

bromure, ni des inhalations anesthésiques (éther, chloroforme). Dans ces cas, le malade sera placé dans une chambre obscure, loin de tout bruit extérieur et de toute cause d'excitation. L'alimentation à la sonde s'impose le plus souvent.

A plusieurs reprises, on a tenté la cure chirurgicale du mal comitial. Si l'épilepsie symptomatique, grâce aux progrès de nos connaissances sur les localisations cérébrales, bénéficie quelquefois merveilleusement de certaines interventions de la chirurgie crânienne, jusqu'à ce jour la trépanation, la ligature des artères vertébrales ou des carotides n'ont donné, contre l'épilepsie dite essentielle, que des résultats discutables et assez peu encourageants.

A. SALLARD.

#### EPILEPSIE PARTIELLE OU BRAVAIS-JACKSONNIENNE<sup>1</sup>

On désigne sous ce nom des convulsions paroxystiques qui, après avoir débuté, en pleine connaissance, dans un groupe musculaire très circonscrit, restent habituellement conscientes et limitées à une moitié du corps.

Il ne s'agit pas là d'une entité morbide, mais bien d'un syndrome commun à des maladies très différentes.

**Historique.** — Avant 1827, l'épilepsie partielle avait été vue par de nombreux auteurs<sup>2</sup>. Mais il s'agissait jusque-là de faits épars et mal étudiés qui rentraient dans le cadre de l'épilepsie vulgaire. Bravais<sup>3</sup> vint et la sépara définitivement du mal comitial; il en décrivit du

1. Cette sorte d'épilepsie est encore appelée *corticale* et *symptomatique*. Or ce sont là deux qualificatifs qui conviennent tout aussi bien à l'épilepsie dite essentielle. Sans doute, l'épithète de *partielle* ne saurait la séparer absolument du mal comitial vulgaire, mais nous la garderons ici parce qu'elle est consacrée par l'usage.

Pour obvier à ces inconvénients et rendre à la fois hommage aux beaux travaux de Jackson, Charcot a proposé de l'appeler *jacksonnienne*. La vérité historique demanderait qu'on plaçât, à côté du nom de l'auteur anglais, celui d'un ancien interne de la Salpêtrière, Bravais, qui, quarante ans auparavant, avait fait de ce syndrome une description symptomatique véritablement parfaite.

2. Hippocrate, Galien, Alexandre de Tralles, Wepfer, Boerhaave, Eraste, Jensius, Moulin, Odier, Lallemand, Abercrombie, Portal, etc., l'avaient notée explicitement.

Consulter, pour la bibliographie, l'excellente Revue générale de RAUZIER : De l'épilepsie jacksonnienne (*Semaine méd.*, 1833, p. 1).

3. BRAVAIS, *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplegique* (Thèse de Paris, 1827, n° 118).

même coup tous les caractères cliniques : aura, limitation habituelle à un côté du corps, types facial, crural et brachial, paralysies post-convulsives, conservation de la connaissance, etc. On n'a, depuis lors, rien ajouté d'essentiel à l'étude de ce syndrome, et donner ici un résumé de la Thèse de Bravais serait encore la meilleure description qu'on pût en tracer. Malheureusement, il ne parlait ni d'anatomie pathologique ni d'étiologie.

Ce fut H. Jackson (1869-1873), dont les recherches remontent à 1863, qui, après avoir compulsé et analysé de nombreuses observations, affirma les relations de cause à effet qui unissaient les lésions corticales du cerveau à l'épilepsie unilatérale, en déclarant même que les centres moteurs des divers groupes musculaires des membres siègent dans l'écorce grise de l'hémisphère opposé, au niveau d'une région localisée. Il avait eu un précurseur singulièrement clairvoyant en Serres<sup>1</sup>; qui, ayant trouvé à l'autopsie un abcès méningocérébral du côté droit, dans un cas d'épilepsie du bras gauche consécutive à une otite droite, écrivait : « D'après une multitude d'observations comparées habilement, on pourra désigner la partie du cerveau affectée par le membre atteint de paralysie ou de convulsion. Ainsi, si c'est le bras droit, l'altération organique sera dans l'encéphale, dans la partie qui correspond au-dessus du pariétal gauche et *vice versa*. »

Les travaux de Jackson, qui n'était pas sorti du domaine clinique, avaient nettement posé le problème des localisations cérébrales et provoqué des expériences de contrôle.

En effet, les physiologistes ne tardèrent pas à démontrer expérimentalement, chez les animaux, dans l'écorce de chaque hémisphère cérébral, l'existence d'une zone motrice, et à délimiter dans cette zone un certain nombre de territoires ou centres moteurs distincts. Les médecins, armés de la méthode anatomo-clinique, donnèrent à ces expériences la sanction suprême. On arriva bientôt, de chaque côté et dans tous les pays<sup>2</sup>, aux mêmes conclusions :

1° L'excitation de la plus grande partie de la surface ou de la profondeur du cerveau ne provoque aucune réaction motrice.

2° L'excitation d'une région corticale circonscrite, située à l'union du lobe frontal et du lobe pariétal, produit des mouvements dans les muscles du côté opposé du corps<sup>3</sup>.

1. SERRES, *Anatomie comparée du cerveau*, Paris, 1824.

2. Voir, pour l'histoire détaillée des localisations cérébrales, l'article *Anatomie médicale de l'encéphale*, t. III, p. 61.

3. La physiologie montre cependant qu'une excitation corticale forte, portée en dehors de la zone psycho-motrice, peut, comme l'excitation directe de cette zone, provoquer des mouvements dans le côté opposé du corps. De même Bubnoff, Heidenhain et Vulpian auraient réussi à provoquer des convulsions en excitant la

3° La destruction de cette même région est suivie d'une paralysie plus ou moins complète et durable des muscles que l'excitation mettait en jeu.

Cette région corticale circonscrite constitue la *zone psycho-motrice*, essentiellement formée par les deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et par le pied des circonvolutions frontales et pariétales qui en partent. Elle se subdivise en un grand nombre de territoires moteurs indépendants. Il suffit, pour la compréhension de l'épilepsie bravais-jacksonienne, de connaître la topographie des centres moteurs de la face, du membre supérieur et du membre infé-

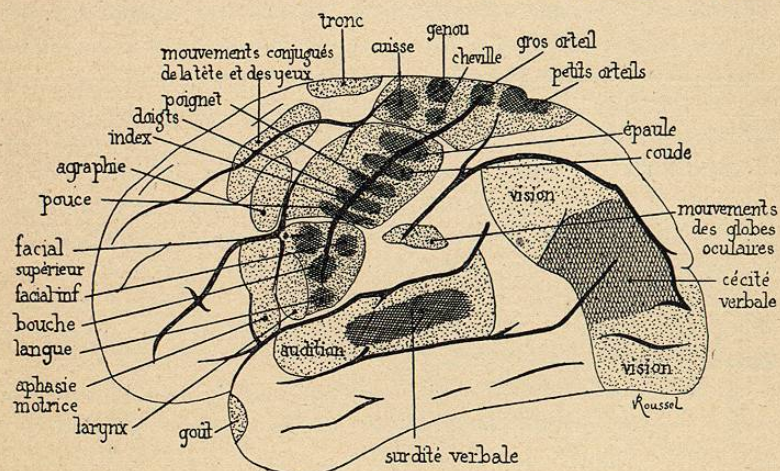


FIG. 2. — Hémisphère gauche (face externe). Localisations corticales.

rieur. Ces trois centres, à cheval sur le sillon de Rolando et empiétant sur les deux circonvolutions riveraines, correspondent de bas en haut : le centre facial au tiers inférieur de la zone psycho-motrice, le centre brachial au tiers moyen, le centre crural au tiers supérieur et en même temps au lobule paracentral.

substance blanche. Mais Ferrier, Fr. Franck et Pitres déclarent catégoriquement qu'une excitation de l'écorce est toujours nécessaire. Quant aux mouvements provoqués par l'excitation forte des régions corticales « extra-motrices », ils n'échappent au domaine des localisations péri-rolandiques qu'en apparence. En réalité, cette excitation a diffusé et est venue aboutir à la zone psycho-motrice. Si, en effet, on détruit préalablement celle-ci, l'excitation des zones sphéno-occipitales ou frontales est incapable de produire, chez l'animal, des phénomènes convulsifs. Il n'y a là, en somme, que des exceptions apparentes, mais qui n'en commandent pas moins certaines réserves quand on veut préciser, chez l'homme, la topographie de la lésion dans un cas donné. Pour la production de l'épilepsie partielle, une seule chose est nécessaire, c'est que le centre moteur cortical ne soit pas entièrement détruit et puisse être actionné par une excitation directe ou indirecte. Il existe un seul fait rapporté par Seppili d'épilepsie avec destruction totale du centre cortical par un foyer de ramollissement.

### Description symptomatique. — A. FORME CLASSIQUE. —

Le premier accès d'épilepsie partielle survient en général en pleine santé apparente, mais il n'éclate cependant pas comme un coup de foudre; il est d'habitude précédé de prodromes éloignés ou immédiats, préludes de la crise.

Ainsi annoncées, les convulsions débutent par un groupe musculaire très circonscrit. Parfois elles restent limitées à ce groupe (*épilepsie parcellaire*). Généralement elles s'étendent, mais dans un ordre déterminé, et envahissent, tantôt un membre entier (*épilepsie monoplégique*), tantôt et plus souvent toute une moitié du corps (*épilepsie hémiplégique*). Exceptionnellement elles se généralisent, tout en restant prédominantes dans la moitié primitivement affectée. La connaissance, entière dès le début de l'accès, reste souvent intacte jusqu'à la fin. L'intensité et la durée de ce paroxysme varient suivant les cas, sa durée moyenne étant de quelques minutes. La crise terminée, le rétablissement est souvent complet et immédiat; d'autres fois, la crise laisse après elle un peu de fatigue et de courbature, une obnubilation passagère de l'intelligence et de la mémoire. Assez souvent, elle se juge par une parésie ou une véritable paralysie transitoire des régions convulsées.

Telle est l'esquisse d'un accès d'épilepsie partielle. Certains traits demandent à être examinés de près et mis en lumière :

1° D'abord les signes avant-coureurs. Les uns, à longue portée, constituent les *prodromes* proprement dits. Ce sont généralement des phénomènes sensitifs : céphalée, vomissements, engourdissements, fourmillements dans un membre, douleurs circonscrites, etc. Les autres, qui précèdent immédiatement la crise, en forment l'*aura*. L'*aura* est, suivant les sujets, motrice, sensitive, sensorielle, psychique ou vaso-motrice. Dans l'*aura motrice*, la plus fréquente de toutes, il s'agit de secousses musculaires localisées, de flexion ou d'extension d'un doigt, d'une main, d'un pied, de tremblements unilatéraux, de troubles moteurs, en un mot, difficiles à distinguer du début des convulsions elles-mêmes. L'*aura sensitive* se présente sous forme de douleurs plus ou moins vives, comparées par les malades à des brûlures, torsions, attritions localisées à un doigt, au cou, à l'épigastre, au thorax, à l'abdomen, à un côté de la tête, se traduisant parfois par des coliques, des palpitations ou de l'oppression. Assez souvent ces douleurs irradient dans un trajet déterminé; il n'est pas exceptionnel de les voir monter de l'abdomen ou de l'épigastre vers le cou et rappeler la boule hystérique. L'*aura sensorielle* s'exprime par des sensations simples, visuelles, auditives, gustatives ou odorantes : phosphènes, étincelles, visions colorées, bourdonnements et sifflements d'oreille, perceptions amères dans la bouche, odeur désa-

gréable de soufre ou d'œufs pourris, etc. Dans l'aura *psychique*, ce sont des sensations coordonnées, de véritables hallucinations, surtout visuelles ou auditives et d'habitude effrayantes (visions de scènes tragiques, d'incendies). Un malade de Bravais croyait voir un couteau et une boule de sang dans sa main gauche par où commençait l'accès. L'aura *vaso-motrice* enfin est représentée par des sensations de fraîcheur (vent frais, eau glacée), de souffles brûlants, de liquides chauds...

Sous une forme ou sous une autre, l'aura est un phénomène à peu près constant. Variable d'aspect avec chaque individu, elle se produit identique chez le même sujet. Les exceptions à cette règle sont vraiment rares. Aussi le malade peut-il prévoir sa crise et l'annoncer aux gens qui l'entourent.

2° Bientôt, en effet, les *convulsions* se montrent. Elles commencent sans cri initial et évoluent en trois phases dites tonique, clonique et résolutive, comme dans l'épilepsie essentielle. La phase tétanique, très courte, est aussitôt suivie de secousses plus ou moins violentes qui aboutissent au stertor. Mais il est assez fréquent de voir le tétanisme et la phase résolutive faire défaut : dans ces cas, tout se borne à de simples secousses convulsives.

Ce qui caractérise ces convulsions, c'est leur point de départ toujours très limité. Il est classique, depuis Bravais, d'en décrire trois types, correspondant à leur mode de début, soit dans la moitié de la face, soit dans le membre supérieur, soit enfin dans le membre inférieur.

Dans le TYPE A DÉBUT FACIAL, les secousses commencent d'ordinaire par la bouche; une des commissures labiales se porte spasmodiquement en haut et en dehors; la langue se dévie du même côté; les yeux se convulsent en dehors et en haut; les dents grincent; puis les muscles du cou se prennent et la tête fait une demi-rotation, en s'inclinant sur l'épaule, du côté de la déviation faciale. Assez souvent les secousses commencent par la langue; nous les avons vues débiter une fois par l'oreille, une autre fois par l'orbiculaire palpébral. Dans tous les cas, lorsque les convulsions ont pris la moitié de la face et du cou, le visage offre un aspect grimaçant très spécial et la tête une attitude très particulière. Il n'est pas rare de voir une salive spumeuse s'écouler du côté convulsé. Rarement ces convulsions restent limitées à la face et au cou; elles envahissent généralement le membre supérieur et le membre inférieur correspondants.

Le TYPE A DÉBUT BRACHIAL est plus fréquent que le précédent. D'après Jackson, les mouvements convulsifs commenceraient par l'index ou par le pouce. Il n'est pourtant pas exceptionnel de les voir débiter soit par le médus ou l'annulaire isolément, soit simultanément par

les trois premiers doigts. C'est d'abord un mouvement brusque de flexion d'un ou plusieurs doigts, suivi aussitôt d'extension avec assez souvent écartement en patte d'oie. Puis les secousses gagnent les divers segments du membre supérieur qui s'élève lentement en s'écartant du tronc, se met en pronation et décrit souvent un arc de cercle pour venir se placer derrière le dos. Les convulsions peuvent se borner au membre supérieur; d'habitude, elles envahissent ensuite la face et enfin le membre inférieur du même côté.

Dans le TYPE A DÉBUT CRURAL, les convulsions commencent d'ordinaire par le gros orteil, puis s'étendent au membre tout entier qui se met en extension et s'écarte de la ligne médiane. Lorsque les secousses ne restent pas localisées à ce membre, elles envahissent successivement le membre supérieur et la face.

Parfois ces trois types cliniques de l'épilepsie partielle sont simplement esquissés, les convulsions faciales, brachiales ou crurales restant parcellaires. D'autres fois celles-ci envahissent les deux côtés du corps, de manière à rappeler, sauf par leur début et leur prédominance très marquée dans le côté originel, le mal comitial vulgaire. Comme anomalies, on peut voir le type brachial débiter par les muscles de l'épaule et le type crural par le genou<sup>1</sup>. Enfin, on pourrait peut-être créer un quatrième type, exceptionnel, à *début cervical*.

3° Au cours de l'accès, la langue peut être mordue. Cette *morsure de la langue* se fait toujours du même côté. Il en est de même de la *chute*, quand elle a lieu : le sujet tombe sur le côté convulsé. Ce sont là des accidents assez rares, mais moins rares cependant que l'*incontinence d'urine*, qui est ici tout à fait exceptionnelle.

4° La *connaissance* est conservée, toujours à l'origine et souvent jusqu'à la fin de la crise. Le sujet, comme nous l'avons vu, assiste au début du paroxysme. Cette conservation de la connaissance présente plusieurs degrés. Tantôt elle est pleine et entière d'un bout à l'autre de l'accès; tantôt, intacte dès le commencement, elle s'obnubile ensuite plus ou moins : le sujet, dans ces conditions, entend et comprend ce qu'on dit autour de lui, mais ne peut répondre. D'autres fois, la conscience est encore plus altérée et il ne reste au patient qu'un souvenir confus. Parfois, enfin, la connaissance finit

1. La progression des secousses semble obéir à des lois préétablies. Dans le type facial, le bras d'abord, puis la jambe, se prennent après la face. Dans le type brachial, c'est la face qui suit et le membre inférieur qui termine. Dans le type crural, la face ne se convulse qu'après le bras. Dans les cas de monospasme brachial ou crural, les convulsions marchent de bas en haut. Dans les faits d'hémispasme, elles s'étendent, si le début a lieu par la main, de bas en haut dans le bras et de haut en bas dans la jambe; si le début se fait par le pied, leur progression est exactement inverse. Toutefois cette hiérarchie souffre des exceptions, à ce dernier point de vue particulièrement.

par se perdre complètement, au moment, semble-t-il, où les yeux se convulsent et où la tête s'incline. Dans ces cas, l'accès évolue en deux actes : le premier conscient, le second inconscient. C'est au cours de ce second acte qu'on voit, de préférence, les convulsions se généraliser, la langue être mordue et l'incontinence d'urine survenir. Jackson pense que la connaissance est habituellement conservée tant que les secousses restent limitées à un membre ou même à une moitié du corps. Grâce à elle, les douleurs initiales, sur la fréquence et l'intensité desquelles insiste M. Fournier, persistent souvent jusqu'à la fin de la crise.

5° Parmi les phénomènes post-paroxystiques, il faut signaler, à titre d'exception : la céphalalgie, l'amnésie rétrograde, les vertiges, les vomissements, l'aphasie transitoire, l'hémiopie, le myosis, la blépharoptose, etc. Il est un de ces épilogues qui, par sa fréquence et par son importance, mérite d'être spécialement souligné. C'est la *paralysie post-épileptoïde*. Ces paralysies (monoplégies, hémiplegies) sont le plus souvent partielles et passagères, ne persistant que quelques heures ou quelques jours. Parfois elles deviennent extensives, permanentes, et peuvent se compliquer alors de contracture tardive avec exaltation des réflexes. Elles suivent, en général, les accès convulsifs ; exceptionnellement, elles les précèdent ou les remplacent. Elles en semblent jusqu'à un certain point indépendantes, puisque la ligature qui supprime les secousses ne parvient pas à empêcher la production de ces paralysies<sup>1</sup>.

6° Les réflexes tendineux sont d'habitude exagérés, d'après Charcot. La sensibilité objective est généralement intacte. Pourtant MM. Four-

1. Le mécanisme physiologique des paroxysmes convulsifs et des paralysies consécutives a donné lieu à des hypothèses très séduisantes. On pense généralement avec Todd et Robertson que les convulsions traduisent un excès d'activité développée depuis l'écorce jusqu'aux muscles, à travers la capsule interne, les fibres médullaires, les cornes antérieures et les nerfs périphériques. A cette dépense excessive fait suite l'épuisement de toutes les parties mises en jeu ou de quelques-unes d'entre elles seulement. Jackson, partisan de cette théorie, a comparé la cellule nerveuse de l'écorce psycho-motrice à une bouteille de Leyde qui accumulerait peu à peu l'influx nerveux dans son intérieur, sous l'influence d'une excitation pathologique prolongée. A un moment donné, lorsque la tension intra-cellulaire a acquis un degré suffisant, l'accès éclate, c'est-à-dire que la cellule met en liberté une certaine quantité de force nerveuse et se décharge sous forme de convulsions. Consécutivement à cette décharge, survient la paralysie post-épileptoïde qui traduit l'épuisement du petit appareil condensateur. Les condensateurs ou centres corticaux se bornent, semble-t-il, à donner le branle aux centres inférieurs. Une fois les centres médullaires actionnés, on peut les séparer des centres supérieurs corticaux, par la section du bulbe, sans parvenir à arrêter ou à modérer les convulsions. Non seulement, en effet, celles-ci continuent à se produire avec leur amplitude et leur intensité préalables, mais elles poursuivent même leur progression ordinaire. La zone psychomotrice ou plutôt le centre moteur cortical n'a fait que donner le signal du départ aux centres moteurs bulbo-médullaires qui, à partir de ce moment, échappent à son influence dynamogénique ou inhibitrice.

nier et Barbier ont noté des plaques d'anesthésie au niveau de la face externe de la jambe et du tibia dans quelques cas d'épilepsie partielle syphilitique. Les troubles trophiques et vaso-moteurs ne font pas davantage partie du tableau classique. La température centrale s'élève, comme dans le mal comitial, à la suite d'accès isolés ou sériés.

Tels sont les principaux caractères d'un accès d'épilepsie bravais-jacksonienne. Il est exceptionnel qu'un malade en soit quitte avec un seul accès. Dans la règle, les accès se répètent à intervalles très variables du reste. Dans certains cas, un intervalle de plusieurs mois sépare deux accès ; d'autres fois, ceux-ci surviennent plusieurs fois dans une semaine ou dans une même journée. Parfois ils deviennent subintrants et imbriqués. C'est alors un véritable *état de mal*, qui se juge par l'élévation de la température et trop souvent par la terminaison fatale.

A l'origine, l'épilepsie partielle ne s'accompagne pas de troubles intellectuels ; mais à la longue, surtout lorsque les accès sont intenses et fréquents, l'intelligence finit par faiblir et la démence peut s'en suivre. De telle sorte que l'avenir de ces malades, en dehors des cas accessibles à la thérapeutique, reste assez sombre, à cause de ces troubles intellectuels, des paralysies permanentes et surtout de l'état du mal toujours possible. Mais le *pronostic* de cette sorte d'épilepsie n'est pas univoque ; il dépend, avant tout, de la cause qui l'a provoquée.

B. FORMES FRUSTES. — A côté de cette forme classique de l'épilepsie bravais-jacksonienne, il faut signaler une série de formes effacées et transformées. On les voit souvent survenir entre deux crises convulsives typiques, ce qui suffit à en établir la nature. Charcot a décrit la *forme tonique* ou à contracture, et la *forme vibratoire* qui est une véritable exception. Il a encore mentionné l'*épilepsie sensitive*, essentiellement caractérisée par des sensations anormales de froid, de fourmillement, d'engourdissement, de douleurs même qui partent d'une extrémité, comme la main ou le pied par exemple, remontent vers la racine du membre et envahissent la face, la langue, toute une moitié du corps. Ces sensations peuvent, comme nous l'avons déjà dit, constituer l'aura et préluder aux convulsions. Dans les faits auxquels nous faisons allusion ici, elles constituent tout le tableau morbide.

Outre ces formes dégradées, on a récemment signalé les formes transformées, véritables équivalents, telles que les *vertiges*, la *migraine ophtalmique* accompagnée, les *absences*... La migraine ophtalmique n'est en vérité ici qu'une variété de l'épilepsie sensitivo-sensorielle. On y retrouve les deux phases de l'accès convulsif : la phase d'excitation (scotome scintillant, céphalalgie localisée, vomissements)

et la phase d'épuisement (hémipopie, aphasie, hémiplegie). Ces équivalents ont été bien étudiés par MM. Pitres et Lœwenfeld.

**Diagnostic. Étiologie.** — Le diagnostic de l'épilepsie bravaisienne forme, avec le traitement, le point capital de son étude. Reconnaître son existence est, d'habitude, chose facile. Exceptionnellement, on se trouve en présence de réelles difficultés. Sans parler de la *trépidation spinale* qu'il est aisé d'éliminer, il est deux affections, le mal comitial vulgaire et l'hystérie, qui pourraient donner le change.

Dans la plupart des cas, la méprise est difficile à commettre. Le *mal comitial* a pour lui l'absence fréquente d'aura et de paralysies post-convulsives, le cri initial, la perte de connaissance originelle, la chute indistinctement à droite ou à gauche, en avant et en arrière, la généralisation d'emblée des convulsions, la perte du souvenir après l'accès, etc. D'autre part, ses premiers accès se montrent généralement dès le jeune âge, à tel point que le début des crises après l'âge de vingt ans fait d'ordinaire éliminer l'épilepsie vulgaire et songer à l'épilepsie partielle. Mais, en vérité, aucun de ces caractères n'est pathognomonique. Dans l'épilepsie partielle, on peut voir les secousses se généraliser et la connaissance se perdre; ce sont là cependant des phénomènes consécutifs, car, au commencement de la crise, les secousses sont circonscrites et la conscience est intacte. D'un autre côté, dans le mal comitial, l'aura peut exister, les convulsions prédominer dans une moitié du corps et le premier accès survenir à l'âge adulte. Mais ce qui est la règle dans un cas n'est que l'exception dans l'autre. Il ne faut pas oublier que, dans certains faits d'épilepsie partielle, il peut y avoir cri initial, chute, morsure de la langue et incontinence d'urine, comme dans l'épilepsie essentielle; mais cette miction involontaire est là tout à fait exceptionnelle, la chute et la morsure de la langue se font toujours du même côté, et le cri est dû à la douleur dont le malade a conscience. Du reste, les phénomènes concomitants, la recherche de la cause feront souvent admettre l'épilepsie bravais-jacksonienne, tandis que l'hérédité et les stigmates de dégénérescence physique ou mentale plaideront plutôt pour le mal comitial. Il faut cependant avouer qu'il est des cas où les difficultés paraissent insurmontables, à tel point que certains auteurs n'admettent pas de distinction nosologique entre l'épilepsie partielle et le mal comitial vulgaire. C'est là une question de doctrine que nous ne pouvons approfondir ici. Il y a pourtant des raisons qui militent en faveur de la distinction nosographique<sup>1</sup>. Pourquoi, du reste, le

1. M. Féré, qui voit l'épilepsie véritable (sous la forme aiguë) dans l'éclampsie, l'urémie et les convulsions diverses des enfants, pense également que « la distinction

mal comitial ne pourrait-il pas, dans certains cas, revêtir l'apparence de l'épilepsie partielle? L'hystérie le fait bien.

Et elle le fait avec une fidélité parfaite. Les exemples rapportés par MM. Charcot, Ballet et Crespin, Ghilarducci, Bardol nous serviront de témoignage<sup>1</sup>. L'attaque convulsive d'hystérie peut se borner à la première période et revêtir le masque de l'épilepsie bravais-jacksonienne, soit sous la forme d'un accès isolé, soit plutôt sous la forme d'état de mal. On reconnaît la nature hystérique de cet état de mal à l'absence d'hyperthermie, de paralysies post-convulsives et d'exaltation des réflexes. L'ouverture de la bouche pendant la crise, les battements des paupières, les mouvements ondulatoires du ventre doivent encore être pris en considération. Il faudra tenir compte aussi de la coexistence possible d'un fragment de la deuxième ou de la troisième période, de l'effet de la compression d'une zone hystérogène provoquant ou arrêtant les paroxysmes, de l'inefficacité du bromure de potassium et de la constatation des stigmates hystériques après la crise. Enfin la recherche de la formule urinaire établie par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau — si sa valeur sémiologique se confirme — leverait tous les doutes. Dans les cas où l'hystérie et l'épilepsie partielle coexisteraient chez un même sujet, le problème serait plus ardu, mais non insoluble.

Mal comitial et hystérie éliminés, il reste à retrouver la cause de l'épilepsie partielle. Le pronostic et le traitement sont intimement liés à ce *diagnostic étiologique*. Rien de plus facile que de savoir si le *traumatisme* crânien, ancien ou récent, doit être incriminé : chutes, coups sur la tête, pénétration de corps étrangers, enfonce-

entre l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie symptomatique est le plus souvent arbitraire » et sans fondement. Il semble pourtant difficile de reconnaître les traits du mal comitial dans les convulsions partielles provoquées par un traumatisme, une gomme méningée, par exemple, et supprimées radicalement et définitivement après une intervention chirurgicale ou médicale appropriée.

Quoi qu'il en soit de ces considérations nosographiques, tout le monde est d'accord pour étudier séparément le mal comitial et l'épilepsie bravais-jacksonienne, en se fondant, non seulement sur la symptomatologie, mais encore et surtout sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement.

1. BALLET et CRESPIN, Des attaques d'hystérie à forme d'épilepsie partielle (*Arch. de neurol.*, 1884, t. VIII, p. 129). — GHILARDUCCI (*Arch. de neurol.*, 1892 et 1893). — BARDOL (Thèse de Paris, 1893).

Nous avons trouvé dans Bravais l'histoire d'un nommé B... qui paraît bien ressortir à l'hystérie. Ce jeune homme, âgé de dix-neuf ans, vit son père tué à ses côtés sur un champ de bataille. Quinze jours après, il eut des accès convulsifs qui revinrent depuis lors deux ou trois fois par mois. Ces accès (le malade perd la vue, mais conserve l'ouïe) sont précédés d'une vive douleur dans la tempe et dans l'œil droit, prodromes bientôt suivis d'épilepsie hémiplegique classique : « B..., ajoute l'auteur, provoque ses accès par le regard instantané du soleil, par celui des lumières artificielles, en portant sa main gauche sur la tempe droite ou même lorsqu'il soufflé dans ce lieu le contact d'une main étrangère. » Ajoutons, sans commentaires, que l'accès se terminait par un éclat de rire.