Offich de Ohineira

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

Nº 274

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 31 juillet 1882, à 1 h.

2085 22.DEZ.1936

PAR

Théodore WUILLAMIER

Interne provisoire des hôpitaux Médaille de bronze de l'Assistance publique

NÉ A ÉPINAL (VOSGES), LE 2 SEPTEMBRE 1854

DE

L'EPILEPSIE

DANS

L'HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE

5 figures dans le texte. — 2 planches lithographiées.

President: M. CHARCOT, professeur.

Juges MM. GUYON, professeur.

MARCHAND et REMY, agrégés,

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE V. GOUPY ET JOURDAN 71, RUE DE RENNES, 71

1882



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen	M. BECLARD.				
	W- 21 m	MM.			
Anatomie.		SAPPEY.			
FUVSIOIOPIE.		DECTADE			
Chimie organique et chimie mi	nérale	WURTZ.			
Chimie organique et chimie mi Histoire naturelle médicale . Pathologie et thérapeutique go		BAILLON.			
Pathologie et thérapeutique ge	énérales	BOUCHARD.			
Pathologie médicale	1128 1135	JACCOUD.			
CO /		PETER.			
Pathologie chirurgicale.	M. weight not be in	GUYON,			
Anatomia nothalasi-		DUPLAY.			
Anatomie pathologique	icial	CORNIL.			
Histologie. Opérations et apparents.		ROBIN.			
Pharmacologie	Kendary W. U.	LE FORT.			
Pharmacologie	only	REGNAULD.			
Thérapeutique et matière médi Hygiène.	cale	HAYEM.			
Médecine légale.		BOUCHARDAT			
Accouchements, maladies des f	emmes en coucho et	BROUARDEL.			
des enfants nouveau-nés.	emmes en couche et	PAIOT			
Histoire de la médecine et de la	a chirurgie	LAROIII RÈNE			
Pathologie comparée et expérir	nentale	VULPIAN.			
		SÉE (G.).			
Clinique médicale		LASÈGUE.			
chinque medicale ,		HARDY.			
		POTAIN.			
maradies des enfants	The state of the s	PARROT.			
clinique de pathologie mentale	et des maladies de				
l'encéphale	A NO. OF THE REAL PROPERTY AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRESS OF THE PERSON AND ADDRESS OF THE PERSON ADDRE	BALL.			
Clinique des maladies nerveuses	5	CHARCOT.			
Clinique chirurgicale	HOFTO THE VI	RICHET			
Clinique chirargicale	and the state of the state of the	GOSSELIN.			
dimique charargicale, , .		VERNEUIL.			
		RELAT			
Clinique ophthalmologique		PANAS			
cumque a acconchements.	A SPECIAL DECEMBER OF THE PARTY	ALDAIII			
chinique des maiadies syphilitique	les I	FOURNIER			
Doyens honoraires : M	IM. WURTZ et VULP	IAN.			
Professeurs honoraires:					
MM. le baron J. CLOQUE	T ot DUMAS				
	a exercice.				
	MM. LE GROUX.	MM. RECLUS.			
BERGER. GRANCHER. HALLOPEAU.	MARCHAND.	REMY.			
BOURGOIN. HENNINGER.	MONOD.	RENDU.			
CADIAT. HANRIOT.	OLLIVIER.	RICHET.			
DEBOVE. HUMBERT.	PEYROT.	RICHELOT.			
DIEULAFOY. JOFFROY.	PINARD. POZZI.	STRAUS.			
FARABEUF. LANDOUZY.		TERRILLON.			
	RAYMOND.	TROISIER.			
Agrégés libres chargés de cours complémentaires					
Cours clinique des maladies de la peau					
des maladies des enfai	ots	. N.			
de l'ophthalmologie.	,	. N.			
des maladies des voies	urinaires	N.			
des maladies sypinification	ques.,	N.			
Chef des travaux anatomiques					
	Secrétaire de la Fac	culté: M. PUPIN.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à eurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE CH. WUILLAMIER

LEURS BEMPRAGARTS DUBANT LES YARANGS '

En reconnaissance de tous les sacrifices qu'ils s'imposent pour moi.

M. LE PROFESSEUR GUYON Chirurgien de l'hôpital Necker

ET

A M. LE D' LABRIC

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

qui se sont montrés pour moi des maîtres pleins de paternelle bonté. (Années 1880 et 1879)

A LEURS REMPLAÇANTS DURANT LES VACANCES

MM. CH. MONOD ET JOFFROY Professeurs agrégés de la Faculté de Paris.

A M. BOURNEVILLE

Médecia de la Pidde: (Année 1878.)

A MES AUTERS WAITERS GANA LINE BOTH THE

Médecin de l'hospice de Bicêtre

Dont je n'oublierai jamais la bienveillance ni les soins dévoués durant ma maladie.

(Année 1881).

A M. LE PROFESSEUR CHARCOT Médecin de l'hospice de la Salpêtrière. Hommage de profond respect

Medicent de l'honnies de Blobles

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR LASÈGUE Médecin de la Pitié. (Année 1878.)

M. LE PROFESSEUR G. SÉE

Médecin de l'Hôtel-Dieu. (Année 1876).

Mental de l'hospies de Plostre

M. LE D' ALPHONSE GUERIN

Ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu. (Année 1875).

Témoignage de respect

A M. DEBOVE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine Médecin de l'hospice de Bicêtre

Reconnaissance

PREMIÈRE PARTIE.

Notions préliminaires.

Wuillamier.

CHAPITRE PREMIER.

Définition, Historique.

d'épileusie. Vous répendrons chers, en renvoyagt à quei

voir la que tersique les accif sont isolós; ou riabbas ou

Lorsqu'on suit avec attention, pendant un certain temps, un service affecté aux épileptiques, on ne tarde pas à s'apercevoir que le mal comitial n'est pas une maladie absolument autonome, mais qu'il diffère dans son évolution d'un groupe de malades à un autre groupe, qu'il présente en un mot diverses modalités.

Nous ne faisons pas allusion, en ce moment, aux nombreuses formes de l'épilepsie idiopathique, vulgaire, connues et décrites depuis longtemps, telles que : Vertige, petit mal, grand mal, forme apoplectique (Romberg), formes larvées, etc.

Mais il en est d'autres, qui se singularisent non seulement par leur mode de début, mais encore par la marche de la maladie tout entière, par l'apparition de symptômes spéciaux concomitants, enfin par leur terminaison souvent favorable, laquelle permet de porter sur elles un pronostic un peu moins sombre.

Au nombre de celles-ci, nous rencontrons la classe importante des épilepsies partielles, que les auteurs de l'Iconographie photographique de la Salpêtrière définissent ainsi: Des formes de l'épilepsie dans les quelles les convulsions sont limitées d'ordinaire à une moi-

tié du corps, ou même circonscrites à une des régions du corps, par exemple, à l'une des moitiés de la face, à un bras ou à une jambe.

Du fait de cette définition, on voit bien qu'il s'agit d'une affection convulsive partielle, mais on pourra peut-être élever des doutes sur la nature de la maladie, et nous demander la preuve que c'est bien là une forme d'épilepsie. Nous répondrons alors, en renvoyant à quelques-unes de nos observations (Cassaig...). On pourra voir là que lorsque les accès sont isolés, ou faibles, ou lorsque le malade a le temps de recourir à certains artifices, la crise convulsive se limite à l'un des membres, tandis que, au contraire, si les accès se multiplient, sont forts, ou subits, les convulsions se généralisent, la perte de connaissance survient, et on voit se dérouler tout le tableau de l'épilepsie commune.

D'un autre côté, peut-on douter que les crises partielles et les crises généralisées soient de même nature, et présentent réellement une double manifestation d'une même maladie, lorsqu'on voit Cassaig..., par exemple, pouvoir limiter son accès à la jambe, au moyen de fortes tractions faites sur ce membre, par ses camarades, et avoir la faculté de le laisser se généraliser, lorsque les secousses locales le fatiguent trop, en disant seulement à ses aides « lâchez tout! »

Bien que l'épilepsie partielle soit un syndrome dont l'étude est relativement récente, néanmoins on peut déjà, lorsqu'on est prévenu, en découvrir très loin des traces. C'est ainsi qu'Hippocrate, ce génie d'observation que toujours on devrait préalablement feuilleter avant toute découverte, avait remarqué que, dans certains cas, les convulsions épileptiques n'attaquaient qu'une moitié du corps, et qu'on pouvait quelquefois arrêter des accès partant de la main ou du pied.

Beaucoup d'autres médecins ont encore, après lui, rapporté des cas d'épilepsie soit partielle, soit débutant par une région limitée et se généralisant ensuite. Parmi ceux-ci nous citerons Galien, Alexandre de Tralles, Wepfer, Hollier, Eraste, Jensius, Portal, Schatz, Laurentius, Handel; mais, si nous renonçons à reproduire ici in extenso leurs observations, nous tenons pourtant à mettre en relief ce fait, d'accord avec ce que nous avons laissé pressentir du pronostic, c'est que la plupart de ces cas publiés le sont, non comme appartenant à une modalité spéciale de l'épilepsie, mais comme des cas d'épilepsie suivie de guérison. N'est-il pas curieux que presque tous les rares succès remportés dans la cure de l'épilepsie aient été obtenus sur des cas se rapprochant jusqu'à un certain point de la forme qui nous occupe. Boerhaave seul nous empêche de généraliser, car pour lui l'hémiplégie était une grave complication de l'épilepsie, ainsi qu'il le déclare par cette phrase : Desinit epilepsia in apoplexiam paralysin, hemiplexiam..... omine fatali (1).

Saillant a publié dans l'Histoire de la Société royale de Médecine (1799) deux cas se rattachant directement à notre sujet : Dans l'un, « la bouche ou l'œil ou le cou, ou la main entrent en convulsion; ces parties deviennent plus faibles, et supportent la lésion dont les autres parties sont garanties. » Nous retrouvons dans cette courte description la localisation et la paralysie qui se rencontrent dans l'épilepsie hémiplégique. Dans l'autre cas, qui peut être rapproché de l'observation de Cassaig... « l'accès était précédé d'une violente palpitation de cœur, et dans ce moment le malade prévenait l'accès en se faisant tirer à grande force le bras droit. »

Andry et Thouret ont fait insérer dans la même publication (1782) une observation qui se rapproche d'une façon frappante, quant à l'évolution de la maladie, des cas qu'il nous a été donné d'observer nous-même :

A. Guigard, disent-ils, âgé de sept ans et demi, convalescent depuis huit jours d'une fièvre continue ayant duré cinq semaines, éprouva deux saisissements violents à la suite desquels il tomba dans des convulsions qui durèrent toute la nuit. Elles cessèrent vers le matin, mais l'enfant demeura sans parole, privé de l'usage de ses sens, et paralysé de la moitié du corps du côté droit : cet état dura trois semaines. Au bout de ce temps, il recouvra la parole et l'usage de ses sens, mais on remarqua qu'il avait perdu la raison dont il avait joui jusqu'au moment de ses convulsions dans le degré ordinaire aux enfants de son âge. Au bout de cinq semaines, la bouche était redressée et revenue à son état naturel.

A la suite de nombreuses séances d'électricité, il parut complè-

⁽¹⁾ L'auteur de cette phrase n'aurait-il pas plutôt en vue l'épilepsie survenant chez un hémiplégique de l'âge avancé? nous ne serions pas éloigné de le croire.

l'appui (1); bientôt après il communiqua à la Société de biologie, l'observation, de Laul.. (2). Enfin parut en 1878 dans l'Iconographie photographique de la Salpêtrière, le premier exposé permettant d'avoir une vue d'ensemble sur les épilepsies partielles. Dans ce travail, M. Bourneville s'est surtout attaché à décrire l'épilepsie hémiplégique infantile, les accidents qui lui donnent naissance, et son évolution.

La question en était là, lorsque notre cher maître M. Bourneville, envers lequel nous avons de nombreux motifs de reconnaissance, nous inspira l'ambition d'apporter notre faible contingent à ces études encore si nouvelles. Il voulut bien nous favoriser de ses conseils expérimentés et nous confier des notes et des observations dont la réunion lui a demandé beaucoup de soin et de temps. Qu'il nous permette de ne pas laisser perdre cette occasion de lui témoigner avant tout notre vive gratitude pour tant de preuves d'estime et de sympathie.

⁽¹⁾ Bulletin de la Société anatomique, juillet 1876.
(2) Gazette Médicale, 1876, n° 50 et 51.

CHAPITRE II.

Division du sujet.

Quelque limitée que puisse paraître la classe des épilepsies partielles, elle est encore trop vaste, et renferme des éléments trop divers pour que son étude puisse se faire sans division. Bravais lui-même l'avait déjà compris, et prenant pour base le point par lequel débutait l'accès, il distingua cinq variétés d'épilepsie hémiplégique: 1° celle dont l'accès débute par la tête; 2° celle qui commence par le bras; 3° celle qui part du pied; 4° celle dont l'aura part d'un organe abdominal ou thoracique; 5° celle qui dépend d'une maladie locale des nerfs, soit dans leur trajet, soit vers leurs extrémités.

On doit savoir gré à Bravais de cet essai de classification, mais ce qui crée les variétés d'épilepsie partielle, ce sont moins les points divers par lesquels débute la crise, que les divers aspects que peuvent revêtir les accès eux-mêmes durant leur évolution. Aussi M. Charcot a-t-il émis l'opinion qu'il serait possible de distinguer dans l'épilepsie partielle les trois variétés suivantes :

1° L'épilepsie partielle ou hémiplégique proprement dite;

2º L'épilepsie partielle tonique ou avec contracture;

3º L'épilepsie partielle vibratoire.

Cette division sera peut être modifiée plus tard, lorsqu'on disposera d'observations complètes, avec des au-Wuillamier. topsies bien pratiquées. Quoi qu'il en soit, et telle qu'elle est, M. Bourneville l'a adoptée dans son mémoire et pour la classification des malades de son service; c'est aussi d'après cette base que nous avons dirigé nos recherches personnelles.

Notre intention n'est pas d'entreprendre une description des trois variétés qui constituent la classe des épilepsies partielles; nous sommes forcé de nous limiter et nous nous bornerons à l'étude de la variété qui nous paraît de beaucoup la plus fréquente, pour ne pas dire la plus intéressante, c'est-à-dire de l'épilepsie hémipléqique infantile proprement dite.

Mais, afin d'éviter des confusions faciles et possibles, il ne nous semble pas inutile de rapporter, au préalable, un cas de chacune des deux autres variétés, afin de bien montrer ce quelles sont, et, au besoin, par quoi elles diffèrent de celle qui nous occupera plus particulièrement.

Epilepsie partielle tonique.

Les cas d'épilepsie partielle tonique ou avec contracture sont assez rares, et parmi les cent cinquante malades du service de Bicêtre, il ne nous a pas été possible d'en trouver un seul. Nous avons donc dû recourir à la bienveillance de M. Bourneville, qui nous a remis, afin de la publier complètement, l'observation d'une malade de la Salpêtrière dont les principaux traits ont déjà été signalés dans l'Iconographie photographique.

OBSERVATION I.

Sommaire. — Père: excès alcooliques. — Début de l'épilepsie à 20 ans à la suite d'une émotion pendant des couches. — Concomitance d'épilepsie partielle et d'épilepsie ordinaire. — Description d'un accès partiel. — Description d'un accès ordinaire. — Autopsie.

Broch..., Adèle, M. C., batteuse d'or, est entrée à la Salpêtrière le 49 février 1866, dans le service de M. Delasiauve. Elle était âgée de 31 ans. En 1870, elle passa dans le service de M. Charcot.

Antécédents. (Renseignements fournis en 1866 par la malade et par son frère.) — Père, mort phthisique à 48 ans; il avait fait quelques excès de boisson. — Mère bien portante, sans accident nerveux (1); aucun aliéné, épileptique, etc., dans la famille.

Pas de consanguinité.

Durant l'enfance, Br...a eu beaucoup de gourmes (glandes au cou, otites, etc.), la rougeole vers 9 ans ; une varioloïde à 10 ans (elle avait été vaccinée). — Réglée un peu avant 14 ans, facilement et régulièrement. Les règles ont toujours été, et sont encore précédées pendant trois ou quatre jours de douleurs lombaires. Entre les époques, elle perd un peu en blanc.

Mariée à 18 ans, elle a eu huit enfants en 7 ans. Cinq sont morts jeunes, sans avoir eu de maladies nerveuses. Les autres sont vivants et bien portants. C'est durant son quatrième accouchement, qui fut double, que sont survenus les accès d'épilepsie.

Elle venait de mettre au monde son premier enfant, quand son mari rentra ivre, selon sa coutume; il se prit de querelle avec sa belle-mère, qui assistait sa fille. Celle-ci en fut vivement impressionnée, et eut, quelques instants après, une attaque de nerfs, avec perte de connaissance, durant laquelle elle accoucha du second enfant. Elle se remit facilement de ses couches. Br... eut sa seconde attaque six semaines après la première; elle la décrit ainsi: « Sensation d'étouffement, de serrement à la gorge, d'é-

⁽¹⁾ Elle est morte depuis, en 1874, à la Salpêtrière des suites d'une brûlure.

tourdissement; impossibilité de parler, puis torsion des membres;

enfin, soif vive. »

De 22 ans à 30 ans, les accès se seraient montrés au nombre de quatre ou cinq par mois, ils venaient au moment et surtout à la fin des règles. En automne 1865 (Br... avait 30 ans), elle eut une série d'accès à la suite desquels « ma raison, dit-elle, s'était complètement retirée. » Elle aurait alors essayé de se suicider en se jetant par la fenêtre. Elle fut conduite à l'hôpital Saint-Antoine où elle resta 21 jours.

Certains accès sont précédés d'une sensation d'étouffement durant une dizaine de minutes; d'autres sont subits. Consécutivement, elle est fatiguée et courbaturée. Les accès sont noc-

turnes et surtout diurnes.

1866, 23 février. — Br... a eu ce matin un étourdissement à la suite duquel elle a conservé pendant une quinzaine de minutes de l'incohérence dans ses idées; quand on lui parlait, elle prononçait des paroles qui n'avaient aucun rapport avec la de-

mande; elle passait d'une idée à une autre.

1er mars. - Etat général satisfaisant, souffle cardiaque au premier temps, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. De temps à autre, Br... est sujette à de petites crises caractérisées par des palpitations cardiaques, une pâleur violacée de la face, une grande anxiété. La main apposée sur la région du cœur constate que les battements sont très forts et très rapides. La sensibilité à la piqure est conservée, mais elle est moins vive à droite qu'à gauche.

1er novembre. Après un accès elle a eu une contracture du mem-

bre supérieur droit, qui a duré 15 à 20 minutes.

3 novembre. Accès de contracture.

1874. — Br.... est sujette à des accès d'épilepsie vulgaire, et à des accès d'un genre particulier que l'on peut désigner sous le nom de crises rotatoires ou plutôt d'épilepsie partielle tonique ou avec contracture, pour nous servir de la dénomination adoptée

par M. Charcot.

Aura. — Br... dit que, un peu avant l'accès d'épilepsie partielle elle ressent une douleur au sommet de la tête; le point qu'elle indique répond à l'entrecroisement avec la ligne antéropostérieure, d'une ligne qui passerait par les deux conduits auditifs. Cette douleur, qui s'étendrait plus à gauche qu'à droite, s'accompagnerait de battements. Elle ne persisterait pas dans l'intervalle des accès. Il s'y ajoute bientôt une douleur constrictive à l'épigastre, où la malade porte la main gauche. Puis les trois derniers doigts de la main droite s'allongent, se raidissent, se collent l'un contre l'autre, sans être le siège de fourmillements; la moitié droite du cou devient raide, les muscles en se contracturant font incliner la tête vers l'épaule; un éclair passe devant les yeux de la malade, les paupières se ferment, la face pâlit très fortement; elle fait signe qu'elle va être malade, cherche à s'asseoir. L'accès arrive, Br... est assise sur l'angle d'une chaise, au moment où nous décrivons ce qui suit:



Description d'un accès: la face est très pâle, et la physionomie hébétée; la tête s'incline sur l'épaule gauche; les paupières



sont animées de petits mouvements convulsifs (souvent elles sont fermées et contracturées) et, en les écartant, on constate que les globes oculaires sont plus ou moins fortement déviés en haut; les pupilles sont dilatées. Br... n'a pas perdu connais-



Ftg. 2.

sance, et fait signe à ce moment qu'elle voit. La contracture des mâchoires l'empêche absolument de parler.

Le bras droit se contracte dans l'extension et la pronation (fig. 1) la main se tord et se met à angle droit sur le bras qui se porte d'abord sur la partie latérale et postérieure du tronc; l'index et le médius sont allongés, l'annulaire et l'auriculaire demifléchis. Le membre inférieur droit est souvent contracturé dans l'extension, mais la contracture est bien moins intense qu'au bras; dans certains accès elle fait défaut.

Cette première phase dure de quelques secondes à une minute. Puis la malade tourne sur le coin de sa chaise, de gauche à droite, la tête demeurant toujours inclinée sur l'épaule droite, mais le menton se rapproche du sternum, et, à un moment, la partie antérieure du corps est dirigée vers le dos de la chaise. En même temps que s'exécute cette rotation, l'avant-bras se fléchit à angle droit sur le bras et vient s'appliquer en travers de la région dorso-lombaire (fig. 2).

Au bout de deux ou trois minutes, Br... décrit un mouvement de rotation en sens inverse du précédent, c'est-à-dire de droite à gauche, et reprend par conséquent sa première position. Durant ce second mouvement de rotation, les battements des paupières cessent, les yeux s'ouvrent, l'avant-bras s'étend brusquement sur le bras qui tressaute, se balance plusieurs fois et retombe lourdement sur la cuisse, offrant l'attitude qu'il avait dans la première phase. Simultanément la tête se redresse, la main qui était fléchie s'allonge entièrement, la contracture des mâchoires disparaît. La pâleur de la face, l'anxiété qui n'avaient pas diminué jusqu'à ce moment s'effacent progressivement. La malade demande à boire et avale rapidement un ou deux verres d'eau; les dents claquent sur le verre. Enfin la contracture disparaît totalement au membre supérieur.

Dès que Br... a bu, elle se lève; la crise a duré 8 minutes; d'autres fois elle dure 3 à 5 minutes. Elle revient vite à elle, car elle ne perd pas entièrement connaissance, elle n'a que pendant quelques secondes un peu de confusion des idées. La contracture des mâchoires l'empêcherait seule, durant la crise, de répondre aux questions qu'on lui pose. Aussitôt l'accès passé, elle reprend l'usage de la parole et se plaint d'éprouver des tiraillements dans l'épaule, dans l'articulation temporo-maxillaire et dans la tempe droite. Elle accuse encore une souffrance à la région cardiaque, des palpitations, des tiraillements du genou aux orteils du côté droit; elle ne répond pas encore d'une façon nette et précise aux questions. Les pupilles ont repris leurs dimensions normales; pas de sucre, ni d'albumine dans les urines aussitôt après ces accès.

D'ordinaire, les membres du côté gauche ne sont pas envähis par la contracture; pourtant depuis 1876 on aurait vu quelquefois le bras gauche pris de « retournement » en même temps que les membres du côté droit, mais jamais isolément.

Les accès d'épilepsie ordinaire sont aussi précédés d'une aura: la malade a un sentiment de constriction à l'épigastre, un éclair passe devant ses yeux. Ces phénomènes ne durent que quelques secondes, mais cela suffit pour qu'elle puisse avertir et ne jamais se blesser.

4878. — 1er février. Un accès d'épilepsie ordinaire. — 3 février. Un accès d'épilepsie partielle. — 8 février. Deux accès ordinaires. — 9 février. Trois vertiges. — 11 février. Un accès ordinaire et un vertige.

12 février. Rien dans la journée. A partir de 8 heures du soir, jusqu'au 13 février à 4 heures du matin, 19 accès ordinaires et 5 vertiges.

Anesthésie par le *chloroforme*, suivie d'un calme complet jusqu'à 1 heure de l'après-midi (13 *fév.*). Depuis lors jusqu'à 8 heures du soir, 34 accès.

Dans la nuit du 13 au 14 février, 13 accès. Depuis 6 heures du matin jusqu'à 9 heures, 6 accès. A 9 heures 1₁2, Br... est dans l'état suivant : face pâle, fraîche; paupières entr'ouvertes, yeux fixes, dirigés en haut; pupilles un peu contractées, mobiles d'ailleurs; bouche entr'ouverte, laissant voir la langue qui se soulève à chaque inspiration et dont la pointe est appuyée contre les dents. Excoriation de la lèvre inférieure; respiration bruyante, stertor. P. 128, T. V. 39°. Pas de sueurs, résolution générale.

14 heures 1₁2. — La malade a eu deux nouveaux accès. La situation générale est la même. La face est plus cyanosée. Voici la description d'un autre accès:

Palpitation des paupières; yeux dirigés à gauche. Les paupières s'ouvrent; les yeux, qui étaient déviés à gauche, se dirigent à droite, puis les paupières se convulsionnent; les muscles des deux côtés de la face se contractent violemment. Les bras et les jambes deviennent extrêmement rigides, et cela au même degré des deux côtés.

Les doigts sont fléchis : le pouce droit est dans la paume de la main ; le pouce gauche est appliqué sur l'index. Les muscles du cou se dessinent d'une façon extraordinaire.

A cette période, qui dure environ 40 secondes, succède la

période clonique: les secousses sont égales des deux côtés, et intenses.

Enfin, période de stertor, avec écume sanglante. Cyanose extrême de la face, qui, dans les deux autres périodes, avait été de plus en plus rouge. — T. V. 39°,2.

La malade a encore eu deux accès, et elle est morte à 1 heure 20. — Voici le tableau des accès et des vertiges depuis l'entrée de la malade:

× Acces, 1 27 27 27 27 27 27 27 27 27 27 27 27 27	*1
2 10 7 20 6 37 8 4 50 10 -1 - 5 Verliges, 1	
185 - 2635. 4 20 4 10 50 10 50 20 50 54 4 55.	
000000000000000000000000000000000000000	
00 000 000 000 000 000 000 000 000 000	
12 A + 8 - 10 20 - 0 0 0 1 9 4 4 14	
8 S 2000 A 20 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
140100448890	
50) . * A C C C C C C C C C C C C C C C C C C	
E Verliges, 1	
2 . sécos ro	
181	
81 (. * * * * * * * * * * * * * * * * * *	
84 5 4 9 4 5 9 5 8 8 4 8 9 8 4 7 8 8 8 4 7 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	
.2600A. w ro w w w w w ro u w w w 120	
8770 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5. 5	
A 6600A	
os { .segureV = = = or = = = = = = = = = = = = = = =	
1869 Accès. 1869 1870 18	
∞ \bigvee_{∞} \bigvee_{α}	
88) sees 444 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	
C \ .sexibineV \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
8 Newson 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	
O Verliges.	
81 15 2 25 25 8 8 11 01 1 Accès.	3
m	٠٧١
anvier 'évrier Jars Avril fuint fuillet Août Septembre Octobre . Novembre	Olai
H DNOWA H H BA	-

Wattlamier



AUTOPSIE. — Cuir chevelu, os du crâne, sains. — Pie-mère un peu épaissie et uniformément congestionnée. — Les circonvolutions, examinées avec soin, ne présentent aucune lésion. — Les cornes d'Ammon sont saines. — L'hémisphère droit pèse 575 gr. et le gauche 565 gr. — Le cervelet et l'isthme pèsent 450 gr.

Thorax. — Quelques adhérences du poumon droit. Pas d'ecchymoses pleurales. Congestion des lobes moyen et inférieur du poumon droit et du lobe inférieur du poumon gauche. — Pas de surcharge graisseuse du cœur. Tissu un peu décoloré. Légère infiltration athéromateuse de la valvule mitrale. Poids, 290 gr.

Abdomen. — Foie, un peu congestionné; pas de calculs. — Rate, 110 gr., dure, tunique épaisse. — Reins congestionnés (110 gr. chacun). — Aucun organe ne présente d'ecchymoses, sauf l'estomac, où il y en a quelques-unes très petites.

L'articulation de l'épaule droite n'offre aucune lésion.

Cette observation est d'autant plus intéressante qu'elle nous offre réunies chez la même malade l'épilepsie vulgaire et l'une des formes de l'épilepsie partielle. La description d'un accès de chacune de ces épilepsies, tracée avec détails par M. Bourneville, nous fournit de précieux éléments de diagnostic, nous montre les différences qui les séparent et ne permettent pas de les confondre. Nous nous réservons de montrer plus loin combien cette forme diffère de l'épilepsie hémiplégique proprement dite, laquelle est un véritable syndrome dont les étapes sont réglées, prévues d'avance, et, pour ainsi dire, fatales.

Epilepsie partielle vibratoire.

On pourra également retrouver dans l'Iconographie, une rapide esquisse du cas que nous offrons ici comme type d'épilepsie partielle vibratoire; c'est ce cas que M. Bourneville a communiqué en juillet 1876 à la Société anatomique (Bulletin, p. 558).

OBSERVATION II.

SOMMAIRE. — Père alcoolique et phthisique. — Etat de mal convulsif à 4 ans et demi, portant exclusivement sur le côté droit. — Secondes convulsions à 5 ans et demi: parésie de la jambe droite. — Accès de colère. — Epilepsie partielle (jambe droite) à 7 ans. — Extension des convulsions au bras droit (9 ans): parésie du bras droit. — Généralisation des accès. — Description. — Etat de mal: ses caractères, température, nitrite d'amyle.

Autopsie: Méningite chronique localisée. — Ancien foyer intéressant le lobule paracentral, l'extrémité supérieure des frontale et pariétale ascendantes. — Sclérose fasciculée secondaire.

Merl..., Louise-Anna, âgée de 10 ans, est entrée le 2 janvier 1876 à la Salpêtrière (service de M. Charcot).

Antécédents. Le père de M..., d'abord employé dans les chemins de fer, puis dans un atelier de photographie, faisait souvent des excès alcooliques: il buvait surtout de l'absinthe. Il est mort phthisique en 1873. — Sa mère, marchande de pain d'épice dans les foires, est morte « de mauvaise conduite » il y a trois ans. — Louise est une enfant naturelle reconnue par son père. Sa belle-mère, qui nous renseigne, l'a élevée à partir de l'âge de 3 ans seulement; de là, l'insuffisance des renseignements sur ses autres parents.

A 4 ans et demi, elle a eu une première attaque de convulsions, annoncée par les prodromes suivants: L'enfant se plaignant de malaise dans l'atelier où sa belle-mère travaillait, celle-ci la reconduisit chez elle; en route, M... marchait péniblement, se laissait aller, faisait des grimaces. A peine rendue à la maison, elle perdit connaissance et fut prise de convulsions qui durèrent 13 heures. Pendant tout ce temps, les convulsions ont porté exclusivement sur le côté droit de la face et du corps. Les urines et les selles ont été involontaires. A la suite de ces convulsions, M... « se mit à jouer comme si elle n'avait rien eu; elle n'y pensait pas (?) ». On assure, en tout cas, que, en marchant, elle ne traînait pas la jambe.

Environ un an plus tard, M... eut, durant une heure, des

convulsions qui n'affectèrent, cette fois encore, que le côté droit. Elles laissèrent après elles un certain degré de paralysie : l'enfant traînait la jambe droite.

De 5 ans et demi à 6 ans et demi, la paralysie de la jambe droite ne s'est pas aggravée. Le membre supérieur droit était libre, l'enfant s'en servait et ne laissait pas tomber les objets. Son intelligence était, dit-on, développée. Elle était douce, affectueuse, n'avait ni mauvais instincts, ni mauvaises habitudes. La constitution physique était chétive. A 4 ans et demi, M... a eu une ophthalmie assez grave pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Sainte-Eugénie. Elle avait, en outre, des glandes au cou.

En 1873, elle fut placée dans un orphelinat aux environs de Paris. Tout d'abord, sauf ce que nous venons de noter, on n'observa rien d'extraordinaire; toutefois, de temps en temps, elle était irritable et avait des accès de colère. Six mois après son entrée, on remarqua des accès d'agitation de la jambe droite, qui duraient une trentaine de secondes. La physionomie ne changeait pas; il n'y avait ni cri, ni écume, ni perte de connaissance, car elle causait ou riait durant ces crises tout à fait partielles. Jusqu'en octobre 1875, ces accès d'agitation se seraient reproduits environ trois ou quatre fois par mois. Le plus souvent, ils étaient précédés d'un certain degré d'irritabilité.

En octobre 1875, les accès d'agitation de la jambe droite sont devenus plus forts, et l'agitation, c'est-à-dire les mouvements convulsifs, s'étendirent au bras correspondant. Puis, les convulsions ont envahi les membres du côté gauche, et l'enfant est tombée sans connaissance (auparavant, même quand tout le côté droit du corps était pris, elle ne tombait pas). Ces accès complets ont une durée d'une ou deux minutes. Dans toute la période antérieure à octobre 1875, M... prévenait, disant : « Voilà que ça arrive. » Maintenant, il ne semble plus y avoir d'aura, et ce qui l'indique, c'est qu'elle s'est blessée deux fois, à la joue et au front. On assure qu'elle se débat beaucoup, que le corps se soulève. On ne signale qu'une seule fois l'écume et la miction involontaire. Elle revient tout de suite à elle et n'a jamais eu de stupeur ou de délire. Les accès sont diurnes et nocturnes; ils prédominent le jour.

M... se sert de la main gauche pour manger, ce qui dénote déjà une paresse ou un affaiblissement paralytique du bras

droit. Cependant, on a essayé de la faire écrire avec la main droite, et on y est parvenu d'une manière passable. Dans ces derniers temps, la main est devenue plus lourde et parfois tremblante. M... a toujours été affectueuse pour ses compagnes et ne paraît pas avoir des habitudes d'onanisme.

1876. 5 janvier. M... était assise près de nous sur unc chaise, quand elle a été prise d'un accès léger: ni aura, ni cri; pâleur de la face; extension de la tête, élévation et rigidité des bras; extension et rigidité des jambes. Le corps s'est incliné lentement sur le côté gauche, et M... serait tombée si on ne l'avait secourue. Tandis qu'elle était par terre, nous avons constaté que la rigidité était la même des deux côtés du corps. Il n'y a pas eu de secousses cloniques, et, au bout d'une minute environ, M... est revenue à elle et regardait les assistants d'un air étonné; puis, elle a pleuré. On l'a relevée, et, deux minutes plus tard, elle causait comme si elle n'avait rien éprouvé. — Nous n'avons pas observé d'écume ni d'évacuations involontaires.

24 janvier. 14 grands accès et 3 petits dans les 24 heures. — Matin et soir : T. R. 37°,3.

25 janvier. 6 grands accès et 2 petits. - Soir: T. R. 37°,5.

26 janvier. 19 accès: T. R. 37°,2.

27 janvier. Matin: T. R. 37, 5. — Soir: T. R. 37, 2. Accès (?).

28 janvier. 20 accès: T. R. 37°, 1. — Soir: T. R. 37°, 7.

29 janvier. T. R. 37°,9. Les accès continuent. La face est modérément rouge et chaude. La sécrétion de la muqueuse palpébrale est augmentée. Les pupilles sont égales et normales. Les conjonctives oculaires ne sont pas congestionnées. Il n'y a aucune trace de paralysie faciale. Langue chargée, comme gonflée, sans trace de morsure.

M... ne prend que du bouillon, qu'elle avale d'ailleurs facilement: elle a vomi plusieurs fois hier et aujourd'hui; pas de garde-robes. Sur les deux fesses, il existe des vésico-pustules surtout confluentes au voisinage du sillon interfessier; elles sont moitié plus nombreuses sur la fesse droite que sur la gauche; quelques-unes, en se desséchant, ont laissé de petites taches d'un brun rougeâtre.

Le bras droit, même entre les accès, est roide; soulevé, il retombe inerte. Le bras gauche est flasque. Le membre inférieur droit est roide, mais moins que le bras correspondant, et il se maintient quand on l'a fléchi. Il n'y a pas de raideur au membre

inférieur gauche. Le chatouillement de la plante des pieds est perçu sans retard des deux côtés. La sensibilité au pincement est conservée. La malade n'est pas dans le coma, ainsi que cela arrive généralement dans l'état de mal épileptique ordinaire, et, après des accès, quand on l'interpelle, elle regarde et sourit.

Accès. Pas de cri; la face regarde à gauche, le bras droit se roidit, se fléchit à demi et s'élève. Alors, la face se dirige à droite; la rigidité du bras augmente; les doigts sont énergiquement fléchis. — Le bras gauche est rigide, mais à un degré bien moindre que le droit. La jambe droite est roide; la gauche souple.

A ce moment, la face se porte de nouveau à gauche et les yeux se dirigent dans le même sens et en haut; la bouche est ouverte, par instants très largement, de telle sorte que les lèvres sont fortement tirées, la supérieure en haut, l'inférieure en bas; de plus, la bouche est un peu tirée à droite. Les convulsions prédominent dans la moitié gauche de la face et persistent encore quand les convulsions cloniques, rares d'ailleurs et limitées au bras droit, ont cessé. Larmoiement à droite; pas d'écume. — Traitement: Huile de ricin; lav. purgatif; julep, liqueur d'Hoffmann; glace sur la tête.

Soir. Les accès, assez éloignés jusqu'à trois heures, sont ensuite devenus plus fréquents. Depuis ce matin six heures, 50 accès. — Nous assistons à une série que nous allons décrire brièvement.

La face regarde à droite; les yeux se dévient en haut et à droite; les pupilles se dilatent légèrement; les lèvres sont animées d'un tremblement rapide; le bras droit devient rigide et prend les attitudes indiquées plus haut; en outre, il est animé d'une véritable trépidation. La jambe droite, d'abord simplement roide, est bientôt prise d'une rigidité très prononcée. Les membres du côté gauche sont tout à fait flasques. — Pas de convulsions cloniques. Écume, grincement de dents. Diminution progressive de la rigidité. La malade ouvre la bouche, semble revenir à elle, un autre accès commence.

Elle pousse de petites plaintes étouffées, et la plupart des phénomènes que nous venons de décrire se reproduisent, à un moindre degré toutefois. M... reprend connaissance très vite et sourit.

Dans les intervalles qui séparent les crises, il n'y a ni injec-

tation, à droite, se traduit à peine sur la figure, et l'on n'observe qu'un léger mouvement de la jambe gauche. - Soir : T. R. 38°, 3. — Constipation opiniâtre. — Huile de ricin, 15 gr., et de croton, une goutte.

3 fév. 35 accès. P. 84; R. 20; T. R. 38°, 3. M... est éveillée, sourit quand on l'interpelle, allonge la langue lorsqu'on le lui demande. - Déglutition facile; pas de vomissements; selles

fétides et abondantes.

L'état convulsif persiste constamment entre les accès. Ceux-ci sont tantôt très forts, tantôt légers. Ces derniers se caractérisent ainsi:

Regard fixe; globes oculaires dirigés en haut et à droite, pupilles dilatées, lèvres contractées; quelques convulsions dans la moitié droite de la face. Le bras droit se fléchit, se soulève; les doigts sont fléchis, le pouce par-dessus l'index; puis il y a trois ou quatre secousses comparables aux secousses électriques et c'est fini : M... recouvre en quelque sorte subitement la conscience. Ces petits accès durent de 40 à 25 secondes. - Soir: T. R. 38°,8.

4 février. 16 accès. M... a reconnu sa belle-mère et lui a parlé.

T. R. 37°,8. - Soir: T. R. 38°,4.

5 février. 67 grands accès et 8 petits. - P. 84; R. 20; T. R. 38°,4. Nous assistons à plusieurs accès. L'un d'eux est en tout semblable à celui du 3 février; un autre est encore plus léger :

Regard vague; dilatation des pupilles; augmentation de la contracture du bras droit qui se fléchit et s'élève; durée, dix

secondes à peine.

La physionomie est assez bonne, malgré le grand nombre des accès d'hier. La parole est plus libre. M... demande à manger.— La peau est normale; il n'y a aucun trouble des fonctions digestives (excepté la constipation), ni des fonctions respiratoires. Le bras droit a toujours la même attitude; soulevé, il retombe comme une masse. L'épaule droite est roide, le coude rigide, les doigts flasques. La hanche et le genou sont simple-

ment roides.

A gauche, il n'existe pas la moindre roideur. La jambe se maintient dans la position qu'on lui donne; le bras, au contraire, retombe tout de suite.

6 féwrier. 41 grands accès et 7 petits. T. R. 38,4. - - Soir: T. R. 38°.

de la plante des pieds. — Traitement : glace sur la tête; 114 lav. sulfate de quinine ; lotions vinaigrées. — Soir : T. R. 37°,2.

31 janv. 45 accès. Abattement très marqué. — Face pâle, amaigrie. Somnolence, dysphagie. M... gâte toujours. On a déjà compté douze accès depuis 6 heures du matin.

Membre supérieur droit. — L'avant-bras est un peu fléchi sur le bras. L'épaule et le coude sont roides ; le poignet et les bras souples.

Membre inférieur droit. — La jambe est un peu fléchie sur la cuisse. Roideur de la hanche et du genou.

Les membres du côté gauche n'offrent rien de particulier. — La sensibilité au pincement est conservée des deux côtés. — Quand l'enfant pleure, le sillon naso-labial droit est moins accusé que le gauche. — P. 124; R. 22; T. R. 39°,5. — Soir: T. R. 38°,7.

1er février. 29 accès. T. R. 38°,3. — M... est plus abattue; elle gâte. La face et les membres présentent les mêmes phénomènes qu'hier. — Une sangsue derrière chaque oreille. — Soir: T. R. 38°,3.

2 tév. 16 accès. P. 92; T. R. 38°, 2. La piqûre de la sangsue du côté droit a beaucoup moins saigné que celle du côté gauche. Voici la description d'un accès:

Pas de cri. La face et les yeux se dirigent momentanément à droite; puis, la face se porte directement en avant, les yeux restant dirigés à droite et en haut. La bouche est ouverte. Les quatre membres sont très rigides; dans l'extension, nulles secousses, si ce n'est dans les muscles des joues et des lèvres. Cette rigidité générale (*Période tonique*) dure 25 à 30 secondes.

Les convulsions se circonscrivent ensuite à la moitié droite de la face; le bras et la jambe du même côté conservent en partie leur rigidité; les membres du côté gauche sont flasques. Le visage est très pâle. Les pupilles sont assez largement dilatées, plus que dans les accès antérieurs. La malade mâchonne et gémit.

Entre les accès, on note encore la roideur signalée plus haut, dans l'épaule, le coude, la hanche, le genou et le pied du côté droit, tandis qu'il n'y a rien de semblable à gauche. Le chatouillement de la plante du pied suscite sur-le-champ des mouvements réflexes à gauche et des grimaces; la même exci-

Wuillamier.

tation, à droite, se traduit à peine sur la figure, et l'on n'observe qu'un léger mouvement de la jambe gauche. - Soir : T. R. 38°, 3. — Constipation opiniâtre. — Huile de ricin, 15 gr., et de croton, une goutte.

3 fév. 35 accès. P. 84; R. 20; T. R. 38°, 3. M... est éveillée, sourit quand on l'interpelle, allonge la langue lorsqu'on le lui demande. - Déglutition facile; pas de vomissements; selles

fétides et abondantes.

L'état convulsif persiste constamment entre les accès. Ceux-ci sont tantôt très forts, tantôt légers. Ces derniers se caractérisent ainsi:

Regard fixe; globes oculaires dirigés en haut et à droite, pupilles dilatées, lèvres contractées; quelques convulsions dans la moitié droite de la face. Le bras droit se fléchit, se soulève; les doigts sont fléchis, le pouce par-dessus l'index; puis il y a trois ou quatre secousses comparables aux secousses électriques et c'est fini : M... recouvre en quelque sorte subitement la conscience. Ces petits accès durent de 40 à 25 secondes. - Soir: T. R. 38°, 8.

4 février. 16 accès. M... a reconnu sa belle-mère et lui a parlé.

T. R. 37°,8. - Soir: T. R. 38°,4.

5 février. 67 grands accès et 8 petits. - P. 84; R. 20; T. R. 38°,4. Nous assistons à plusieurs accès. L'un d'eux est en tout semblable à celui du 3 février; un autre est encore plus léger :

Regard vague; dilatation des pupilles; augmentation de la contracture du bras droit qui se fléchit et s'élève; durée, dix

secondes à peine.

La physionomie est assez bonne, malgré le grand nombre des accès d'hier. La parole est plus libre. M... demande à manger.— La peau est normale; il n'y a aucun trouble des fonctions digestives (excepté la constipation), ni des fonctions respiratoires.

Le bras droit a toujours la même attitude; soulevé, il retombe comme une masse. L'épaule droite est roide, le coude rigide, les doigts flasques. La hanche et le genou sont simplement roides.

A gauche, il n'existe pas la moindre roideur. La jambe se maintient dans la position qu'on lui donne; le bras, au contraire, retombe tout de suite.

6 février. 41 grands accès et 7 petits. T. R. 38,4. - - Soir: T. R. 38°.

7 février. 8 accès. T. R. 37°, 9. Les jointures du côté droit, sauf la main et le pied, sont encore roides. La paralysie du mouvement est complète de ce côté. — Les membres du côté gauche sont très faibles et ne conservent pas la position qu'on leur impose.

Accès. — Pas de cri; déviation de la face et des yeux à droite; bouche largement ouverte; mouvements rapides, vermiculaires de la langue dont la pointe est cependant fixée derrière la mâchoire inférieure; rigidité générale: les bras sont dans l'extension, élevés au-dessus du lit; les mains et les doigts ont l'attitude habituelle. (Période tonique.)

Puis, la tête se place sur la ligne médiane; les yeux sont dirigés en haut. Alors, éclatent des convulsions cloniques, modérées, égales des deux côtés. La rigidité disparaît à gauche et persiste à droite. Il y a en même temps des convulsions très intenses dans les muscles de la moitié droite de la face qui se reporte de ce côté. (Période clonique.)

Cyanose très prononcée de la face, qui n'est pas habituelle. L'enfant revient très vite à elle, regarde les assistants et sourit, cause, mais avec un certain embarras de la parole. — Soir: T. R. 38,2.

8 février. 18 accès, dont 44 avant 6 heures hier soir, ce qui explique la température vespérale relativement élevée. Ce matin: T. R. 37°,8. La paralysie et la roideur persistent à droite. M... se sert aujourd'hui de son bras gauche et le met sur sa tête. Elle ne peut ni fléchir, ni allonger sa jambe (quand elle a été fléchie). Celle-ci se maintient dans la position qu'on lui a donnée. L'enfant ne gâte plus. — Soir: T. R. 37°,8.

9 février: 0 accès: — T. R. 37°,7. — Soir: T. R. 37°,6.

10 février. 6 accès. — T. R. 37°,7. — Soir: T. R. 37°,6.

14 février. 9 accès. — T. R. 37°,8'. — Soir : T. R. 38°,2.

Rigidité modérée des membres du côté droit, qui sont incapables de tout mouvement spontané. La malade ne peut pas encore soulever la jambe gauche.

Février. A		Température.	
	Accès.	Matin.	Soir.
12	23	37°,9	38°
13	6	37°,7	370,8
14	8	37°,9	37°,8
15	8	37°,9	37°,8
16	25	38°,1	38°,1
17	4	37°,9	38°,7
18	5	38°,5	38°,9
19	2	37°,7	37°,8
20	1	37°,7	38°,2
21	21	37°,8	38°,2
22	6	37°,8	37°,1
23	8	38°	

24 février. 6 accès. M... commence à soulever le bras droit; elle plie la jambe gauche, l'allonge et la soulève. Elle est assise sur un fauteuil; mais se laisse aller, a de la peine à soutenir sa tête.

20 mars. L'état de la malade s'est amélioré progressivement.

Membre supérieur droit. Roideur de l'épaule; rigidité assez forte du coude, surtout quand on veut fléchir l'avant-bras sur le bras; poignet et doigts souples. La main est un peu empâtée, rouge, violacée, froide. M... se sert de ce bras, porte la main sur la tête sans trembler; tous les mouvements s'accomplissent avec une certaine brusquerie. La sensibilité n'est pas encore normale: ainsi, M... sent les deux pointes de l'esthésiomètre à 5 centimètres à gauche, tandis qu'à droite elle ne les distingue qu'à 7 centimètres.

L'intelligence, depuis l'état du mal, a diminué; cette diminution a également frappé l'institutrice qui me l'a signalée spontanément. Au dynamomètre (Mathieu): 40 à gauche, 30 à droite.

Avril.	Accès.	Ayril.	Accès.
2	2	11	2
3	6	12 et 13	3
4	3	14	2
5	5	15	18
6	2	16	10
7	2	17	8
8	3	18	10
9	0	19	6
10	3		

20 avril. 6 accès. Depuis quelques jours, M... traîne davantage la jambe droite en marchant et se sert de moins en moins de son bras droit. Elle est plus abattue, moins joueuse.

22 avril. De 6 heures du matin, hier, jusqu'à ce matin, à la même heure, 15 accès. M... éprouve une grande difficulté à soulever le bras droit et ne parvient pas à toucher le bout de son nez. L'épaule et le coude sont rigides; le poignet est un peu roide. En général, l'avant-bras droit est fléchi à demi sur le bras.

La jambe droite est dans l'extension; la hanche et le genou sont rigides; le cou-de-pied est souple. Nul tremblement. Le chatouillement de la plante des pieds détermine des mouvements réflexes. — T. R. 38°,4. — Lav. purgatif; puis 1/4 lav. bromure de camphre, 2 gr.

Soir. T. R. 39°,1. De midi à 9 heures, 50 accès, plus forts que les précédents. — Selle abondante. — Sinapismes.

23 avril. De 9 heures du soir à 14 heures du matin, 135 accès. T. R. 39°, 3. Assoupissement profond. Interpellée vivement, M... ouvre les yeux, semble regarder. Les globes oculaires, dont la moitié inférieure, surtout à gauche, est injectée, sont le plus souvent dirigés en haut et à droite; nystagmus; pupilles contractées, égales.

Cyanose des joues, plus marquée à droite. — Bouche entr'ouverte: pas de différence entre les deux moitiés de la face.

Décubitus dorsal. Tête un peu inclinée sur l'épaule droite. — Résolution générale. Les membres sont cyanosés, inertes, également chauds. La peau est sèche; hier, on a observé des sueurs copieuses. Urines involontaires. — P. 120, régulier; R, 44; T. R. 40°, 9.

Accès. — Rigidité générale plus forte à droite; les membres sont dans l'extension; les supérieurs, surtout le droit, s'élèvent au-dessus du lit. A la période tonique, qui dure une trentaine de secondes, succèdent des secousses cloniques générales envahissant la face et les membres mais prédominant — de même que la rigidité tétanique — dans la moitié droite du corps.

Traitement. — Glace; — lav. purgatif; 3/4 lav. avec 2 gr. de bromure de camphre chacun; — sinapismes. 3 heures: T. R. 39°,4.

Soir (6 h.) P. 420; T. R. 38°,8. — M... a eu 60 accès depuis midi. A partir de 5 heures, les accès ont été uniquement constitués par des convulsions rapides dans la moitié droite de la

face. On a remarque que la cyanose était plus prononcée que jamais d'urant les crises. — Entre elles, la malade est assoupie et non dans le coma, car, lorsqu'on l'excite, elle regarde et fait signe de la tête. La face est pâle, violacée; les pommettes sont marbrées. Les pupilles sont un peu dilatées; les narines pulvérulentes, les lèvres sèches. La respiration est moins fréquente et moins bruyante que ce matin (3 h.). — Selles abondantes après le lavement purgatif (4). Rigidité assez accusée du membre supérieur droit, peu marquée au membre inférieur correspondant, cyanose générale, plus intense à droite; principalement à la main. T. R. 38°,5. — 1/4 lav. avec bromure de camphre, 2 gr.

24 avril. De 6 heures à minuit, M... a eu six accès limités à la face, Elle a été tranquille jusqu'à minuit 3/4. Alors les accès ont reparu et se sont succédé sans interruption de telle sorte que, à 3 heures, on avait compté 50 accès. Les convulsions ont toujours prédominé dans la moitié droite du corps. Durant les courts intervalles qui séparaient les accès, le bras droit était fortement contracturé tandis que le gauche était flasque. — Mort à 3 heures. T. R. 41°. — A 3 heures 4/2: T. R. 40°,8.

AUTOPSIE. — Tête. Les os sont assez durs, épais et égaux des deux côtés. — Le cuir chevelu présente à sa face interne plusieurs ecchymoses: l'une ayant 4 centimètres sur 3 est située sur la ligne médiane, à la partie supérieure du frontal; les autres occupent la région pariétale gauche. — La dure-mère est médiocrement congestionnée; quand on l'incise, il s'écoule une minime quantité de sang et de sérosité. — On trouve des adhérences de la dure-mère avec la pie-mère en avant et à droite (lobe frontal), au niveau du lobule paracentral et au voisinage de la scissure inter-hémisphérique. — Il y a, dans les mailles de la pie-mère, un certain degré de suffusion séreuse.

Le cerveau est comme plein, humide, et offre des ecchymoses assez nombreuses sur la face convexe de l'hémisphère gauche, plus rares sur la droite. — La pie-mère est un peu épaissie et s'enlève aisément, sauf au niveau du lobule paracentral gauche où elle adhère à la fois à la dure-mère et à la substance grise.

⁽¹⁾ Le 1^{er} quart de lavement de bromure de camphre pris à 2 heures, a été gardé une heure: alors on a administré le second quart, puis, à 5 heures le troisième: ils n'ont pas été rendus,

On note quelques arborisations sur la pie-mère de la base en particulier sur le lobe sphénoïdal, et une coloration violacée.
Les artères sont saines.

Hémisphère droit. — Sur le lobe frontal, dans la région où existent les adhérences de la dure-mère et de la pie-mère, les méninges s'enlèvent facilement et laissent voir sur la substance grise une plaque couleur hortensia, mesurant 4 centimètres de long sur deux et demi de haut. — La substance grise correspondante est un peu molle, tandis que partout ailleurs elle est ferme.

Hémisphère gauche. — La pie-mère enlevée sans difficulté, si ce n'est au niveau du lobule paracentral, on voit, sur un certain nombre de circonvolutions, un piqueté assez serné, produisant une coloration violacée affectant la disposition de plaques. Elles sont plus multipliées sur la deuxième circonvolution frontale, la frontale ascendante, la pariétale postérieure et la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius. — Les circonvolutions de la face convexe sont saines.

On découvre, sur la face inter-hémisphérique, un ancien foyer de ramollissement intéressant : 1º l'extrémité supérieure de la circonvolution ascendante dans une hauteur d'un centimètre et demi environ; — 2º la pariétale ascendante dans une hauteur d'un centimètre; — 3º tout le lobule paracentral; — 4º enfin, la moitié supérieure de la portion de la circonvolution du corps calleux coursespondant au bord inférieur du lobule paracentral.

Cette lésion, qui a quatre centimètres de largeur au moins, se présente sous l'aspect d'un foyer de ramollissement avec des anfractuosités, des tractus celluleux et a une coloration jaunâtre. La région qu'il occupe est déprimée, enfoncée. Nous avons dit que la cicatrice adhérait à la pie-mère.

Les couches optiques, les corps striés, les ventricules n'offrent aucune altération. Il en est de même des pédoncules cérébraux et de la protubérance.

La pyramide antérieure gauché est un peu plus grêle que la droite. — Les elives sont égales. — La moelle a été examinée après durcissement, par notre ami M. Pitres. Sur des coupes préparées par les procédés ordinaires, on voit qu'il existe dans toute la hauteur de la moelle, une tache de sclérose fasciculée, siégeant à la partie postérieure du cordon latéral du côté droit, ne différant par aucun de ses caractères histologiques, de

scléroses fasciculées secondaires tenant à des lésions des masses centrales.

Les autres organes n'étaient le siège d'aucune lésion méritant une mention spéciale.

Cette observation sert pour ainsi dire de transition, entre la précédente, et celles que nous aurons à ranger dans la troisième variété.

On y note les mêmes points de différence d'avec l'épilepsie ordinaire; cependant ici nous avons une véritable période tétaniforme, et avant que les crises se soient généralisées on aurait pu les définir des accès épileptiques bornés à la période tonique, y compris la phase tétaniforme. Nous ferons remarquer, avec notre maître, que les accès d'épilepsie partielle de Broch..., se composent presque exclusivement de la phase tétanique de la période tonique (moins la perte de connaissance), des accès d'épilepsie vulgaire, tandis que chez Merl... les accès à l'origine se composent des deux phases (tétanique et tétaniforme) de la période tonique. Nous pouvons aussi entrevoir dans le cas de Merl... deux particularités, qui deviendront des symptômes de premier ordre dans la forme suivante, à savoir : les convulsions du début, et la paralysie comme conséquence.

to wind telling and talk that extract their twee

to different par strelin de pes dimulersa pistologiques.

DEUXIÈME PARTIE.

Epilepsie hémiplégique infantile.

Wuillamier.

CHAPITRE PREMIER.

tool english to gue Etiologie.

Malgré des recherches minutieuses et répétées à l'occasion de chacun de nos malades, nous nous voyons forcé d'avouer que nous sommes loin d'un résultat satisfaisant, et que les causes de l'épilepsie hémiplégique infantile, aussi bien que celles de l'épilepsie ordinaire, sont encore entourées d'obscurité. A nos questions sur les origines probables de la maladie de leurs enfants, les parents nous ont fourni des renseignements qui n'ont rien de spécial. Un fait pourtant est à faire ressortir, c'est que aucun des malades qui nous ont occupé n'est l'enfant de parents épileptiques. Pour cette forme de l'épilepsie, de même que pour l'épilepsie vulgaire, nous avons noté chez les ascendants de nos malades toutes les autres affections qui prédisposent les générations suivantes aux maladies nerveuses: Excès alcooliques, apoplexie, convulsions, chorée, hystérie, aliénation mentale, suicide, etc., et nous ne pouvons manquer de renvoyer à notre IIIe Observation, qui est véritablement remarquable à ce point de vue.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire des cas dans lesquels les mères de nos malades ont eu de vives frayeurs, ou des chagrins ou des chutes durant leur grossesse. Ajoutons aussi que, dans aucun cas, nous n'avons noté la consanguinité des parents.

Le sexe ne paraît pas prédisposer d'une façon spéciale, vu l'extrême et l'égale fréquence de la maladie aussi bien à la Salpêtrière qu'à Bicêtre. En tout cas c'est d'ordinaire. dans la première enfance, de quelques jours, à 3 ou 5 ans, qu'on voit survenir les convulsions initiales. De même pour les causes directes nous n'avons rien de précis, et on pourrait dire que, comme beaucoup d'autopsies l'ont démontré, elles sont purement anatomiques; d'ailleurs, nous aurons l'occasion de le signaler plus loin. Malgré les cas très rares dans lesquels nos petits malades ont subi des chutes, des traumatismes ou des frayeurs, ces accidents ne paraissent pas devoir être incriminés des lésions qui font de cette variété d'épilepsie une affection symptomatique, et, le seraient-ils, qu'ils laisseraient encore inexpliqués la majorité de nos cas dans lesquels le début a été aussi subit qu'inattendu.

OBSERVATION III.

OMMAIRE. — Père, excès de boisson, fièvres intermittentes. — Grand'mére paternelle, excès de boisson. — Une cousine épileptique. — Une
autre arriérée, bègue. — Un oncle, excès de boisson. — Tante et
cousine, idiotes. — Plusieurs frères et sœurs, convulsions.

Premières convulsions sous forme d'état de mal à 5 ans; prédom inance à droite.— Hémiplégie droite et idiotie consécutives.—Convulsions pendant trois mois. — Débuts de l'épilepsie à 13 ans 1/2.

Douc... René, âgé de 17 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 20 juin 1879.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère du malade). — Père, 47 ans, homme de peine, assez calme d'ordinaire, fait des excès de boisson et a « le vin très exalté »; bien portant, a eu les fièvres intermittentes de 27 à 35 ans : c'est dans cette pério de qu'est né le malade; pas de syphilis. [Père, inconnu; mère, faisant des excès de boisson, morte à 72 ans; une sœur, bien portante,

mère d'enfants sains. Pas de maladie nerveuse dans le reste de la famille.]

Mère, 50 ans, fruitière, intelligente, sobre, peu nerveuse, bien portante. [Père, débardeur, quelques excès de boisson, plusieurs hémoptysies, mort à 45 ans, à la suite d'un coup reçu dans la poitrine, dans une joûte. Mère, 74 ans, bien portante. Un frère, a deux filles: l'une, forte et intelligente, aurait eu, au moment de la puberté, des accès d'épilepsie (?) qui auraient reparu pendant un an; ils auraient cessé depuis plus d'une année. L'autre a « l'intelligence lourde et bégaie un peu ». Un autre frère (de mère seulement), nerveux, fait des excès de boisson. Une sœur, morte idiote à 19 ans, sans avoir parlé ni marché. Une cousine germaine, « a la tête faible », mais gagne sa vie.]

Pas de consanguinité.

Six enfants d'un premier lit: 1° une fille un peu nerveuse, dont un des enfants a eu des convulsions internes; 2° un garçon mort athrepsique à ? ans; 3° un garçon mort du croup (?) à 9 mois; 4° un garçon, mort de « rougeole rentrée » à 2 ans 1/2; 5° un garçon, « bossu », a eu beaucoup de convulsions, est mort à 18 ans, à la suite d'un abcès par congestion; 6° un garçon, 27 ans, bien portant, a eu des convulsions internes.

Cinq enfants d'un second lit: 1° une fille, 18 ans 1/2, médiocremen intelligente, qui a eu beaucoup de convulsions; 2° notre malade; 3° une fille, 15 ans 1/2, nerveuse, peureuse, a des cauchemars, a eu des convulsions, est intelligente; 4° un garçon intelligent, a eu des convulsions; 5° un garçon, passablement intelligent, a eu des convulsions.

Notremalade. Pas de rapports sexuels au moment des ivresses bachiques. Grossesse bonne; accouchement naturel, à terme; D... était à sa naissance « aussi gros qu'un enfant de trois mois »; il était cyanosé et on dut saigner le cordon. Sa mère l'a nourri jusqu'à 15 mois; c'est vers 13 mois seulement qu'ont paru les premières dents. D... a commencé à parler à 15 mois; il n'a marché qu'à 18 mois. Jusqu'à 6 ans il a pissé au lit, mais il était propre dans le jour. On l'envoya à l'asile : il apprenait assez bien, savait des prières, des chansonnettes.

Il avait 5 ans, lorsque, une après-midi, il se plaignit de céphalalgie, et à peine couché, il fut pris de convulsions généralisées aux quatre membres, et qui ne durèrent que quelques minutes. Vers 7 heures du soir, le même jour, il fut pris d'une nouvelle crise, qui dura jusqu'à minuit, sous forme d'état de mal. Les se-



cousses convulsives, qui étaient très fortes, portèrent uniquement sur le côté droit. A dater de ce jour, D... eut quotidiennement pendant trois mois, des crises convulsives qui duraient de une demi-heure à une heure, et portant également sur le côté droit. Il passa ces trois mois presque complètement au lit, sans bouger, sans parler, paraissant souffrir lorsqu'on le remuait; surtout du côté droit; on le faisait manger, et il ne dépérit pas trop.

Après cette période, on put le lever, et on s'aperçut que le côté droit était paralysé et que les membres de ce côté étaient devenus rigides. Il dut apprendre de nouveau à marcher, et il ne put le faire qu'en traînant la jambe; le bras était inerte; lorsqu'il recommença à parler, ce fut en bégayant. L'intelligence, elle-même, avait considérablement diminué; le caractère, primitivement doux, s'é-

tait modifié, il était devenu colère, violent, brutal.

Jusqu'à 15 ans 1/2, il n'eut plus de crise convulsive, mais sa paralysie ne se modifia pas, non plus que son intelligence : à l'école il n'apprit rien du tout. Puis, à la suite « d'une colère rentrée » contre un voisin, il eut dans la nuit un premier accès, avec prédominance des convulsions du côté paralysé; nouvel accès dans la nuit, quatre ou cinq jours après. Les accès se succédèrent ensuite, toujours nocturnes; ils étaient précédés d'un cri plaintif, étouffé; puis tout le corps devenait raide avec inclinaison du côté droit, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, grincement de dents. Les secousses étaient peu fortes et prédominaient à droite; pas d'écume, pas de morsure de la langue, pas d'évacuations involontaires; à la fin stertor, et reprise assez rapide de la connaissance; pas de trouble psychique consécutif. Dans la journée, pas d'accès, à moins qu'on ne le couchât, mais quelques étourdissements: il devenait tout drôle, regardait avec des yeux hagards, blêmissait un peu et en quelques secondes c'était fini.

Chez ses parents, il passait sa journée sans rien faire. Il était souvent dans la rue avec des chiffonniers, qui lui ont appris les expressions ordurières qu'il débite effrontément; il n'avait pas de tic, mais bavait en parlant et suçait son pouce; pas d'onanisme. Quoique colère, il avait bon cœur, demandait volontiers pardon, n'était pas vindicatif, partageait avec ses camarades, jouait avec les animaux. Il ne rêvait que de travailler pour avoir de l'argent, il connaît la valeur des pièces, prenait des sous pour

les donner aux enfants.

Etat actuel. — Tête assez grosse; crâne ovale, symétrique, assez développé aux régions occipitale et mastoïdienne.

Diamètre autéro-post	m	18,7
Diamètre bi-pariétal		14,5
Circonférence		55,5
Demi-circonférence droite	1.	27,5
Demi-circonférence gauche		28

Face allongée, moins développée, plus aplatie à droite, plus joufflue à gauche; aplatissement de la moité droite du menton, bouche droite, orifices palpébraux égaux. — Front haut, plat: bosse frontale gauche plus aplatie que la droite, contrairement à ce qui se passe pour le reste de la face (?). — Iris bleus, pupilles égales, pas de strabisme. — Nez droit, gros. — Lèvres épaisses. — Maxillaire inférieur régulier.

La réunion des maxillaires supérieurs forme une ellipse, donnant une sorte de prognatisme atténué; la dentition y est complète. — Voûte palatine, assez étroite, profonde, cintrée, symétrique. — Voile du palais et ses dépendances, normaux. — Oreilles, moyennes, mal ourlées, lobules adhérents.

Cou, bien conformé. — Thorax, déformé par le rachitisme, surtout à droite; aplatissement des côtes latéralement; saillie de ces os au voisinage de leur insertion au sternum qui est oblique et fait saillie par son bord droit. Le rebord droit des fausses côtes descend moins bas que le gauche; l'épaule droite est élevée. En arrière, le dos est moins arrondi à droite; pas de déviation apparente de la colonne vertébrale. Les muscles trapèze, sus-épineux et grand pectoral droit sont moins développés que ceux du côté opposé, et l'épaule droite est aussi moins charnue.

Membres supérieurs. A première vue le membre droit paraît moins développé que le gauche; son attitude est la suivante : le bras est parallèle au tronc, l'avant-bras est fléchi sur lui à angle droit, dirigé horizontalement soit directement en avant, soit transversalement au devant de l'épigastre; la main retombe sur l'avant-bras dans une sorte de flexion forcée; le pouce a sa phalangette en extension forcée; pour l'index, le médius et l'annulaire, la phalangine est en extension forcée, et la phalangette en demi-flexion; toutes les parties de l'auriculaire sont en demi-flexion. Si on observe le malade, on voit qu'il n'imprime à son membre que des mouvements de totalité; si on l'engage à remuer tel ou tel segment, il secoue tout le membre, et les mouvements se passent entre l'omoplate et le tronc. Néanmoins, nous sommes parvenus à communiquer à l'épaule tous ses mouvements normaux. On

fléchit facilement le coude, mais son extension offre plus de résistance et demande qu'on l'opère avec lenteur; de même au poignet, la flexion est facile, mais l'extension est limitée par les fléchisseurs contracturés. Pas de craquements dans les articulations; pas d'athétose, pas de modification de nutrition de la peau, ni du système pileux. A la palpation, le membre paralysé paraît plus froid que le gauche.

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle	28	32
Circonférence du bras à 10 cent. au dessus de		
l'olécrâne	24 1/2	27 1/2
Circonférence de l'avant-bras à 10 cent. au-des-		
sous de l'olécrâne	21 1/2	26 1/2
Circonférence du poignet	15	17
Circonférence du métacarpe		
Distance acromio-olécrânienne	31 1/2	36 1/2
Distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du		
cubitus	24 8	26 1/2
Distance de cette apophyse à l'extrémité du	in take '	Savina Fort
médius	18	18

Membres inférieurs. — Le membre droit, moins développé que l'autre, à première vue, est très légèrement fléchi; le pied n'est pas à angle droit, mais retombe un peu.

Le malade étant couché, si on lui dit de lever la jambe droite, on voit ce membre se roidir et être pris de tremblement, ce qui n'empêche pas le malade de le soulever. Pendant cet effort, le bras correspondant se roidit et se soulève par un mouvement associé très net.

D... arrive aussi à fléchir et étendre le genou, quoique très lentement; nous ne pouvons lui faire comprendre de remuer son pied. En marchant, légère boiterie, comme si ce membre était trop court; le pied retombe de la pointe, et fauche légèrement. Il est facile de communiquer des mouvements lents à toutes les articulations, dans lesquelles on ne perçoit aucun craquement. On obtient, parfois, sur les deux membres inférieurs des phénomènes d'épilepsie spinale. Pourtant il n'y a pas de phénomènes du tendon bien nets. — Pas de mouvements choréiformes; pas de modification nutritive de la peau ni du système pileux; température plus basse du côté paralysé.

The specific manager of the control of the set of the	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine.	49	54 1/2
Circonférence à 10 cent. au-dessus de la rotule.	40	45 1/2
Circonférence de la jambe à 10 cent. au-dessous		The street
de la rotule	30	32 1/2
Circonférence au niveau des malléoles	24 1/2	24 1/2
Circonférence du métatarse	22 1/2	23
Distance de l'épine iliaque antérieure et supé-	W WITH	
rieure à l'extrémité supérieure du tibia	49	49
Distance de celle-ci à la malléole externe	38	38
Distance de celle-ci à l'extrémité de l'orteil		
médian ,	18	19 1/2

Peau et tissu cellulaire. — Cheveux, sourcils et cils châtains clairs, assez abondants; moustache blonde naissante; quelques poils au menton; poils abondants aux aisselles, au pénil; tronc glabre; poils aux quatre membres. Pas d'adénite. — Quelques petites cicatrices sur le dos du poignet droit; une cicatrice de brûlure au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit. Quelques érosions, quelques ecchymoses sur le bras droit, qui paraît recevoir des chocs plus fréquents. — Une petite cicatrice sur la crête du tibia droit.

Organes génitaux. — Verge très volumineuse, pas de phimosis; testicules gros, égaux. Onanisme fréquent.

Digestion: appétit excellent, digestion facile, selles régulières; rate, foie, normaux.—Respiration: sonorité à la percussion; pas de râle.—Circulation: cœur régulier; pas de bruit morbide.

Sensibilité générale conservée sous ses divers modes; paraît être égale des deux côtés. — Vue, ouïe, odorat, goût, conservés, mais difficiles à juger comme qualité.

Force musculaire. — Prise à droite avec le dynamomètre M.: 8 kilogr. (?); à gauche, 25 kilos. En juillet 1881: Taille, 1^m,64; Poids, 58 kilogr. 20. En juillet 1882: Taille, ; Poids.

Intelligence. On a essayé, sans succès, d'envoyer Douc... à l'école; il se refuse à toute application, et quitte la classe pour passer sa journée à traîner sur un banc dans la cour. Il ne connaît pas ses lettres, ni ses chiffres, n'a rien appris en gymnastique, n'a ni discernement, ni mémoire. Si on lui montre un objet usuel, en lui en demandant le nom, les usages, il répond le plus souvent par un rire bête et détourne la tête. Il est grossier, et, s'il prononce spontanément un mot, ce sera une injure.

Wuillamier.

Très colère, si on veut le contraindre à faire quelque chose, il répond par des injures, mord les personnes, lance ses sabots contre elles, déchire ses vêtements; il frappe à tout propos les enfants plus jeunes que lui. Pourtant il peut s'habiller, quoique avec une lenteur désespérante; sait se laver, mange seul, et ne gâte pas d'habitude. Il est incapable de retrouver son lit ou sa place au dortoir.

Actuellement les accès sont à la fois diurnes et nocturnes; ils sont très fréquents, ainsi que le montre le tableau ci-joint (1):

	1879		18	1880		1_	1882	
	Accès.	Verliges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	ant no	MACL S	59	» 2	126 40	7 8	53 103	» 3
Février	totac's		119))	78	4	111))
Avril	i land	1-00	62 70))	70 89	1	105 104	» »
Juin	9 44))))	69 51	2 "	85 64	3	104	
Août Septembre	77 105))	47 22	3	23 24))))		
Octobre	109 37))	47 139	2	76 53))))		
Décembre	76))	134	1 .	46))		
Totaux	457))	936	10	775	24		

L'état d'idiotie prononcée de Douc... rend impossible la recherche d'une aura : rien d'ailleurs ne nous autorise à en admettre l'existence. Il nous a été donné d'observer un accès durant la visite, et voici quelle a été son évolution :

Sans aucun cri initial, Douc... est tombé de sa chaise, et c'est sa chute qui nous a fait retourner. Durant quelques instants, il est resté immobile, comme dans un étourdissement; puis tout le corps s'est raidi, à peu près également des deux côtés, la face tournée à gauche. La phase tétaniforme qui a suivi a prédominé aux deux membres inférieurs. Les secousses cloniques ont à peu près impressionné également les quatre membres.

⁽¹⁾ La plupart des vertiges doivent avoir échappé à l'observation.

Pas d'écume : stertor terminal et sommeil consécutif assez prolongé.

Le traitement, pour ce malade, s'est borné à peu de chose. Avant son entrée à l'hôpital, on ne lui donnait que quelques bains. A Bicêtre on l'a mis au bromure de potassium jusqu'à la dose de 8 grammes, on lui a fait suivre un traitement hydrothérapique à diverses reprises, mais très irrégulièrement; aussi, pas d'amélioration notable. Le seul bénéfice qu'on en a retiré a été de le rendre plus traitable, plus calme.

0,,

(a principans bléments qui le composent.

Sons prodromes très souvent, quelquefus apper un
erala segmentat mal sélini, su la grande fermesse habis,
melle des enfants en veit serveint tout à comp des rous
miléions habituellement limitées à une moite du purps
qui sorégraduisent incressaument durant une période
le temps variable de physiours heures à une journées t es
envulsions sont constituées par une séries à acces ayant

CHAPITRE II.

Symptomatologie.

La variété d'épilepsie partielle dont nous nous occupons plus particulièrement a une expression clinique tout à fait spéciale, et d'ordinaire facile à reconnaître pour peu qu'on y pense. Elle ne varie que dans des limites si restreintes, que les nuances comptent à peine. On pourra se rendre compte de la justesse de nos assertions en consultant les diverses observations que nous apportons à l'appui, et dont nous aurions pu augmenter considérablement le nombre.

Nous pensons qu'il ne sera pas inutile de présenter dès l'abord un aperçu demi-schématique de ce véritable syndrome. On aura de cette façon une vue d'ensemble, qui permettra d'en saisir mieux les diverses phases, et qui nous rendra plus facile l'étude subséquente des principaux éléments qui le composent.

Sans prodromes très souvent, quelque fois après un malaise général mal défini, vu la grande jeunesse habituelle des enfants on voit survenir tout à coup des convulsions habituellement limitées à une moitié du corps et qui se reproduisent incessamment durant une période de temps variable de plusieurs heures à une journée. Ces convulsions sont constituées par une série d'accès ayant les diverses phases de la crise épileptique, et dont la réunion constitue un véritable état de mal.

L'enfant peut succomber dans ces convulsions, mais souvent il survit, et les parents ne sont pas longtemps à constater l'existence d'un nouveau symptôme, d'une paralysie sous forme hémiplégique, qui s'établit tantôt brusquement, tantôt au contraire lentement et graduellement.

Cette hémiplégie, qui constitue une deuxième période, varie d'intensité et est plus ou moins complète; quelquefois elle rétrocède, souvent elle persiste, et se complique même d'atrophies ou plutôt d'arrêts de développement, de contracture, d'hémichorée ou, très rarement, d'hémianesthésie.

Telles sont les deux premières périodes, en quelque sorte les premiers actes du complexus symptomatique qui nous occupe. L'enfant vit dans cette situation, son développement physique varie suivant l'intensité de l'ictus primordial, lequel peut en outre n'avoir touché que faiblement l'intelligence, ou, au contraire, plus rarement, y avoir occasionné une tare profonde allant jusqu'à l'idiotie complète.

Puis, un jour, sans cause apparente, ou à propos de la cause le plus insignifiante, on voit survenir des accès d'épilepsie lesquels constituent une troisième période.

Ces accès offrent un assez grand intérêt : quelquefois ils ne sont pas accompagnés de perte de connaissance, et, d'ordinaire, au moins au début, sinon toujours, ils sont limités à un côté du corps; or, c'est justement le côté paralysé qui est le siège des convulsions.

Il y a plus, ces accès qui sont excessivement fréquents, mortellement fréquents parfois à l'origine, voient leur nombre diminuer avec le temps: nous possédons des cas heureux, dans lesquels les malades ont vu cesser vers quarante ou cinquante ans, toute crise convulsive, et ont pu quitter définitivement la section des épileptiques.

Avant d'étudier en détail chacun des symptômes que nous venons de signaler, nous croyons utile de rapporter de suite une de nos observations, où on reconnaitra maintenant avec facilité les grandes lignes que nous venons de tracer.

OBSERVATION IV.

Sommaire. — Premières convulsions à deux ans. — Etat de mal et prédominance des convulsions à gauche. - Hémiplégie consécutive. – Epilepsie deux mois après. – Convulsions limitées à gauche. – Face moins développée à gauche. — Atrophie et contracture. — Description d'accès. - Marche des accès.

Bar... (Charles-François), âgé de 16 ans 1/2, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 18 novembre 1878.

Antécédents. — (Renseignements fournis par la mère du malade). Père, 59 ans, homme de peine, grand, fort, très sobre, assez colérique, bien portant, sauf quelques douleurs rhumatismales dans les membres, et des migraines; pas de trace de syphilis. [Père, sobre, «fort en sang » a succombé à une pneumonie. - Mère, pas nerveuse, morte « d'usure, en enfance ». -Trois sœurs, non nerveuses, ayant des enfants bien portants. Aucun antécédent nerveux héréditaire dans la famille.]

Mère, 55 ans, lavandière, assez intelligente, sobre, calme, bonne santé d'ordinaire; elle a eu une fièvre cérébrale (?) à 32 ans. [Père, sobre, mort de maladie aiguë (?) à 78 ans. — Mère, sujette à des palpitations cardiaques, morte subitement à 65 ans. - Deux frères morts l'un écrasé, l'autre par suite d'une hernie étranglée; une sœur bien portante. Pas d'antécédents

nerveux héréditaires dans la famille.]

Pas de consanguinité. Sept enfants : 1º une fille, 32 ans, bien portante et intelligente; — 2º un garçon, intelligent, mort à 28 ans de varioloïde; — 3º un garçon mort du croup à 11 mois; — 4º un garçon, 23 ans, santé excellente; 5º un garçon, 20 ans, a eu des hémoptysies durant 12 jours et, depuis lors, est souffrant; — 6° notre malade; — 7° un garçon, 12 ans, intelligent, rien de particulier.

Notre malade. — Grossesse bonne, accouchement à terme et normal. Bar... a été élevé au sein par sa mère qui ne l'a sevré qu'à 20 mois.

Il a été propre vers 15 mois, il a parlé et marché avant un an, « il était gros et gras comme une pelote ». Vers l'âge de deux ans il tomba contre un fourneau éteint et se fit au-dessus du sourcil une plaie de 3 ou 4 centimètres, qui saigna beaucoup et dont « la couture est toujours restée ». Il ne perdit pas connaissance dans sa chute.

Une douzaine de jours après, vers 7 heures du soir, sans avoir paru ressentir aucun prodrome, il fut pris de convulsions qui durèrent 24 heures sous forme d'état de mal, et qui portèrent exclusivement sur le côté gauche. Le surlendemain, lorsqu'il se leva, on remarqua que le bras gauche tombait inerte, que la main gauche était impuissante, et que dans la marche, Bar ... traînait manisestement la jambe du même côté. On ne sait pas si l'intelligence subit en même temps une modification, ni au bout de combien de temps survinrent la raideur des membres et l'athetose, qui existent encore aujourd'hui, mais il paraîtrait que de tout temps le bras aurait été plus malade que la jambe. Deux mois après, survint une nouvelle série de convulsions qui durèrent 3 heures et qui, jusqu'à l'âge de 10 ans, se renouvelèrent environ une dizaine de fois par an. Elles paraissaient être précédées d'une aura, car B. . . disait : « Ca va me prendre. . . je vais être malade », et il avait le temps de s'asseoir; mais d'où partait cette aura? quelle en était la nature? c'est ce qu'on ne peut nous dire. Aucun cri n'annonçait le début de l'accès et lorsqu'il y avait chute, c'était d'ordinaire sur le côté gauche, ensuite la crise convulsive se déroulait, passant par toutes les phases : 1º tétanisation, convulsions toniques; 2º convulsions cloniques, mais les convulsions portaient exclusivement sur le côté gauche du corps; 3º il y avait quelquefois de l'écume et des évacuations involontaires. Aussitôt la crise terminée, le malade se levait, assurait qu'il n'avait rien et se remettait à lire ou à écrire, « comme si rien n'avait été. »

De dix à douze ans, pas d'accès; puis ils reparurent, diurnes et nocturnes, et il s'y ajouta des étourdissements fréquents, d'une durée de 3 à 5 minutes. Dans ceux-ci, pas d'aura, ni de cri, la figure se congestionne, on voit quelques mouvements convulsifs limités au côté gauche de la face, une torsion avec rigidité du bras gauche, quelquefois inclinaison lente du corps à gauche, et chute douce de ce côté, sans aucune blessure; pas de convulsion des mem-