme, ni conjonctivite. — *Apophyses malaires* également développées. — *Nez* droit. — *Bouche* moyenne, lèvres assez épaisses; *maxillaires* réguliers. — *Voûte palatine*, un peu étroite, profonde, cintrée, mais non ogivale; voile du palais normal. — Pas de trace bien évidente de morsure de la *langue*. — *Menton* carré, à fossette. — *Oreilles* un peu détachées, bien ourlées, lobules semi-adhérents. — *Cou*, *thorax*, *rachis*, bien conformés.

Membres supérieurs. — Fortement musclés, également développés à la vue et aux mensurations; aucune trace de paralysie. *Cas...* est *gaucher*: sa force donne au dynamomètre, pour la *main gauche*: 71 kil.; pour la *main droite*: 45 kil. (1).

Membres inférieurs. — Également développés aussi; aucune déformation, pas de paralysie ni de parésie.

Organes génitiaux. — *Verge* assez petite; gland normal, pas de phimosis, testicules égaux, assez gros; l'onanisme serait rare; pas de rapports sexuels.

Peau, tissu cellulaire, etc. — Cheveux, sourcils, cils, châains foncés, assez fournis; peu de barbe, moustache blonde, clairsemée; tronc glabre; poils aux aisselles, au pubis, sur les membres. — Ni glandes, ni trace d'abcès. — Une cicatrice longitudinale sur la queue du sourcil gauche consécutive à une chute à la gymnastique; cicatrice de furoncle sur le cou, plusieurs cicatrices de ventouses scarifiées sur l'abdomen.

Digestion. — Appétit régulier, pas de vomissements, ni gastralgie, ni dyspepsie; selles journalières; foie un peu gros, rate normale. — *Respiration*: sonorité à la percussion; quelques râles sous-crépitants disséminés. — *Circulation*: un peu d'hypertrophie

(1) Dans une autre expérience (22 juil.): à gauche, 70; à droite, 55

cardiaque caractérisée par des battements assez forts ; irrégularité dans le rythme de ces battements, souffle au premier temps et à la base.

Sensibilité générale. — Elle semble normale dans ses divers modes, et est en tout cas égale des deux côtés. — Les *sens* spéciaux n'offrent rien de particulier à noter. — En janvier 1882 : *Taille*, 1^m,70 ; *Poids*, 65 kil. 50.

Intelligence. — Cas... a l'esprit assez ouvert, il cause raisonnablement et rien ne pourrait le faire juger malade si on ne le savait pas. Il a bonne mémoire encore, bien que, au dire de sa mère, elle ait baissé depuis son entrée dans le service. Il donne avec précision tous les renseignements qu'on lui demande sur sa maladie, ses antécédents, ceux de sa famille, etc., etc. Quoique sans goût pour les travaux intellectuels, il a appris à lire, à écrire, à compter, etc. Actuellement, il travaille régulièrement à la culture maraîchère de l'hospice. Sa tenue est correcte, il est même soigneux de sa personne et de sa santé. Toutefois son caractère est assez peu sociable ; il est violent et se livre volontiers, pour le moindre motif, à des voies de fait ; de là résulte qu'il n'a pas d'amis et que souvent personne ne veut l'assister lorsqu'il lui survient une crise hors de la vue des infirmiers. Le regard est dur.

On peut décrire chez André deux sortes de crises convulsives, les unes partielles, limitées à la jambe, plus faibles ; les autres *généralisées* et accompagnées de perte de connaissance.

Description d'un accès partiel. — Outre une série de symptômes éloignés, tels que : énervement, irascibilité plus grande, faiblesse unilatérale, engourdissement intellectuel, il existe constamment une *aura* qui varie peu. Tantôt elle part des orteils du pied gauche, remonte le long du bord interne du tibia et de la face antérieure de la cuisse ; tantôt le point de départ se trouve au niveau de la partie antérieure du cou-de-pied, et la sensation suit ensuite le même trajet. La nature de cette aura est assez difficile à préciser : d'après les explications du malade, nous pensons à une sorte de *crampe*, de *tétanisation*, accompagnée d'un tremblement, d'une sorte de trémulation, de *convulsions toniques* en un mot. A mesure que cette sensation monte, la jambe se fléchit sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, et le genou est soulevé. Il semble à André que son membre tout entier subit une sorte de *retrait*. Aussitôt que la crise commence, il se couche brusquement et appelle à l'aide : quatre ou cinq hommes s'emparent du mem-

bre, les uns compriment le métatarse, les seconds la région de la jarretière, les autres la cuisse, d'autres enfin tirent fortement le membre dans l'extension complète, pendant que le malade s'accroche à un point résistant pour faire la contre-extension. Quelquefois il pose, en outre, autour de sa cuisse un véritable garrot à tourniquet afin d'augmenter encore la constriction. On peut voir alors entre les points comprimés, et sentir sous ses mains, si on comprime soi-même, les muscles violemment agités et convulsionnés, durant deux ou trois minutes. Lorsqu'on parvient à arrêter la propagation de cette aura, la crise se trouve jugulée, le malade conserve toute sa connaissance, et, l'accès terminé, se remet au travail comme si de rien n'était.

Dans d'autres cas la crise débute de la même façon, mais, soit que dès l'abord elle se montre plus violente, soit que les secousses partielles deviennent intolérables, André renonce à persister dans la lutte, et en avertit ses aides par ces mots : « Laissez-moi, lâchez tout ! » Aussitôt on voit l'accès se généraliser et revêtir les caractères que nous allons décrire.

Description d'un accès complet. — Les prodromes éloignés sont les mêmes, l'aura émane des mêmes régions, mais au lieu de se localiser au membre inférieur gauche, elle atteint la moitié gauche de l'abdomen, puis du thorax ; le bras devient le siège des mêmes sensations, qui, montant toujours, gagnent le côté gauche du cou, de la face, et du crâne ; enfin, sans *cri initial*, survient une *perte absolue de la connaissance*. On peut voir alors, les secousses tétaniformes paraissent égales des deux côtés, succéder une *période clonique* durant laquelle les convulsions sont généralisées. Rarement il se produit de l'écume, jamais de morsure de la langue, ni de miction involontaire. L'accès se termine par une période de *stertor* : à ce moment la face est cyanosée, les paupières sont ouvertes, les pupilles plus dilatées que dans les périodes précédentes. Cas... *fume la pipe*, respire fort, bruyamment, projette de la salive. Au bout de cinq minutes environ, tout cesse, mais ce n'est guère qu'après sept ou huit minutes que le malade revient à lui ; il est tout ahuri, mais il ne dort pas ensuite, et ne tarde pas à retourner au travail.

Voici qu'elle a été la marche des accès depuis l'entrée à l'hospice.

	1874		1875		1876		1877		1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. . .	—	—	11	»	»	»	9	»	6	»	6	»	7	2	7	3	10	»
Février. . .	—	—	8	»	9	»	5	»	2	»	4	»	7	3	12	12	7	»
Mars	—	—	14	»	6	»	7	»	4	»	4	»	12	6	3	2	11	1
Avril. . . .	—	—	5	»	7	»	6	»	»	»	6	»	13	7	13	»	»	»
Mai.	—	—	2	»	2	»	3	»	8	»	9	»	11	3	12	»	»	»
Juin	—	—	2	»	3	»	2	»	4	»	6	»	7	2	12	6	»	»
Juillet. . .	4	»	21	»	»	»	2	»	6	»	8	»	9	5	5	»	»	»
Août	28	»	10	»	7	»	5	»	4	»	2	»	9	6	9	»	»	»
Septembre	15	»	7	»	3	»	3	»	5	»	4	»	16	1	10	2	»	»
Octobre. . .	17	»	7	»	1	»	10	»	8	»	8	»	12	4	10	1	»	»
Novembre	10	»	2	»	2	»	7	»	9	»	3	»	2	»	11	»	»	»
Décembre.	11	»	9	»	8	»	3	»	6	»	5	»	2	1	5	2	»	»
Totaux . . .	85	»	98	»	48	»	62	»	62	»	65	»	107	40	109	28	»	»

De nombreux *traitements* ont été institués pour ce malade, sans qu'on soit arrivé, croyons-nous, à un bénéfice réel. A son entrée, M. Delasiauve lui a continué, durant deux ans, du bromure de potassium, qu'il prenait déjà chez ses parents (1874-1877). Plus tard M. Bourneville le soumit aux inhalations de *nitrite d'amyle* et à l'*hydrothérapie* (1879). — En 1881, reprise du bromure de potassium, dont on éleva progressivement la dose jusqu'à 7 grammes, et continuation des douches ordinaires. Enfin, tout récemment, on rechercha qu'elle pourrait être sur lui l'action de divers aimants et particulièrement de bracelets et d'armures aimantés (1).

Par combien de points le malade dont nous venons de rapporter l'histoire ne diffère-t-il pas de ceux dont nous nous occupons, bien qu'à première vue on puisse s'y

(1) On trouvera des détails fort intéressants, à ce sujet, sur ce malade et sur quelques autres semblables, dans un récent et consciencieux travail publié par notre excellent ami le Dr Bricon (*Du traitement de l'épilepsie*. 1882, n° 220, p. 109-208).

laisser tromper. Notons d'abord l'absence de *localisation* ou de *prédominance des convulsions initiales*, l'absence d'*état de mal*, suivi d'*hémiplegie*, etc. Rien qu'à voir Cas..., on saisit encore davantage la différence : c'est un bel homme, ses membres sont *également développés*, il n'est affligé d'*aucune déformation*, son bras malade est même *plus fort que l'autre*. D'un autre côté, rien, dans l'évolution des accidents, qui rappelle les *trois périodes* de l'épilepsie hémiplegique infantile. Enfin, si l'on consulte le tableau des accès, on peut constater qu'ils ne paraissent pas avoir une tendance vers l'amélioration et la *cessation complète*.

A propos de ce malade, on peut encore vérifier une fois de plus l'exactitude des assertions suivantes de M. H. Jackson : « Lorsque les convulsions, dans l'épilepsie partielle débutant par le membre inférieur, tendent à se généraliser, elles se répandent successivement sur le membre supérieur d'abord, puis sur la face. Il est assez curieux, en effet, que ce soit là une loi presque immuable.

CHAPITRE VIII.

Anatomie pathologique (1).

Comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, au courant de cette étude, l'épilepsie hémiplegique infantile est une maladie *symptomatique*, autrement dit, elle offre à étudier des *lésions cérébrales*, qui sont, comme nous l'avons observé plusieurs fois, celles de l'*atrophie partielle du cerveau*. A ces lésions, véritablement *primitives*, s'en ajoutent bientôt d'autres plus ou moins éloignées, qui en sont la conséquence directe, et dont nous aurons à nous occuper après avoir étudié les premières.

Lésions fondamentales.

Lorsqu'on ouvre la cavité crânienne, on est souvent frappé de voir, le crâne étant enlevé, la *dure-mère* apparaître *flasque* et *ridée* sur toute une moitié de son étendue, et justement du côté opposé à l'hémiplegie dont était porteur le malade : il semble déjà que l'un des hémisphères cérébraux doit être plus petit que l'autre, et c'est ce qu'on constate bientôt, après avoir fendu la

(1). Nous avons fait, pour ce chapitre, de nombreux emprunts au travail si soigné de M. le D^r Cotard, sur l'*Atrophie partielle du cerveau*. Thèse de Paris, 1868.

première membrane d'enveloppe. En effet, l'encéphale étant sur la table, la *différence de volume* des hémisphères saute aux yeux; l'atrophie peut être assez considérable pour que l'hémisphère lésé mesure deux, trois ou quatre centimètres de moins que son congénère dans ses divers diamètres, et donne également un poids inférieur de plus de 200 grammes.

Après la décortication de la *pie-mère* (et cette opération est, en général, assez facile), on remarque que les lésions occupent une surface d'étendue fort variable, suivant les cas.

a) Tantôt c'est la *totalité de l'hémisphère* dont toutes les circonvolutions sur les diverses faces sont plus petites, plus tassées, ratatinées; en un mot, *atrophées*. (Obs. XVI.)

b) D'ordinaire, au milieu de cette atrophie générale, on constate que certaines circonvolutions ont subi une atrophie ou un arrêt de développement beaucoup plus prononcé que les voisines, de telle façon qu'elles paraissent avoir comme attiré à elles les parties normales ou moins altérées (Obs. XIV). Telles étaient, dans notre XVI^e OBSERVATION, les *circonvolutions frontale et pariétale ascendantes*, la première circonvolution frontale, et le *lobule paracentral*. Dans notre XV^e OBSERVATION, en même temps que l'atrophie de toutes les circonvolutions sur les diverses faces, nous avons noté un véritable *maximum* sur une *bande* de deux ou trois centimètres de largeur, partant du bord inférieur du lobe carré, remontant vers le bord supérieur de l'hémisphère, redescendant sur la face convexe, puis sur la face inférieure du lobe temporo-occipital. (Pl. II, *fig.* 1 et 2.)

c) Il est beaucoup plus rare de rencontrer des pièces sur lesquelles l'atrophie se soit absolument localisée non plus comme ci-dessus à un hémisphère, mais à un

lobe (1), à un groupe de circonvolutions ou à une circonvolution isolée. Disons aussi que, parmi les plis atteints le plus fréquemment, on doit signaler surtout : les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, le lobule paracentral, le pli courbe, les racines des circonvolutions frontales, le lobule de l'insula, le lobe carré, etc., toutes régions très importantes au point de vue de la motilité, comme on sait. Outre l'étendue des surfaces envahies, on constate aussi souvent, dès l'abord, une augmentation de densité, de consistance de tous les points intéressés, et par conséquent, fort souvent, de l'hémisphère tout entier.

Quoi qu'il en soit de la *topographie des lésions*, voici ce qu'on constate en poussant plus loin ses investigations : les circonvolutions sont au complet, mais elles sont étroites, amincies, ratatinées, souvent très plissées, et séparées les unes des autres par des sillons en général très profonds.

A la simple comparaison, elles paraissent moins développées que les circonvolutions correspondantes du côté opposé ; leur coloration est plus blanche que celle des parties voisines ; leur *consistance* est d'une fermeté extraordinaire et qui tranche d'une façon absolue avec celle des parties saines ; elle rappelle celle du caoutchouc par son élasticité. On se trouve là, en somme, en présence d'une *sclérose lobaire*, d'un processus caractérisé par la prolifération des éléments conjonctifs, avec atrophie consécutive des cellules et des tubes nerveux ; d'un processus auquel Pinel donnait le nom d'*Induration du cerveau* (2). Sur ces circonvolutions ainsi affectées, on constate à la coupe, d'après M. Cotard, « que la séparation

(1) Cotard, *loc. cit.*, observation XXXI.

(2) *Journal de Physiologie de Magendie*, 1822.

Wuillamier.

des substances grise et blanche est effacée ; que la substance blanche est également ferme ; qu'elle se déchire par lanières et ne se laisse pas écraser. Au microscope, on trouve une matière amorphe abondante finement granuleuse et très cohérente, une grande quantité de fibres lamineuses, des corps amyloïdes, et quelques rares éléments nerveux plus ou moins altérés. »

Voici ce qu'on a noté sur une coupe pratiquée au niveau des parties sclérosées de l'hémisphère gauche de Gav... (Obs. XIV) : La coloration des deux substances était conservée ; mais elles étaient séparées par une bandelette jaunâtre, dont la coloration tranchait avec celle de la substance grise. Un tissu induré, d'une épaisseur de 1 millim. à 1 millim. 1/2, constituait ces bandelettes, qui suivaient le trajet des circonvolutions indurées et qui étaient plus épaisses et plus consistantes dans les circonvolutions des *régions motrices*, où l'atrophie était plus considérable. Les noyaux gris centraux n'étaient pas altérés. (Fig. 5.)

L'observation suivante, recueillie par M. Bourneville (1) sur une malade de la Salpêtrière rentrant dans la classe des malades dont nous nous occupons, renferme la description détaillée d'un hémisphère atteint d'atrophie scléreuse.

(1) *Progrès médical*, 1879, p.

OBSERVATION XIV.

SOMMAIRE. — *Convulsions revêtant la marche de l'état de mal et affectant exclusivement la moitié droite du corps. — Vertiges consécutifs. — Début des accès d'épilepsie. — Développement progressif de l'hémiplégie droite. — Diminution parallèle des facultés intellectuelles. — Etat de la malade en avril 1878. — Tête et face; — membres, etc. — Marche des accès et des vertiges. — Tuberculisation pulmonaire aiguë.*

Autopsie : Lésions osseuses; — Atrophie générale de l'hémisphère cérébral gauche; — Induration des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes, du lobule paracentral, etc. — Caractère de cette lésion. — Dégénération secondaires.

Gav... Mathilde, est entrée le 16 août 1876 à la Salpêtrière (service de M. DELASIAUVE); elle était alors âgée de 16 ans.

Renseignements fournis par sa mère (1879). — Père, boutonnier, mort à 43 ans (1869) d'une fluxion de poitrine; il était sobre; ni lui, ni aucun de ses parents n'aurait offert de maladies nerveuses, sauf une nièce qui serait née avec les pieds bots. — Mère, 53 ans, couturière; elle n'a jamais eu d'autres accidents nerveux que quelques névralgies; eczéma des mains. [Père, rien. — Mère, morte de la poitrine à 34 ans. — Une sœur a été atteinte d'épilepsie à l'âge d'environ trois mois]. — Pas de consanguinité.

Six enfants : 1^o garçon mort à 5 mois, *convulsions*; 2^o fille morte à 4 ans, *convulsions*; 3^o garçon mort à 5 mois, *convulsions*; 5^o fille morte à 15 ans de la *poitrine*.

Mathilde est née à terme; la grossesse avait été bonne. Elle a été nourrie au sein par sa mère, a marché et a été propre à 13 mois. Elle a parlé de bonne heure et paraissait « excessivement intelligente ». A 2 ans 1/2, dans le cours d'une diarrhée ordinaire, elle a été prise, sans cause connue, de *convulsions* qui ont duré un quart d'heure : tête renversée, yeux tournés, pas de mouvements des membres.

Neuf jours plus tard, sont survenues, sans aucun prodrome, des *convulsions*, dites *épileptiformes* par le médecin; elles ont duré douze heures et ont été circonscrites à la moitié droite du

corps (face, bras, jambe) : l'œil, le coin de la bouche et l'aile du nez du côté droit étaient tirés à droite. « Tout le côté droit, assure-t-on, était secoué comme par un ressort. »

Les convulsions ayant cessé, l'enfant s'est endormie ; au réveil, elle avait sa connaissance et, après avoir eu une fièvre assez forte pendant 3 ou 4 jours, elle s'est rétablie assez vite. Elle marchait sans traîner la jambe et se servait de ses bras ; la parole était libre. Mais on remarqua qu'elle était sujette 3 ou 4 fois par jour à des *vertiges* : elle venait tout d'un coup auprès de sa mère, « d'un air penaud » faisait 5 ou 6 mouvements de déglutition ; la face n'éprouvait aucune modification.

Six mois après cet état de mal convulsif, G... fut prise de *nouvelles convulsions* qui durèrent aussi une douzaine d'heures, et n'intéressèrent encore que le côté droit. Elle eut de la fièvre durant 3 ou 4 jours, et fut capable de se lever au bout de deux semaines. On ne remarqua aucun signe de paralysie. Les *vertiges* devinrent plus accusés : aux phénomènes déjà décrits s'ajouta une déviation des yeux et de la bouche qui s'ouvrait.

A 7 ans, éclata le *premier accès d'épilepsie* sans cause appréciable, sans *aura*. On ne saurait dire si, dans les accès, les convulsions prédominaient dans le côté droit du corps. A dater de là, on a constaté un *affaiblissement paralytique* de la jambe et du bras du côté droit ; peu à peu, le pied s'est déformé, la main s'est pliée. « C'est, déclare-t-on, la jambe qui, la première, a été la plus malade. » La *parole* s'est altérée rapidement, et, à 9 ou 10 ans, G... ne prononçait plus que quelques mots (petit, pomme, papa, maman). A la même époque, elle est redevenue gâteuse, La *marche* est devenue très défectueuse depuis l'âge de 13 ans.

La *menstruation* s'est établie sans difficulté et régulièrement à 16 ans : les accès ont augmenté, et le caractère s'est modifié : irritabilité, tentatives pour mordre, cris ; — le bras droit, dont G... se servait encore un peu, s'est plié et elle a cessé à peu près complètement de s'en servir.

Avant l'admission à la Salpêtrière, les accès étaient très fréquents, quotidiens (4 ou 5 par jour) ; — souvent il y avait des séries (10, 12 ou 15 en quelques heures) ; — deux fois on aurait observé un *état de mal* et on aurait craint que G... ne succombât. Jamais d'*aura*, ni de vision colorée ; pas d'écume, quelquefois morsure de la langue quand les accès se répétaient. Les accès étaient toujours diurnes et se compliquaient journellement de *vertiges*. On a noté deux rémissions de six semaines.

Etat de la malade en avril 1878. — La tête est assez volumineuse, le front, déprimé latéralement, est assez élevé; la bosse frontale droite semble un peu plus saillante que la gauche; les arcades sourcilières sont saillantes; le nez, les joues sont symétriques; le sillon naso-labial gauche est plus accentué que l'autre et la bouche est légèrement tirée à gauche. Les arcades sont régulières; il ne manque qu'une dent. Voûte et voile du palais symétriques, autant qu'un examen difficile permet d'en juger.

Le système pileux est abondant, même au pénil. — Les seins sont assez gros; le gauche est plus ferme et plus volumineux que le droit.

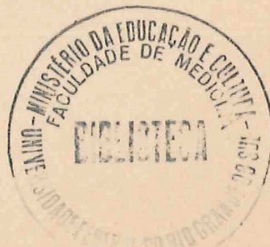
Membre supérieur droit. — Le bras est collé contre le thorax, l'avant-bras est fléchi à angle aigu sur le bras; la main fléchie à angle droit sur le poignet qui est roide ainsi que le coude. L'épaule et les doigts sont souples. La main est bleuâtre, froide, et de plus très-déviée sur le bord cubital gauche. La malade parvient à soulever le bras et à le mettre à angle droit avec le tronc; les doigts sont immobiles.

Membre supérieur gauche. — Rien de particulier, sauf un peu de cyanose et de refroidissement de la main.

Voici les mensurations comparatives des deux membres supérieurs.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence au niveau de l'aisselle	21	22
— du bras à 10 centim. au-dessus de l'olécrâne	20.1/2	22
— de l'avant-bras à 10 centim. au-dessous de l'olécrâne	18.1/2	19
— du poignet	13	13.3
— du métacarpe	15.1/4	15 1/2
Distance de l'acromion à l'olécrâne	28	31
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	23	23
— de celle-ci à l'extrémité des médius	13.1/2	14.1/2
Longueur de la clavicule	14	15

Membres inférieurs. — a) *Droit.* — Il est dans l'extension et un peu dans l'adduction; le pied, violacé et froid, a de la tendance à se renverser en dedans; le gros orteil est dans l'extension. Pas de rigidité des jointures, pas de mouvements. — Dans la marche, on note que le genou droit se porte en dedans, que le



ped correspondant se détache moins bien du sol, que la malade s'avance en fauchant. G... ne peut d'ailleurs marcher que si on la tient d'un côté. — ni mouvement fibrillaires, ni trépidation provoquée.

b) *Gauche*. — Il est normal. — La mensuration comparative des membres inférieurs n'a fourni que des différences insignifiantes.

La *sensibilité* générale paraît normale. — La respiration est régulière. Il n'y a rien au cœur. Pas de troubles de la digestion. — Légère leucorrhée; pas d'onanisme, — Elle ne prononce plus que les mots : papa, maman. Elle ne peut ni manger ni s'habiller; elle passe son temps avec des joujoux; pousse fréquemment des cris sauvages; bave; mord les infirmières ou les autres enfants.

1879. 2 janvier. — Depuis une quinzaine de jours, G... reste couchée et ne prend que très peu d'aliments. Pas de vomissements ni de diarrhée. On trouve de petites eschares au niveau des grands trochanters, des deux côtés du sacrum, et de la maléole externe droite.

Toux rare; R. à 36; l'auscultation ne donne aucun renseignement précis par suite des cris et des mouvements de la malade. Matité notable en arrière et des deux côtés. — Amaigrissement notable. T. R. 40°, 1. — Soir : T. R. 40°, 2.

3 janv. — T. R. 40°, 3. — Soir : T. R. 40°, 1.

4 janv. — T. R. 39°, 2. — Soir : T. R. 39°, 3.

5 janv. — T. R. 39°, 1. — Soir : T. R. 40°.

6 janv. — Matité assez étendue des deux côtés. — A droite, souffle caverneux probable; à gauche, gargouillement? râles. — On note une *contracture* de l'épaule, du coude, du poignet, du genou et du pied du côté droit. — Emaciation, altération des traits. — T. R. 40°. — Soir : T. R. 40°, 2.

7 janv. — T. R. 39°, 2. — Soir : T. R. 40°.

8 janv. — T. R. 40°. — Soir : T. R. 40°, 2.

9 janv. — T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°, 2. — Dans la nuit, T. R. 40°, 2. Morte à 4 heures du matin le 10 janvier. — Ni accès, ni vertiges en janvier.

	1876			1877			1878		
	Accès.	Vertiges.	Date des règles.	Accès.	Vertiges.	Date des règles.	Accès.	Vertiges.	Date des règles.
Janvier. . . .	»	»	»	26	»	»	8	»	»
Février. . . .	»	»	»	50	»	»	22	»	»
Mars.	»	»	»	65	»	le 14	25	8	»
Avril.	»	»	»	40	»	»	21	»	»
Mai.	»	»	»	39	1	»	30	»	»
Juin.	»	»	»	71	»	»	10	4	le 17
Juillet. . . .	»	»	»	32	»	»	13	»	le 17
Août.	18	1	»	56	3	»	10	»	»
Septembre. .	60	55	le 10	80	5	le 7	4	»	»
Octobre. . .	58	49	»	»	32	»	62	»	»
Novembre. .	2	»	le 8	55	40	»	24	»	»
Décembre. .	39	»	le 15	94	45	»	43	»	»
Totaux. . .	177	105		608	131		292	25	

AUTOPSIE le 11 janvier. — Cuir chevelu, rien. — Les os du crâne sont très épais et beaucoup plus à gauche qu'à droite. La moitié gauche de la base du crâne est notablement déformée; la fosse coronale gauche est plus saillante que la droite, presque unie. La fosse sphénoïdale est plus étroite que celle du côté opposé. L'apophyse crista-galli est déjetée à gauche, en sorte que la gouttière ethmoïdale est à peine marquée. La selle turcique est très étroite. Les apophyses clinoides antérieures et postérieures ne sont distantes les unes des autres que de 2 ou 3 millimètres; la lame quadrilatère est très déprimée et se continue directement avec la gouttière basilaire. — La dure-mère est un peu épaissie à gauche. — Les artères de la base paraissent égales. — La pie-mère ne présente qu'une légère injection.

Encéphale. — L'hémisphère cérébral gauche est notablement moins long et moins large que l'hémisphère droit. — les hémisphères cérébelleux paraissent égaux. — Le nerf olfactif gauche est légèrement moins gros que le droit. — Les nerfs et les bandes optiques ont le même volume. — L'éminence mamillaire gauche est considérablement atrophiee. — Le pédoncule cérébral gauche est plus étroit et moins bombé que le droit. — La moitié gauche de la protubérance est plus petite que l'autre. — La pyramide antérieure et l'olive gauche sont plus petites que les parties correspondantes du côté droit. (Fig. 3).

Hémisphère droit. — A la face externe, toutes les circonvolu.

tions ont conservé leurs dimensions et leur consistance normales. Il en est de même à la face interne, sauf à l'extrémité postéro-supérieure de la scissure calloso-marginale où l'on constate une légère induration au niveau de la partie antérieure du *lobe carré* et de la partie postérieure du *lobe ovalaire*.

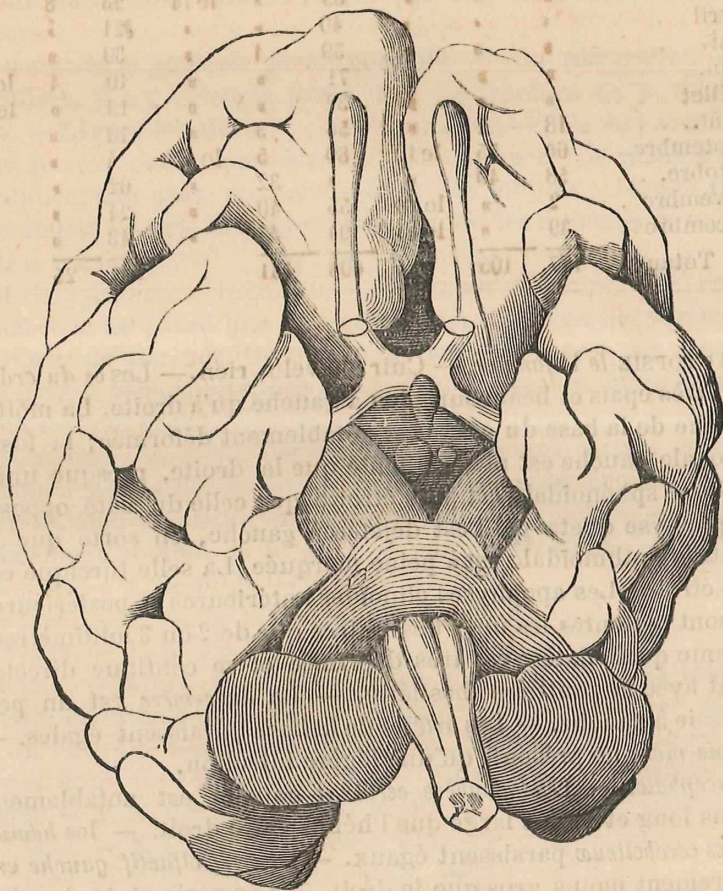


Fig. 3.

Hémisphère gauche. — Les *circonvolutions* de la *face externe* présentent dans leur ensemble la même atrophie que celles de la *face inférieure* où les différences de volume d'un côté à l'autre sont plus accentuées et plus frappantes que partout ailleurs. Néanmoins, on constate aisément que certaines *circonvolutions*

ont subi une atrophie ou un arrêt de développement beaucoup plus prononcé que les autres, de telle façon qu'elles paraissent avoir attiré à elles les parties normales.

On peut également se rendre compte que les circonvolutions diminuées de volume ont une consistance beaucoup plus ferme que les circonvolutions normales; elles sont rénitentes, indurées, et donnent la sensation de caoutchouc.

Les circonvolutions atrophiées indurées sont les suivantes (Fig. 4).

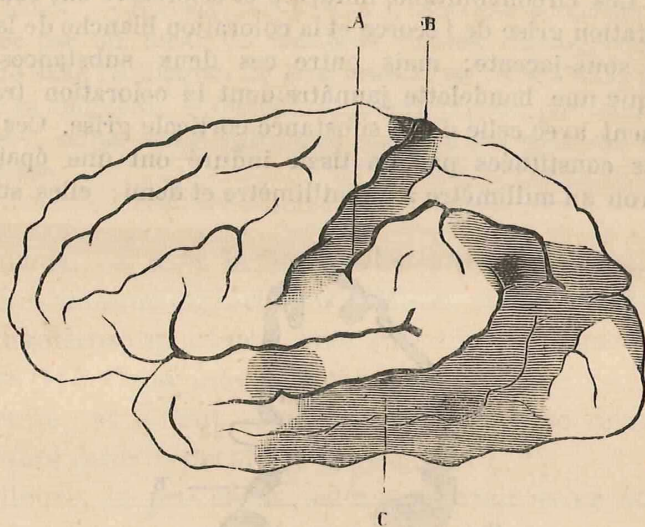


Fig. 4. — Face externe de l'hémisphère gauche. — Les parties teintées en gris étaient le siège de l'atrophie et de la sclérose. Les points de cette figure qui sont le plus foncés sont ceux où la lésion était le plus accentuée.

Face externe. — 1° La *pariétale ascendante* (Fig. 4, A. B.), dans toute son étendue; au niveau de la scissure inter hémisphérique l'induration dépasse en avant le sillon de Rolando et s'étend au sommet de la *circonvolution frontale ascendante*, dans la région correspondant au lobule paracentral (Fig. 4, B);

2° Le *lobule pariétal inférieur* dans sa partie postérieure seulement et le *pli courbe*; à partir de celui-ci, l'atrophie s'étend en arrière jusqu'à la scissure occipitale, mais n'intéresse pas l'extrémité du lobe occipital;

3° Les deuxième et troisième circonvolutions sphéno-tempo-

rales (Fig. 4, C); la première n'est atrophiée et indurée que dans une faible partie de sa région moyenne.

Face interne : le lobe paracentral tout entier est atrophié et fortement sclérosé; le lobe carré est également altéré dans toute son étendue, mais l'induration y est moins prononcée que dans le lobule paracentral. Une petite portion du coin seulement est atrophiée. La circonvolution de l'hippocampe offre la même altération mais à un faible degré.

Coupe pratiquée au niveau des parties sclérosées de l'hémisphère gauche. — Les circonvolutions indurées et sclérosées ont conservé la coloration grise de l'écorce et la coloration blanche de la substance sous-jacente; mais entre ces deux substances, on remarque une bandelette jaunâtre dont la coloration tranche nettement avec celle de la substance corticale grise. Ces bandelettes constituées par un tissu induré ont une épaisseur d'environ un millimètre à un millimètre et demi; elles suivent

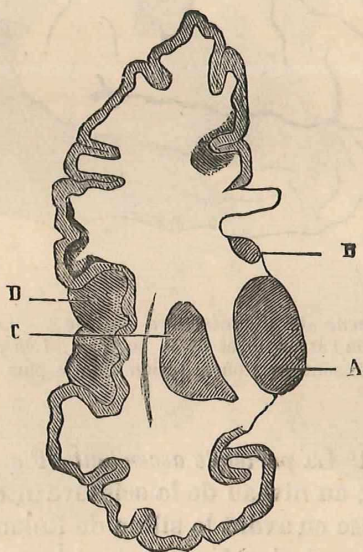


Fig. 5. — Coupe pariétale dans le lobe gauche. — On voit à la partie interne et à la partie externe deux bandelettes grises situées entre la substance blanche du centre ovale; elles représentent l'induration des circonvolutions atrophiées.

exactement tout le trajet des circonvolutions dont on a constaté l'induration à la face externe de l'hémisphère. Elles sont plus épaisses et d'une consistance plus dense dans les circonvolutions

des régions motrices où l'atrophie est le plus prononcée. Quelques-unes s'étendent dans le centre ovale, à un centimètre de profondeur, de manière à dépasser sensiblement l'épaisseur d'un millimètre qui vient de leur être assignée. — Les *noyaux gris centraux* n'ont subi aucune altération appréciable (Fig. 5.)

Thorax. — Le *poumon droit* est fortement rétracté dans la gouttière vertébrale où il est adhérent. Masses caséuses des deux tiers supérieurs. — Au sommet du *poumon gauche*, petite caverne et masses caséuses. — *Cœur* : 130 gr., sain.

Abdomen. — *Estomac, foie* (900 gr.), *rate* rien. Ampoule rectale dilatée par un amas de matières fécales, dures, remontant jusque dans l'S iliaque. Le *gros intestin* est rétréci dans presque toute sa longueur. — *Ganglions mésentériques, péritoine, ovaires, etc.*, sains. — La substance corticale des *reins* est un peu décolorée.

Parfois, ce sont là les seules lésions pouvant être décrites comme *primitives*. Est-on en présence alors d'une sclérose spontanée avec atrophie nerveuse consécutive (1) ? Cette interprétation ne fait que reculer la difficulté, et il faut toujours en venir à se demander pourquoi cette hyperplasie conjonctive ?

Ailleurs, le processus scléreux paraît avoir succédé manifestement à une altération préalable des circonvolutions. Dans certains cas, en effet, on a rencontré, sur une ou plusieurs de celles-ci, paraissant avoir été altérées les premières, de véritables *plaques jaunes, ocrées*, et variablement *déprimées* (2). Nous avons pu observer nous-même sur un de nos cerveaux (Obs. XV) une *petite dépression* d'environ 5 millim. de diamètre sur la partie moyenne de la première circonvolution frontale. Cette dépression avait l'aspect d'un *ancien*

(1) Cotard. — *Loc. cit.*, Observation XXXV.

(2) Cotard. — *Loc. cit.*, Observation XXXIV. — Bourneville. — *Gazette médicale*, n^{os} 50 et 51 ; observation de Laul...

foyer avec infiltration celluleuse. Ces plaques étaient-elles consécutives à un foyer de ramollissement? Seraient-elles le mode de terminaison de certaines formes d'encéphalite décrites par M. Hayem (3)? C'est à la première opinion que paraît se rattacher M. Cotard.

L'observation que nous rapportons ici offre un bel exemple d'atrophie cérébrale partielle avec sclérose. Cette sclérose est-elle spontanée ou consécutive au petit foyer mentionné? Nous n'oserions le décider.

OBSERVATION XV.

SOMMAIRE : *Grand-père maternel ; excès de boisson. — Convulsions à 6 mois ; idiotie consécutive. — Etat de mal avec prédominance des convulsions à droite (à 2 ans). — Hémiplegie consécutive. — Mort dans la période grave de l'Epilepsie. — Atrophie cérébrale de l'hémisphère gauche avec localisation en arrière du lobe paracentral.*

Tourn... (Charles-Jules), âgé de treize ans, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 8 février 1882.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère du malade). — *Père*, 40 ans, lors de la naissance de l'enfant qui n'est pas légitime, mécanicien habile, intelligent, sobre, bien portant. Aucun renseignement sur sa famille.

Mère, 52 ans, actuellement épinglière, puis femme de ménage, intelligente, sobre, bien portante, n'a pas eu de convulsions, n'est pas nerveuse. [*Père*, meunier, quelques excès de boisson, assez calme, mort de phthisie professionnelle. — *Mère*, aucun accident nerveux, morte à 55 ans, « de son retour d'âge » (?) — Un frère en bonne santé ainsi que son enfant. — Six sœurs bien portantes ayant de nombreux enfants dont aucun n'a eu de convulsions. Pas d'antécédents nerveux héréditaires, ni de sujets mal formés dans la famille.]

(3) *Études sur les diverses formes d'encéphalite* (Thèse de Paris, 1868).

Pas de consanguinité.

Un enfant, *notre malade* : *Grossesse* bonne, *impressionnabilité* très grande pour les orages et les éclairs ; *accouchement* naturel et à terme. Charles a été nourri par sa mère qui ne l'a sevré qu'à 27 mois. La *première dent* n'est sortie qu'à 15 mois. *Jamais il n'a parlé* ; il est devenu relativement propre et demandait le vase par une sorte de « grognement ». Vers 10 ans, il a *marché* seul pendant trois mois, mais peu à peu il a désappris, et ne marche plus qu'en donnant la main. Il ne bavait pas, ne se balançait pas, ne criait pas, ne grinçait pas des dents, mais avait l'habitude de mettre ses mains dans la bouche. Pas de mauvais instincts, il paraissait pourtant intelligent quoique très en retard et il « comprenait tout. » C'est à *six mois* qu'ont apparu les *premières convulsions*, qui furent généralisées et durèrent dix minutes environ. Elles se renouvelèrent *quotidiennement* pendant six semaines, puis ne reparurent plus que *tous les mois*. Charles avait deux ans, lorsqu'il fut pris d'une sorte d'*état de mal* qui dura de une heure après-midi à une heure du matin, et dans lequel les convulsions auraient incontestablement *prédominé du côté droit*. Après cette crise, il *cessa de paraître intelligent*, il eut « quelque chose de forcé dans les yeux et dans la tête ». Enfin, il *cessa de se servir du bras droit*, et la *jambe droite devint manifestement moins forte*. Par la suite, les crises convulsives reprirent leur cours, revenant tous les mois, alors le maximum des accès, en un jour, a été de trois. Depuis le 25 janvier, les accès ont augmenté de fréquence et se sont renouvelés jusques à *quinze fois* par jour, si bien que la mère s'est résignée à le placer dans un asile. A la maison, son caractère était affectueux il reconnaissait sa mère ; il jouait avec des joujoux, tranquillement assis sur sa chaise, en se servant toujours de la main gauche. Jamais il ne s'est blessé dans ses accès ; rien ne faisait prévoir leur début.

Charles a eu la *rougeole* à trois ans, et de fréquentes *otites* légères à gauche. Le traitement a consisté en bains et en un peu de bromure de potassium.

Etat actuel. — Tête symétrique, la région pariétale est déprimée à gauche.

Diamètre antéro-postérieur.	0.16 cent.
Diamètre bi-pariétal	0.12 cent.
Circonférence.	0.49 cent.

Face, assez régulière et ovale. — *Front* bas, fuyant ; bosse frontale droite plus saillante que la gauche qui est un peu aplatie ; arcades sourcilières déprimées. Egal développement des *apophyses malaires*. — Fentes palpébrales égales ; iris bruns ; pupille gauche plus dilatée. — *Nez* aquilin, légèrement dévié à droite. — *Bouche* moyenne ; maxillaires supérieurs réguliers ; à l'inférieur, il semble que l'angle est plus accusé à gauche. — *Voûte palatine* symétrique, peu profonde ; voile et ses dépendances normaux. — *Oreilles* grandes, lobules détachés. — *Menton* pointu.

Cou bien conformé. — *Thorax* un peu déformé : saillie prononcée du sternum au niveau de l'appendice xiphoïde, voussure des cartilages costaux du côté droit, dépression des cartilages correspondants à gauche.

Membres supérieurs. — Egalement développés à première vue, longs, très grêles ; aucun mouvement du membre droit, qui reste invariablement dans la demi-flexion, avec la main en pronation forcée.

Membres inférieurs. — Le membre droit ne paraît pas sensiblement atrophié ; la jambe est légèrement fléchie sur la cuisse et on éprouve une grande difficulté pour l'étendre, le genou est raide, le pied droit est dans l'adduction. Tourn..... remue dans son lit la jambe gauche, mais le membre droit reste absolument immobile.

Organes géniteux : bien conformés, gland découvert, testicules descendus. Pas d'onanisme constaté.

Peau : Cheveux châtains foncés assez abondants, sourcils et cils de même couleur ; léger duvet sur la lèvre supérieure ; corps et membres glabres ; poils assez abondants et assez longs au pubis. — Aucune trace de cicatrice ni d'abcès ; eschares dans le dos et sur la fesse consécutives au décubitus.

Digestion : Appétit habituel et non capricieux ; pas de vomissement ni de météorisme ; selles quotidiennes ; pas de salacité ; grand gâteux. — *Circulation* : Battements du cœur réguliers, aucun bruit morbide. — *Respiration* ; sonorité thoracique, pas de râles.

Sensibilité générale : Conservée dans ses divers modes ; ne paraît pas affaiblie à droite. — T..... voit, entend, perçoit évidemment les odeurs et les saveurs, mais il est impossible d'apprécier la qualité de ces divers sens.

Intelligence. — Depuis son entrée, Charles ne quitte pas le lit ;

il ne prononce pas un mot, ne rit jamais, balance sa tête à droite et à gauche, bave continuellement. Il pousse des cris plaintifs si on veut le retourner d'un côté ou d'un autre; pas de grincement de dents ni de succion. Il s'amuse à agiter de la main gauche une petite cuiller suspendue à son cou par un cordon. Il ne laisse voir aucune lueur d'intelligence, ne reconnaît même pas sa mère, et ne s'anime que pour manger. Le sommeil est bon.

Marche de la maladie. — Depuis l'entrée de Charles dans le service, les accès ont été excessivement fréquents, ainsi qu'on pourra le constater sur le tableau suivant :

	Jour.	Nuit.		Jour.	Nuit.
8 février	35	26	20 février	10	12
9 —	15	7	21 —	10	10
10 —	12	10	22 —	12	3
11 —	10	5	23 —	15	14
12 —	12	9	24 —	10	15
13 —	10	3	25 —	15	9
14 —	6	2	26 —	15	8
15 —	12	5	27 —	6	
16 —	12	6	28 —	6	
17 —	8	8			
18 —	10	8	Totaux	249	164
19 —	8	8			

C'est-à-dire, en réunissant les accès de nuit et de jour, 413 accès en vingt jours. Les crises étaient trop fréquentes pour qu'on puisse en reconnaître les prodromes éloignés. Une faible plainte, un cri étouffé, en annonçaient souvent le début, qui, d'autrefois, était absolument [silencieux]. Dans la phase de *tétanisation*, la tête s'inclinait à droite et le tronc à gauche, la face devenait livide, on ne sait si la rigidité prédominait à droite. Les *secousses cloniques* étaient souvent limitées aux bras : elles commençaient d'abord au bras droit, qui était le plus raide et le plus agité, puis, elles envahissaient ensuite le bras gauche. D'autres fois, elles se généralisaient, mais toujours avec *prédominance du côté droit*, par lequel elles *débutaient* et qu'elles *quittaient en dernier*. A la fin de la crise, issue par la bouche d'une écume jaunâtre, *stertor* peu prolongé, à la suite duquel Charles soulevait plusieurs fois de suite son bras paralysé.

Jusqu'au jour de la mort, la température rectale prise avec soin, a donné des chiffres oscillant autour de 38°. Le 28 février, elle s'éleva à 41°,2, le malade était véritablement agonisant, sans

qu'on puisse trouver aucune autre cause que le grand nombre de ses accès du mois. Il mourut, en effet, à une heure de l'après-midi. — T. R., *post mortem* 42°, 4.

AUTOPSIE, le 1^{er} mars. — *Cuir chevelu*, assez épais. — *Crâne* très dur; paroi osseuse très épaisse. — *Base du crâne asymétrique*, la moitié droite est plus développée que la moitié gauche, les saillies et les dépressions y sont plus accusées. — *Dure-mère* normale. — Peu de *liquide céphalo-rachidien*. — *Pie-mère* en général congestionnée.

Encéphale : 830 gr. L'hémisphère droit pèse 140 gr. de plus que le gauche et paraît de suite plus volumineux. La mensuration confirme le fait et donne :

	Droit.	Gauche.
Longueur de l'hémisphère.	16	14.5
Largeur —	5.5	4
Hauteur —	9.5	7.3

Les deux nerfs olfactifs paraissent à peu près éganx. Le *nerf optique*, le *chiasma*, les parties voisines sont moins développés du côté gauche.

Hémisphère droit : de consistance assez ferme.

Face convexe, (Pl. I, fig. 1). — Circonvolutions frontales bien plissées, sillon de la première peu profond; ceux de la deuxième et de la troisième le sont beaucoup au contraire. Circonvolution frontale et pariétale ascendante, régulières; sillon de Rolando profond. Le lobule de l'insula et ses cinq digitations sont très distincts; les lobes pariétaux, supérieur et inférieur, le pli courbe, sont très plissés et séparés par des sillons très profonds. Le lobe occipital est passablement plissé; mais deux des circonvolutions sont comme soudées; on dirait que le sillon intermédiaire est en voie de formation. Les trois circonvolutions temporales sont peu plissées.

Face interne, (Pl. I, fig. 2). — Première circonvolution frontale normale; circonvolution du corps calleux peu plissée; sillon calloso-marginal assez profond; lobe paracentral très développé, ainsi que le lobe carré et le coin qui sont très plissés. Ventricle latéral non dilaté; corps opto-strié bien développés.

Face inférieure. — Rien de particulier.

Hémisphère gauche. — Pris dans son ensemble, toutes les circonvolutions sur les diverses faces sont atrophiées.

Face convexe, (Pl. II, fig. 1). — Les trois circonvolutions frontales ont leur racine distincte, sont étroites en avant, assez sinues, séparées par des sillons relativement assez profonds. Sur la partie moyenne de la première frontale, se voit une *petite dépression* de cinq millimètres de diamètre, au fond de laquelle existe une petite saillie de trois millimètres. On dirait un pois enfoncé dans la substance cérébrale. Dans sa moitié antérieure, cette petite dépression a l'aspect d'un *ancien foyer* avec infiltration celluleuse. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont assez bien développées par rapport aux autres, mais sont notablement *plus petites que celles du côté opposé*. Les plis pariétaux supérieur et inférieur sont très plissés, mais *atrophies*. On note aussi une *diminution de volume* du pli courbe, du lobe occipital, des circonvolutions temporales, mais ces diverses régions sont bien plissées et séparées par des sillons très profonds. Le lobule de l'insulat est aussi net que celui du côté opposé.

Face interne (Pl. II, fig. 2). — Toutes les circonvolutions existent. La première frontale, la circonvolution du corps calleux sont régulières et uniformément *amaigries*. Le lobule paracentral est *atrophie* et *irrégulier*, son bord inférieur est coupé par deux sillons; son sillon central vertical est tout à fait superficiel. Le lobe carré présente une atrophie beaucoup plus *considérable* encore; il semble que *l'arrêt de développement prédomine là par rapport aux autres régions*. A ce niveau le tissu est *plus ferme, plus blanc*. Si on rapproche *l'aspect dur et atrophie* de cette région, du même aspect qu'on note sur le lobule pariétal inférieur et sur le pli de passage qui l'unit au pied de la pariétale ascendante, sur le pli courbe, sur les racines des trois frontales, on dirait alors qu'il existe une *bande de deux à trois centimètres de largeur partant du bord inférieur du lobe carré, remontant vers le bord supérieur de l'hémisphère, redescendant sur la face convexe, puis sur la face inférieure du lobe temporo-occipital*: sur cette sorte de bande les circonvolutions sont *plus atrophiées, plus blanches, plus fermes*. Toutefois cette partie lésée *n'a nulle part l'aspect vermicelliforme*. Le coin, le lobe occipital sont *amaigris*, mais dans les mêmes proportions que les circonvolutions antérieures. La cavité ventriculaire est relativement petite; le corps opto-strié la corne d'Ammon sont sains.

Le pédoncule cérébral gauche paraît, sur une coupe, *moins large que le droit* quoique aussi long; il est *moins arrondi* surtout à sa partie postérieure, au niveau des tubercules quadrijumeaux.

Les deux moitiés de la *protubérance* semblent égales, sauf

Wuillamier.

peut-être que la partie antérieure gauche serait moins arrondie.
Égalité des pyramides, des olives, etc.

L'hémisphère cérébelleux droit est beaucoup plus petit que le gauche.

Thorax. — Pas de liquide dans les plèvres, aucune trace d'adhérences; aucune autre chose que de la congestion dans les poumons. — *Cœur*, normal, aucune lésion d'orifices, pèse 180 gr.

— *Aorte*, saine,

Abdomen. — *Foie*, 990 gr., tissu normal, ni kyste, ni calculs, — *Rate*, 125 gr., tissu ferme. — *Reins*, faciles à décortiquer; le droit pèse 105 gr., le gauche 110 gr. — *Estomac et intestins*, rien. — *Vessie*, normale.

Nous avons relaté jusqu'ici ce qu'on rencontre le plus souvent, ce que nous avons été à même de constater nous-même. Mais nous ne devons pas passer sous silence deux ou trois observations de la thèse de M. Cotard, où, chez des malades ayant évolué à peu près comme les nôtres, on a trouvé d'autres lésions encore.

Nous lisons (OBS. XII) (1): « Hémisphère gauche beaucoup plus petit; arachnoïde épaisse, opaque; à la partie postérieure de la face supérieure de cet hémisphère, dépression considérable... où la substance du cerveau est convertie en une sorte de tissu cellulaire infiltré de sérosité, sur une épaisseur qui atteint le ventricule, dont la paroi supérieure n'est que de trois lignes. » Dans une autre (OBS. XIII) (1): « Destruction d'une portion considérable de l'hémisphère gauche. Vers le milieu de la face externe, excavation de 4 centim. de profondeur sur 3 de largeur, étendue de la scissure de Sylvius, au fond de laquelle on ne voit plus le groupe du lobule de l'insula, jusqu'à un pouce de l'extrémité du lobe cérébral postérieur. Cette cavité, en forme de kyste, remplie de sérosité, se trouve au niveau de l'étage supérieur du ventricule, qu'elle contourne sans communiquer avec lui.

(1) Cotard. — *Loc. cit.*

Les parois sont formées par les circonvolutions réduites à l'état d'une masse composée de tissu cellulaire lâche, infiltré de sérosité, où on ne trouve plus trace de substance cérébrale... Les méninges adhérentes achèvent cette sorte de kyste..., etc. » On pourrait encore citer l'OBSERVATION XXIV du même auteur, comme offrant des lésions analogues.

En résumé : 1° Il est légitime de regarder l'épilepsie hémiplegique infantile comme une épilepsie symptomatique; 2° les lésions intéressent les régions corticales; 3° ces lésions sont le plus souvent une atrophie de tout ou partie d'un hémisphère, avec amaigrissement et sclérose des circonvolutions correspondantes; 4° cette sclérose peut être consécutive à d'autres lésions préalables, mais le plus souvent elle paraît spontanée; 5° les noyaux centraux sont toujours sains.

Lésions secondaires.

Lorsque les accidents qui doivent amener l'atrophie partielle surviennent avant le développement complet du crâne, on comprend que ce développement puisse être modifié, de façon à ce que le contenant s'adapte au contenu. Nous avons souvent noté, dans nos observations, un volume moindre pour la demi-circonférence de la calotte correspondant à l'hémisphère atteint, et aussi parfois une saillie moins considérable, une sorte d'aplatissement des diverses régions de la même moitié du crâne. A l'ouverture de la boîte crânienne, on retrouve souvent une disposition analogue; chez Tourn... (OBS. XV), la base du crâne était *asymétrique*, la moitié gauche (correspondant à l'hémisphère atrophié) était moins développée que la moitié droite. On trouvera aussi dans notre XVI^e OBSERVATION, une description très détaillée de *déformations*

multiples de la base du crâne, lesquelles suivent, en général, assez exactement les déformations cérébrales. Souvent encore, on note, du même côté, une épaisseur plus considérable des os du crâne, et il semblerait volontiers dans ces cas que, comme l'avait déjà pensé M. Cotard, la diminution de capacité du crâne se serait faite par une sorte de retrait de la table interne.

Il est rare que la quantité du *liquide céphalo-rachidien* soit augmentée. Cela pourrait pourtant se rencontrer dans les cas où les modifications cérébrales seraient survenues postérieurement au développement complet de la boîte osseuse. Dans ce cas, le liquide viendrait combler les vides créés par le retrait de l'hémisphère. Rien n'est plus variable que l'aspect des membranes d'enveloppe. Souvent on ne note rien sur la *dure-mère*, qui d'autres fois paraît plus ou moins *épaissie* du côté lésé. D'habitude, la *pie-mère* est très peu injectée, sauf dans le cas où le malade a succombé à des accès répétés ; alors elle offre parfois au niveau des lésions de véritables taches ecchymotiques et un certain degré d'épaississement.

On sait que, d'après Türck, il existe des *dégénération secondaires*, non seulement après les lésions des masses centrales et de la capsule interne, mais aussi à la suite de certaines lésions corticales. M. Charcot, précisant davantage, a reconnu que c'est à la suite des lésions *des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes* qu'on voit survenir ces *dégénération secondaires d'origine corticale*. On ne s'étonnera donc pas de rencontrer presque constamment, malgré l'intégrité des masses centrales, le *pédoncule cérébral* correspondant à l'hémisphère lésé, plus étroit, moins bombé, atrophié ; la moitié correspondante de la *protubérance*, plus petite, plus aplatie ; la *pyramide antérieure* du même côté atrophiée ; le *cordon latéral opposé de la moelle* envahi par une *sclérose se-*

condaire. Mais le fait suivant reste encore inexpliqué : dans deux de nos observations (Obs. XV et XVI) nous avons noté d'une façon très nette, une *atrophie croisée du cervelet*. Dans ces cas, l'hémisphère cérébelleux lésé pesait moins que son congénère, offrait des dimensions inférieures, était aussi plus ferme au toucher, résistait à la coupe et paraissait induré. M. Cotard, qui a aussi observé ce fait, n'est pas moins embarrassé pour l'expliquer. Il se demande si, « au cas où le lobe gauche du cervelet, par exemple, serait en rapport avec la coordination des mouvements du côté gauche du corps, une lésion de l'hémisphère droit du cerveau frappant de paralysie les membres gauches ne priverait pas également de ses fonctions le lobe gauche du cervelet et n'y amènerait pas de lésions atrophiques analogues à celles des organes privés de leurs fonctions. Ou bien si, vu la concomitance presque constante des lésions du cervelet et de la moelle, l'atrophie du cervelet ne serait pas en rapport avec celle de la moelle (1). » Quoi qu'il en soit, la fosse cérébelleuse se rétrécit en proportion.

On pourra retrouver dans l'observation suivante la plupart des lésions secondaires sur lesquelles nous venons d'insister.

(1) Cotard. — *Loc. cit.*, page 78.

OBSERVATION XVI.

SOMMAIRE : *Mère, nerveuse. — Grand'mère maternelle et tante attaques de nerfs. — Enfant arriérée, convulsions internes. — Premières convulsions à 16 mois. — Hémiplegie. — Absès sur les membres paralysés. — Epilepsie partielle. — Description d'accès. — Tuberculose pulmonaire. — Mort. — Atrophie cérébrale. — Atrophie croisée du cervelet. — Dégénérescences secondaires.*

Til..., Jeanne, née à Paris, était âgée de 16 ans à son entrée à la Salpêtrière (service de M. DELASIAUVE), le 17 février 1855.

Renseignements fournis par sa grand'mère (16 décembre 1876.)
— *Père*, on ne sait s'il est vivant, on ignore tout ce qui le concerne ; il n'était pas marié. — *Mère*, corsetière, partie pour Londres il y a 7 ans ; elle était bien portante, mais nerveuse, sans attaques toutefois ; on n'a plus de ses nouvelles ; pas de maladies de peau ; elle était saine. [*Père*, 69 ans, santé excellente. — *Mère*, 68 ans, bien portante, très nerveuse, aurait eu des attaques de nerfs qui se montraient à la suite de contrariétés. — Une tante maternelle de la malade aurait de temps en temps des attaques de nerfs qui surviendraient principalement après des émotions et à l'époque des règles. — Ni aliénation, ni paralysies, ni migraine dans la famille. Pas de consanguinité.]

La mère de Jeanne avait 22 ans quand elle est devenue enceinte. Elle a dissimulé sa grossesse autant qu'elle a pu et a cessé de voir ses parents durant les derniers mois. L'accouchement a été régulier.

L'enfant a été mise en nourrice. Quand elle est revenue, à 13 mois, elle ne marchait ni ne parlait, et ne semblait pas comprendre. En la rendant, la nourrice déclara que Jeanne avait parfois des mouvements nerveux, que ses yeux tournaient. Elle aurait dit n'avoir pas observé de grandes convulsions. On s'aperçut bientôt que l'enfant se servait toujours de préférence du bras gauche, que le bras droit restait pendant, était flasque, que la main droite était fermée. La santé générale était bonne.

A 16 mois, on constata les *convulsions* pour la première fois. Depuis lors jusqu'à 3 ans et demi, les accès revinrent à peu près toutes les semaines. Jeanne commença à marcher vers cette époque ; elle s'avancait sur la pointe du pied, et on assure que, à cet âge, il n'y avait pas de différence de volume entre les deux jambes.

De 3 ans et demi jusqu'à 10 ans, les accès ont continué, en devenant plus fréquents. L'enfant prévenait, se plaignait de souffrir au creux de l'estomac, elle disait : « Maman, j'ai du mal ! » La face devenait très-pâle, la connaissance disparaissait, la tête se tournait et le corps devenait raide. Pas de cris, pas d'écume ni de morsure de la langue, ni de miction involontaire. Après l'accès, elle avait durant une demi-heure un tremblement des membres du côté droit. — Quelquefois même, sans avoir eu d'accès, elle avait des mouvements convulsifs, que l'on qualifie d'*agitation*, dans la jambe et le bras du côté droit.

Rougeole à 3 ans ; aucune manifestation scrofuleuse. A 10 ans (1870), *sept abcès* se sont 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. On ignore si cet accident a modifié les accès. On se rappelle seulement qu'ils ont persisté durant la suppuration. — Ces abcès auraient exercé une certaine action sur le caractère de l'enfant qui, très douce, affectueuse, facile à mener auparavant, serait devenue méchante, violente et difficile à conduire.

De 10 à 14 ans, les accès venaient plus d'une fois par semaine et c'est surtout durant cette période que la main a pris l'attitude qu'elle a aujourd'hui, que la différence entre les membres du côté droit et ceux du côté gauche s'est accusée, enfin que le pied s'est déformé. Les phénomènes de l'aura auraient diminué vers 13 ou 14 ans. T... se sentait moins et il lui est arrivé — ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'alors — de tomber dans la rue et de se blesser à la figure ou à la tête ; jamais de morsure de la langue ; deux fois seulement on aurait observé de l'écume. Le cri initial est exceptionnel.

Après l'accès, un jour, elle a mordu le doigt d'une de ses sœurs qui, ne la croyant pas suffisamment revenue à elle, s'opposait à ce qu'elle sortît ; d'autres fois, menaces à son grand-père et toujours parce qu'elle voulait s'en aller, aimant beaucoup à aller causer chez les voisins.

On assure que T... était intelligente de 4 à 10 ans, qu'elle avait de la mémoire, apprenait facilement des fables, etc. L'intelligence aurait commencé à baisser à partir de 12 ans et surtout de 14 ans. De temps en temps, on remarquait de l'égarement ; elle répondait tout de travers aux questions qu'on lui posait. Souvent, elle se plaignait de douleurs à la tête, qui était brûlante sur toute son étendue. C'est à ces douleurs qu'on attribue l'appauvrissement de sa chevelure qui, auparavant, était, dit-on, magnifique.

Réglée à 14 ans, sans le moindre accident, les règles ont été régulières jusqu'à son admission à la Salpêtrière. A l'approche des règles, elle devenait plus colérique et les accès étaient plus nombreux. Durant l'écoulement sanguin, elle était calme, même alourdie. Les fonctions digestives, circulatoires, cutanées, etc., n'ont jamais offert de dérangement.

Depuis qu'elle est à la Salpêtrière, T..., aurait maigri ; les accès auraient augmenté. L'*attitude des membres paralysés*, l'*intelligence* n'aurait subi aucune modification appréciable.

Traitements antérieurs : belladone, iodure de potassium, sirops antiscorbutique, d'iodure de fer ; toniques, bromure de potassium.

1877. 1^{er} juin, Bromure de sodium, 1 gr. — 5 juillet, 2 gr. — 7 juillet, 3 gr. — 10 juillet, 5 gr. — 13 septembre, on n'a rien noté de particulier, si ce n'est que T... aurait un peu moins d'appétit.

14 septembre, purgatif. — 15 sept., 2 cuillerées de sirop de bromure de sodium, soit 2 gr. — 20 sept., 4 gr. — 1^{er} octobre, 6 gr.

Accès. — Voici ce que nous avons appris sur ce sujet. T... appellerait l'infirmière, dirait : Marie ! Marie ! Je suis mal... ! Je suis mal... ! Et il s'écoulerait un temps assez long pour que l'on puisse venir à son secours. Elle montre l'épigastre, comme si elle souffrait dans cette région. — Elle ne se blesserait jamais. — Dans les accès, la tête se porterait à droite, les convulsions seraient beaucoup plus fortes dans les membres paralysés, et il paraît qu'elles prédominent dans le bras. — Jamais les accès n'ont été suivis de délire.

1878. Janvier. — Tête petite ; front médiocrement élevé ; bosse frontale droite un peu plus saillante que la gauche. Sur celle-ci, il existe une tache érectile qui occupe également tout le sourcil correspondant. — Les plis du front sont égaux. Les

arcades sourcilières sont les mêmes. — L'ouverture palpébrale gauche est un peu plus petite que la droite. Les pommettes sont égales. — Le sillon naso-labial droit est effacé; le gauche est accentué, principalement quand la malade parle ou rit. — La bouche est petite. — Les lèvres sont de moyenne épaisseur; les dents sont régulièrement disposées; une seule fait défaut. — La langue est déviée à gauche. La voûte, le voile et les piliers du palais sont symétriques. La percussion de la tête n'est nulle part douloureuse.

Membre supérieur droit. — Attitude habituelle : le bras est accolé au thorax, l'avant-bras est à angle droit sur le bras, appliqué sur la poitrine, au-dessous du sein. La main forme un crochet dont l'ouverture est très étroite. — Elle est comme le bras, dans la pronation. L'épaule est très rigide; on parvient à placer le bras à angle droit avec le tronc en provoquant des craquements et de la douleur. — Le coude est rigide; on arrive à étendre l'avant-bras incomplètement et en faisant souffrir la malade. La flexion complète est possible. — Quant au poignet, c'est à peine si on peut mettre la main à angle droit. Les fléchisseurs des doigts sont extrêmement contracturés.

La malade, qui tient d'ordinaire les doigts infléchis, est capable de les étendre dans une mesure très restreinte. Elle étend mais imparfaitement, l'avant-bras. — Les mouvements spontanés du bras sont encore plus limités.

	<i>Droit.</i>	<i>Gauche.</i>
Circonférence du bras au-dessous de l'aisselle.	18	21.5
— à 10 c. au-dessus de l'olécrâne.	17	18.5
— à 10 c. au-dessous de l'olécrâne	12.5	19
— du poignet	11	13
— du métacarpe.	12.5	15
Distance de l'acromion à l'olécrâne	27	29.5
— de celle-ci à l'apophyse styloïde du cubitus.	20	22
— de celle-ci à l'extrémité du médus.	13	14.5
Longueur de la clavicule.	10	11
Circonférence du thorax.	32	33

Au palper, les seins ne paraissent pas différer de volume. Le droit est peut-être plus mou que le gauche, circonstance due probablement à la pression constante de l'avant-bras.

Membre inférieur droit. — Raideur de la hanche et du genou; rigidité du coup-de-pied. Le pied est en varus équin; il est en

quelque sorte carré, ramassé sur lui-même. Le gros orteil est dans l'extension. La malade exécute la plupart des mouvements; ceux du pied sont plus circonscrits. Pas de trépidation spontanée ou provoquée. — Les orteils à droite, sont rouges, cyanosés, et plus froids qu'à gauche.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau du pli de l'aîne	37	39
— à 10 c. au-dessus de la rotule.	31	33
— de la jambe à 10 c. au-dessous de la de la rotule.	23	25.5
— au niveau des malléoles.	16	17
— du métatarse	19	20
Distance de l'épine iliaque ant. et sup. à l'extrémité sup. du tibia	41	42.5
— de celle-ci à la malléole externe	33	37
— de celle-ci à l'orteil médian	14	15.5

T... marche en détachant assez facilement le pied du sol. D'habitude, elle s'avance sur la pointe du pied; quelquefois pourtant, le pied s'appuie entièrement. Elle marche en fauchant (à droite) et fléchit plus de la jambe paralysée que de l'autre.

La colonne vertébrale présente une déviation à concavité droite de la nuque aux lombes. — L'épaule droite est plus élevée que la gauche. — Le pli fessier est abaissé à droite.

La sensibilité générale est conservée dans ses divers modes. L'ouïe, la vue, etc., paraissent intactes. — La parole est embarrassée, peu développée: il est des mots que T... prononce mal; d'autres qu'elle est impuissante à dire. Elle parle souvent en serrant les dents: *tâmisole* pour *camisole*, — *tatouiller* pour *chatouiller*, etc. — Dans le jour, elle est propre; mais durant la nuit, qu'elle ait ou non des accès, elle gâte. — Elle mange seule, de la main gauche, sans voracité. Elle ne peut s'habiller. Elle passe son temps à coudre des chiffons, à courir dans les cours; elle est curieuse et capricieuse, se fâche vite si on la contrarie.

Poids: 30 kilogr. — Taille: 1^m44. — Les poils peu abondants aux aisselles, le sont beaucoup au pénis. — Pas d'onanisme?

T... a des accès et des vertiges; voici la marche qu'ils ont suivie :

Années.	Accès.	Vertiges.
1875 (11 mois).	165	56
1876.	318	18
1877.	415	32
1878 (11 mois).	214	213 (1).

Novembre. — La malade est à peu près dans le même état; les attaques et surtout les vertiges sont de plus en plus fréquents: deux à trois par jour en moyenne. T... est obligée de garder le lit; elle a un peu de fièvre.

28 nov. — Matin; T. R. 37°,9.

29 nov. — Matin: T. R. 38°. — Soir: T. R. 38°, 2.

30 nov. — Matin: T. R. 38°,2. — Soir: T. R. 37°,2.

1^{er} décembre. — Depuis quelque temps, la malade mange moins et maigrit. — Rien à la *percussion* en avant, mais à l'*auscultation*, on entend des craquements secs et fins dans tout le sommet du poumon droit. — Au sommet gauche, en avant, frottements et gros râles. En arrière, matité aux deux sommets et mêmes bruits à l'*auscultation*. — Huile de foie de morue; vin de quinquina; sirop d'iode de fer.

2 déc. — T. R. 37°,9. — Soir: T. R. 38°

3 déc. — *Matin et soir*; T. R. 37°,4.

4 déc. — T. R. 37°,6. — Soir; T. R. 39°,5.

5 déc. — T. R. 37°,4. — Soir: T. R. 39°,2.

6 déc. — T. R. 37°,2. — Soir: T. R. 38°.

7 déc. — T. R. 37°,7 — Soir: T. R. 38°,7.

Petite *eschare* sur le grand trochanter droit; érythème symétrique de la région sacrée, avec une plaque noire et quelques petits points noirâtre circulaires au milieu (*eschares* au début). — Soir: T. R. 39°,2.

11 déc. — T... refuse absolument les médicaments. — T. R. 38°,2. — Soir: T. R. 39°.

12 déc. — T. R. 38°. — Submatité sous les clavicules, plus prononcée à gauche; la respiration est dure; gros râles humides

(1) Toute cette partie de l'observation a été publiée dans le mémoire de l'un de nous sur l'*Epilepsie partielle*. (*Iconographie photogr. de la Salpêtrière*, 1878, tome II, p. 53.)

et gargouillements à gauche et en arrière. La matité et les râles sont plus marqués à gauche. — Soir : T. R. 38°, 2.

13 *déc.* — T. R. 37°. — La malade a beaucoup maigri. Poids : 26 kilog. — Soir : T. R. 38°, 6. Sulfate de quinine, 0 gr. 40.

14 *déc.* — T. R. 38°, 5. Les *eschares* de la région trochantérienne et de la région sacrée ont grandi; la malade défait le pansement à chaque instant. — Julep: ext. quinquina. — Sulfate de quinine. — Lait. — T. R. 36°, 6.

15 *déc.* — T. R. 36° (?). — Soir : T. R. 40°. Diarrhée.

16 *déc.* — T. R. 38°, 2. La diarrhée continue, elle est devenue séro-sanguinolente; — les *eschares* grandissent. — Soir : T. R. 38°, 8.

17 *déc.* — T. R. 38°. — Soir ; T. R. 38°, 8.

Pendant la visite du matin, T... est prise d'un accès :

Tête déviée à gauche subitement, nystagmus transversal très accéléré; face très congestionnée; mâchoire inférieure tirée à droite, rigidité des quatre membres. Cette période dure environ 20 secondes.

Puis, pâleur de la face; la mâchoire revient dans l'axe, la tête également. Le nystagmus cesse, les yeux deviennent hagards; les membres entrent en résolution; anhélation.

Pas de stertor, seulement quelques gémissements plaintifs qui, d'ordinaire, durent environ une heure, au dire de la surveillante. Il n'y a pas eu de cri au début de l'attaque et la malade n'a pas averti.

18 *déc.* — T. R. 37°, 2. — Soir : T. R. 38°, 8. On remplace l'huile de foie de morue, que la malade refuse, par le *koumys* Edwards qu'elle boit sans trop se faire prier. — Sulfate de quinine. Les symptômes thoraciques persistent, plus accentués; T... maigrit de plus en plus et perd ses forces. T. R. 38°. — Soir : T. R. 39°, 2.

20 *déc.* — T. R. 39°. — Soir : T. R. 39°.

21 *déc.* — T. R. 38°, 3. La malade a eu hier, vers 3 heures de l'après-midi, une défaillance qui a duré une heure. Morte le 23 à une heure du matin.

AUTOPSIE le 23 décembre. — *Poumons.* — Pas d'épanchement dans les plèvres; adhérences multiples sur tout le poumon gauche, plus solides au sommet. — A la coupe, le poumon gauche est farci de tubercules gris et jaunes; quelques cavernes au sommet et le long du bord postérieur. — *Poumon droit,* mêmes lésions; les cavernes y sont moins nombreuses et plus petites.

Cœur. — 240 gr.; les quatre cavités sont remplies de caillots mous; rien aux valvules. — *Rate* : 90 gr., normale. — *Foie* : 830 gr., un peu gras; point de calculs dans la vésicule. — *Reins* : dr. 65 gr.; ga. 70 gr., normaux, la capsule se détache facilement. — *Ovaire, vessie, rien.*

Tête. — *Os, rien, sauf la forme déjà signalée dans l'observation.* Point d'augmentation du liquide céphalo-rachidien. — La *durée-mère* est très épaisse, surtout sur l'hémisphère gauche: elle présente là, à un centimètre en dehors du sinus longitudinal supérieur, une *plaque calcaire triangulaire*, qui recouvre le lobe pariétal et la partie postérieure du lobe frontal, sur ces mêmes points elle est très adhérente à la substance cérébrale; partout ailleurs on la détache facilement de l'encéphale.

Encéphale. — Poids : 980 gr. A première vue, on est frappé de la différence de volume qui existe entre les deux hémisphères: les mesures confirment le fait: la longueur de l'hémisphère gauche est de 14 centimètres et demi, celle de l'hémisphère droit de 17 centimètres.

L'hémisphère cérébral gauche pèse 320 gr. le droit 540 gr. —

L'hémisphère cérébelleux gauche pèse 70 gr. et le droit 40 gr. L'hémisphère cérébelleux droit est beaucoup plus ferme au toucher que le gauche; à la coupe, il résiste, paraît comme induré.

On détache la *pie-mère*, très injectée sur toute la convexité de l'hémisphère droit, plus injectée encore sur l'hémisphère gauche, et présentant sur toute la convexité de larges taches d'un rouge ecchymotique ou violacé. Ces taches sont d'autant plus grandes et d'autant plus foncées, que l'on se rapproche davantage de la scissure de Sylvius. La *pie-mère* est un peu épaisse.

La *bandelette optique gauche* est notablement plus petite (1/3 environ) que la droite: l'*éminence mamillaire gauche* est beaucoup plus petite que la droite (moitié environ), le *pédoncule cérébral gauche* est notablement plus petit que le droit. Le côté gauche de la protubérance est affaissé; la *pyramide antérieure gauche* est aussi plus petite que celle du côté droit; les olives paraissent égales. — On n'a point remarqué de différence entre les deux côtés de l'hexagone artériel, ni entre les artères qui en partent.

Après l'ablation de la *pie-mère*, on constate mieux encore

l'atrophie de l'hémisphère gauche. Les *circonvolutions* sont toutes atrophiées, les *circonvolutions frontale et pariétale ascendantes*, la première *circonvolution frontale* et le *lobe paracentral* sont considérablement atrophiés, ratatinés et c'est là qu'existe la *lésion primitive*. Par comparaison avec elles, les *circonvolutions sphénoïdales* sont assez développées, mais moins que les *circonvolutions correspondantes* de l'hémisphère droit. Les *circonvolutions occipitales* sont, elles aussi, notablement atrophiées. Les masses centrales et le ventricule latéral ne sont pas lésés.

Hémisphère droit. — Les *circonvolutions* sont assez volumineuses et les masses centrales, ainsi que le ventricule latéral, n'offrent rien de particulier.

Muscles. — Les muscles de l'avant-bras du côté droit sont un peu plus grêles et moins colorés que leurs homologues du côté gauche, mais ils ne sont point atteints d'atrophie graisseuse.

L'*hémiplégié* chez cette malade, paraît être due à des *convulsions* sur lesquelles les renseignements font défaut. Elle semble s'être accusée peu à peu. Les membres paralysés étaient parfois atteints d'un tremblement convulsif qui tantôt succédait aux accès, tantôt apparaissait spontanément. De plus, il s'est produit, autrefois, sur la jambe paralysée sept abcès qui ont laissé des cicatrices n'offrant pas l'aspect des cicatrices consécutives à des nécroses. Est-ce là un accident qu'il faut rattacher à la paralysie? S'agit-il là d'une variété de troubles trophiques? Nous n'oserions nous prononcer d'une façon catégorique.

Le traitement par le *bromure de sodium* n'a pas donné de bons résultats. Il a été administré du 1^{er} juin au 31 octobre 1878; durant cette période, on a compté 14 accès et 14 vertiges; tandis que dans la période correspondante de 1877, on n'avait enregistré que 13 accès et 8 vertiges. L'augmentation des vertiges est considérable, mais elle ne peut être mise au passif du médicament, car dans les quatre mois qui ont précédé le traitement T... en avait eu 93.

Signalons enfin la *lésion des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes* avec prédominance dans la moitié supérieure, et celle du *lobe paracentral*; — l'atrophie de l'hémisphère cérébral droit et de l'hémisphère cérébelleux gauche.

Les *nerfs crâniens* ne présentent d'ordinaire aucune modification, sauf, toutefois, la bandelette optique du côté lésé, qui, souvent, est notablement plus petite que celle du côté opposé. Les *nerfs rachidiens* paraissent souvent augmentés de volume, colorés en jaune, sclérosés sur leur parcours. Schröder van der Kolk aurait noté une atrophie des ganglions et des racines. M. Cotard aurait constaté aussi une atrophie des ganglions de la portion thoracique du grand sympathique.

Dans les membres paralysés, les *muscles* sont un peu plus grêles et moins colorés que leurs homologues, mais on n'y rencontre pas d'atrophie graisseuse, comme il y a lieu souvent dans la paralysie infantile.

CHAPITRE IX.

Pronostic et traitement.

Il suffit de passer en revue les divers chapitres de ce travail pour se former de suite une opinion pronostique bien nette dans l'épilepsie hémiplégique infantile. C'est évidemment une affection fort grave (nous n'oserions pas le contester, pouvant être mortelle à certaines périodes, et réduisant d'ordinaire à l'infirmité ceux qui en sont atteints, mais pourtant, il ne nous semble pas discutable que son pronostic soit de beaucoup moins sombre que celui de l'épilepsie idiopathique. Rappelons, mais pour mémoire seulement, que, comme nous l'avons signalé en commençant, la presque totalité des cures heureuses d'épilepsie recueillies dans les auteurs anciens, appartiennent à des observations d'épilepsie partielle. Bravais lui-même, dans son travail inaugural, fait sonner bien haut la moindre gravité relative des cas auxquels il donne le nom d'épilepsie hémiplégique. Mais ces faits-là n'offrent pas une similitude parfaite avec notre syndrome, et si nous les avons rappelés ce n'est que pour mettre en relief, avec des autorités à l'appui, la possibilité de regarder comme moins graves certaines formes d'épilepsie partielle.

Parmi ces formes privilégiées, nous voudrions voir rentrer l'épilepsie hémiplégique infantile que nous venons d'étudier. Nous avons surabondamment insisté sur l'évolution de cette affection, et sur la possibilité de voir les

malades guérir de leurs accès épileptiques vers l'âge de quarante ans. Mais ce résultat heureux est si insolite, si inconnu dans toutes les autres formes sur lesquelles on peut mettre l'étiquette d'épilepsie, que nous n'hésitons pas à rappeler ici, afin d'entraîner la conviction, deux observations déjà publiées par M. Bourneville dans l'*Iconographie photographique* de la Salpêtrière. On y retrouvera avec tous leurs caractères, les diverses phases de notre complexe symptomatique. Les deux malades, Roug... et Lec..., sont passées de la section des épileptiques dans les divisions de l'hospice le 17 décembre 1878, alors qu'elles n'avaient plus d'accès depuis 18 mois à 2 ans. M. Bourneville, qui les a visitées, il y a quelques jours, s'est assuré auprès d'elles, des voisines, des surveillantes, qu'elles n'avaient pas eu non plus d'accès, dans ces quatre dernières années.

Sous un autre point de vue encore, la gravité de la prognose s'atténue : dans l'épilepsie hémiplegique infantile, il est insolite de voir se produire une déchéance intellectuelle progressive (Bourneville). Nous ne voulons pas dire que tous soient des malades intelligents, loin de là ! A la suite de l'ictus primordial, les facultés intellectuelles sont plus ou moins intéressées et tarées, comme nous l'avons mentionné, mais ce qui fait l'originalité de cette entité morbide, c'est que, telles elles sont, telles elles resteront indéfiniment. A quoi cela tient-il ? Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait de la rareté des vertiges, en se rappelant combien les formes vertigineuses sont fatales pour l'intelligence ? Quoi qu'il en soit, cette absence de déchéance intellectuelle, cette absence absolue de *démence*, jointe à la guérison possible des accidents, viennent justifier notre proposition, de classer à part, aussi bien au point de vue pronostic qu'à tout autre point de vue, l'épilepsie hémiplegique infantile.

II.

Les nombreux *traitements*, pour ainsi dire classiques, de l'épilepsie idiopathique, ont été appliqués aussi bien à nos malades de Bicêtre qu'à celles de la Salpêtrière pouvant être rangées dans le même groupe ; mais cela avec des résultats excessivement variables. Et nous avons le regret de reconnaître que, malheureusement, le médicament spécifique n'est pas encore trouvé.

Assurément, le *bromure de potassium* conserve ici une partie de sa puissance ; assurément, son administration régulière tempère la force de la maladie et raréfie les accès, mais, dans aucun cas, que nous sachions, on n'aurait pu lui attribuer la cessation des crises, la guérison complète. Ajoutons que son action déprimante sur les facultés intellectuelles, qui s'accompagne trop souvent de l'apparition des vertiges, est peut-être une contre-indication à son emploi dans cette forme de l'épilepsie, surtout après la période grave.

Si nous nous reportons à une patiente étude faite par M. le D^r Hublé sur quelques malades de la Salpêtrière (1), nous voyons que, dans trois cas, le *bromure de sodium* aurait pu être assez heureux. Dans le premier (Obs. XXXVII), les accès se sont suspendus durant *sept mois*, et n'ont repris qu'après la cessation du médicament ; dans le second (Obs. XXXVIII), on a obtenu une notable *diminution* des crises épileptiques ; dans le troisième (Obs. XXXIX), les accidents avaient cessé depuis trois

(1) Hublé. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*, Thèse de Paris, 1882.

mois, lors de la publication du travail. Ces faits méritent d'être pris en sérieuse considération, et nous regrettons que, de l'aveu même de l'auteur, dans l'OBSERVATION XL, malgré le bromure de sodium, on ait vu persister et même s'augmenter les crises durant le traitement.

M. Hublé a aussi résumé les effets du *bromure de zinc* chez les malades soumis à ce traitement par M. Bourneville, et, sous l'influence de ce médicament, la malade qui fait l'objet de sa XXII^e OBSERVATION a vu disparaître ses vertiges et se raréfier considérablement ses accès. Chez une autre (Obs. XXVI), les accès avaient déjà cessé depuis un mois, lorsque le traitement fut brusquement interrompu par la sortie de la malade.

D'autres essais ont encore été faits à Bicêtre dans ces derniers temps ; ils sont en partie consignés dans la thèse de notre excellent ami, le D^r Bricon(1). Nous trouvons dans ce travail, fait avec le plus grand soin, que dans un certain nombre de cas (Obs. XLVI, XLVII, XLVIII, XLVX, L, LI, LII, LIII, LIV), l'*hydrothérapie*, sous forme de douches en pluie et en jet, aurait amené une notable amélioration, et une raréfaction considérable dans le nombre des accès par rapport aux mois précédents, et aussi par rapport aux mois correspondants des années précédentes.

Chez d'autres malades, le même observateur a employé le *magnétisme minéral*, et des *armures* de toutes formes leur ont été appliqués. Mais ce moyen qui, d'après Andry et Thouret, avait échoué chez le malade Guigard dont nous avons déjà parlé (p. 6), n'a pas été ici plus couronné de succès. Disons pourtant, à titre de curiosité, que, dans certains cas d'*Epilepsie jacks-*

(1) Bricon. — *Du traitement de l'épilepsie*. Thèse de Paris, 1882 n^o 220.

Fig. 1

PL. II

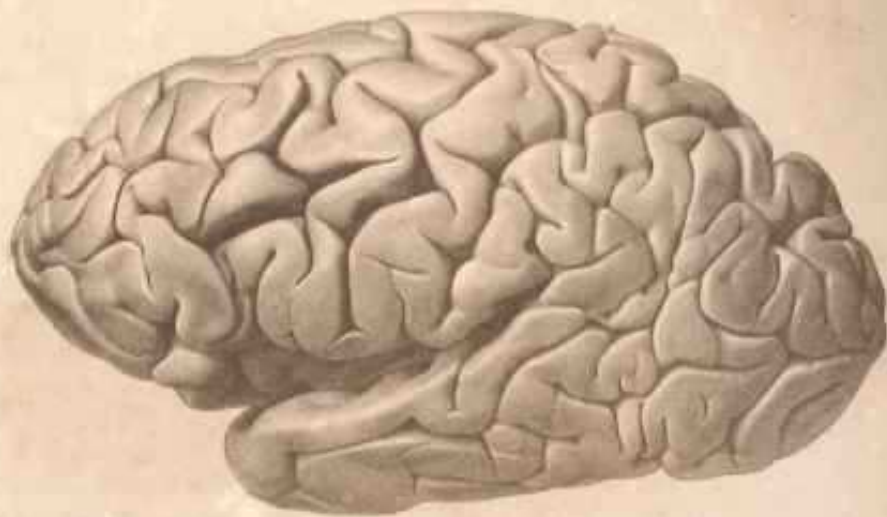
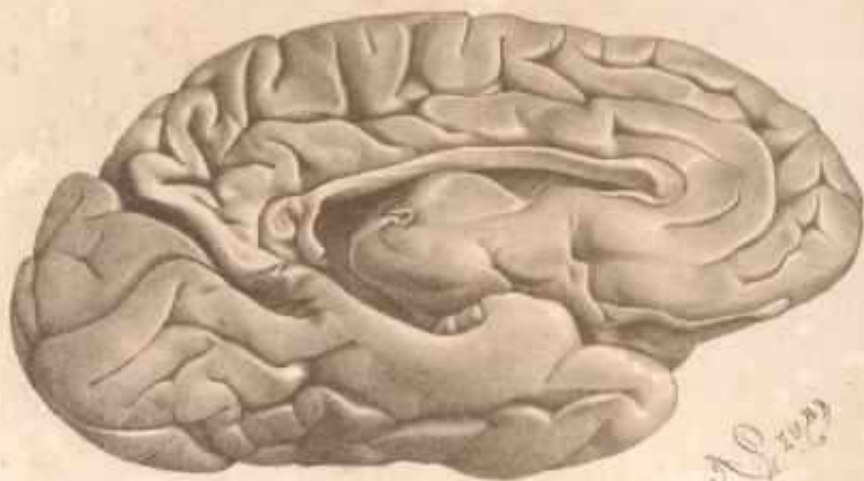


Fig 2



J. Cuvier

Imp. Boquet, Paris

CONCLUSIONS

- I. Parmi les épilepsies partielles, et, dans celles-ci, parmi les épilepsies hémiplégiques proprement dites, il en est une à laquelle on peut donner le nom d'*épilepsie hémiplégique infantile*.
- II. Cette forme mérite d'occuper une place à part dans la pathologie, à cause de ses symptômes spéciaux, de son évolution, de sa terminaison, de son pronostic et des lésions qui la dominent.
- III. Ce véritable *syndrome* débute chez de jeunes enfants par des convulsions, se répétant sous forme d'état de mal; les convulsions sont limitées à un côté du corps, ou tout au moins prédominant d'un côté, et cela à un haut degré.
- IV. Ces *convulsions* sont suivies, plus ou moins rapidement, d'une hémiplégie du même côté, laquelle peut être plus ou moins complète, et se compliquer d'arrêts de développement, de contracture, d'hémichorée, d'athétose, de troubles trophiques divers, enfin, mais rarement d'hémianesthésie.
- V. Après un temps indéterminé et variable, surviennent des crises épileptiques, souvent précédées d'aura, parfois réellement partielles et limitées au côté paralysé, surtout au début; d'autres fois généralisées, mais avec prédominance des accidents du côté paralysé.

- VI. La succession fatale de ces symptômes permet de les classer en trois périodes : 1^o période des convulsions ; 2^o période de paralysie ; 3^o période d'épilepsie.
- VII. Il n'est pas impossible de voir les accès épileptiques se raréfier, et disparaître complètement vers l'âge de quarante ou cinquante ans.
- VIII. Il résulte de la connaissance de ce fait, jointe à l'absence de la démence, que, dans cette forme, le pronostic est relativement moins sombre.
- IX. On trouve constamment à l'autopsie des lésions cérébrales corticales. Ce sont généralement des lésions d'atrophie cérébrale partielle, paraissant souvent primitives (encéphalites), d'autres fois consécutives à des lésions variables (plaques jaunes, kystes, etc.), et accompagnées de dégénération secondaires.