

partie de l'hémisphère autre que la région motrice peut provoquer une attaque de convulsions unilatérales. Mais si la convulsion participe des caractères du monospasme, ou si, tendant à se généraliser, elle commence invariablement de la même manière et ne provoque pas de perte de conscience, et si elle est suivie de parésie ou de paralysie plus ou moins permanente, nous pouvons diagnostiquer une lésion irritante de la région motrice de l'hémisphère opposé.

Le siège de la lésion peut être déterminé au moyen des lois relatives à la localisation des lésions destructives, mais seulement d'une manière approximative, car le diagnostic du siège d'une lésion d'irritation est naturellement plus incertain que celui d'une lésion de destruction, par suite de la difficulté qu'il y a à déterminer l'étendue de la zone ou le point spécial de cette zone où se concentre l'irritation vitale. Pourtant l'on connaît plusieurs cas où les phénomènes d'irritation ont été tels que le diagnostic régional exact a pu être fait conformément aux principes de la localisation des centres distincts.

Les lésions d'irritation varient au point de vue de l'anatomie pathologique. Ce sont toutes les lésions tendant à provoquer l'irritabilité, l'hypérémie de la substance grise corticale ou des tractus médullaires sous-jacents; c'est ce que j'ai toujours observé dans mes propres expériences. Magnan (1) a ren-

(1) *Recherches sur les centres nerveux*. 1876, p. 101.

contré cette même hypérémie de l'écorce lors des convulsions épileptiques provoquées par l'introduction de l'absinthe dans l'organisme; et MM. Pitres et Franck (1) ont démontré que, dans les attaques épileptiformes partielles ou unilatérales auxquelles les chiens sont sujets après lésions de l'écorce, la substance grise qui entoure la cicatrice est à tel point hypérémisée, tuméfiée et irritable, que l'excitation mécanique elle-même qui, à l'état normal, reste sans effets, suffit à provoquer une décharge motrice.

La lésion irritante peut donc consister en une inflammation aiguë ou en un état d'irritabilité provoqué par quelque produit morbide chronique. Le plus souvent les lésions consistent en une forme de méningo-encéphalite; la forme syphilitique est aujourd'hui si commune que l'épilepsie syphilitique est souvent synonyme avec « Epilepsie de Jackson ». Les affections tuberculeuses, les tumeurs ou kystes superficiels, les cicatrices de vieilles blessures, les esquilles osseuses, etc., sont autant de causes capables de provoquer l'inflammation.

Hughlings-Jackson pense que la lésion provoque dans les centres une charge à tension enlevée, de telle sorte que, dans certaines conditions vitales, ils se déchargent subitement, comme par explosion, et s'épuisent ainsi pour un temps; d'où l'hémi ou monoplégie épileptique passagère. Ainsi s'expli-

(1) *Progr. méd.* 5 janvier 1878.

querait l'existence d'effets intermittents en connexion avec une lésion constante, car d'après la loi de décharge formulée par Lewes (1), les excitations qui ne provoquent pas de décharge actuelle d'un centre nerveux en augmentent la tension; c'est pourquoi, après une certaine accumulation d'excitation, la décharge subite est facilement provoquée.

Souvent le mal qui commence par être une lésion d'irritation tend à envahir et à détruire la région qu'il occupe, d'où paralysie permanente avec dégénérescence secondaire; les phénomènes d'irritation pouvant se produire tant que la vitalité de la substance grise et des fibres médullaires sous-jacentes n'a pas été absolument anéantie.

« L'épilepsie de Jackson », au début du moins, participe souvent du caractère d'un monospasme qui peut être brachial, crural ou facial, ou tout à la fois selon la coutume de la monoplégie. Quand le monospasme tend à se généraliser et à se changer en convulsions unilatérales, les spasmes semblent se suivre habituellement dans un ordre défini. Dans le monospasme facial, le bras est affecté le second, puis la jambe. Si le mal débute par la main, il remonte au bras, de là au visage, et il finit par la jambe. S'il débute par la jambe, il passe ensuite au bras, pour aboutir à la face. Cet ordre est rarement interverti. Généralement, quand les convulsions sont devenues unilatérales, il y a perte de conscience, si elle n'existait pas auparavant. Quand

(1) *Physical Basis of mind*, p. 290.

elles deviennent bilatérales, ce qui a lieu parfois, Hughlings-Jackson pense que les spasmes suivent l'ordre inverse; par exemple, si le mal a passé de la face à la jambe, il remonte dans la jambe opposée et de là au bras et à la face. Je n'ai pas trouvé de vérification de ce fait dans mes expériences sur les animaux, car j'ai souvent vu le même ordre suivi des deux côtés. Si les mouvements bilatéralement associés avaient plus de tendance à être déchargés ensemble, l'on y verrait une concordance avec l'association bilatérale des noyaux moteurs que le D^r Broadbent a si heureusement appliquée à l'explication de l'immunité relative dont jouissent vis-à-vis des maladies les mouvements bilatéralement associés en cas de maladie cérébrale. Ce fait a été bien mis en lumière par MM. Franck et Pitres, car ils ont établi que des convulsions bilatérales peuvent encore se produire par irritation excessive d'un hémisphère, même lorsque les centres moteurs de l'autre ont été extirpés.

Bien des faits cliniques pourraient être cités qui ne viennent pas à l'appui de la théorie de Hughlings-Jackson relativement à la marche des spasmes bilatéraux (1).

Je n'ai pas l'intention de discuter tout au long la pathologie et la symptomatologie des lésions irri-

(1) Voir de Gower : *Cases of convulsion from organic Brain Disease*. (*Brit. med. Journ.* 26 sept. 1874). *Case of intracranial Tumour*, par Bramwell. (*Id.* 1 sept. 1877.)

tantes ; ce sujet est bien connu des médecins, ici par les travaux de Hughlings-Jackson, à l'étranger, par ceux de M. Charcot. Je me bornerai à appeler l'attention sur un ou deux des cas les mieux observés de lésions circonscrites avec symptômes d'irritation, afin de montrer avec quelle précision l'on peut déterminer, à l'aide des symptômes, le siège des lésions irritantes, — malgré tous les éléments d'incertitude inhérents à celles-ci, — comparées aux lésions destructives ; ainsi que je l'ai dit, je ne cite que ceux où l'irritation ou le spasme était le seul symptôme prédominant, et où la vérification put être faite à l'autopsie, bien que j'eusse le droit d'en citer d'autres du même genre, dépendant de lésions syphilitiques surtout, et suivis de guérison.

MONOSPASME OU PROTOSPASME CRURAL

De spasmes limités à la jambe, ou commençant invariablement par la jambe, il y a peu de cas dans lesquels la paralysie ne soit intervenue, ou dans lesquels la lésion soit restée circonscrite jusqu'à la mort. J'ai déjà cité deux cas de Bourneville, où le monospasme crural, compliqué de paralysie, constituait le symptôme principal.

Broca (1) a rapporté un cas de monospasme crural causé par des lésions du côté gauche du crâne ; le trépan fut appliqué et suivi de guérison ; mais je ne vois pas que le siège exact de la lésion ait été noté.

(1) *Soc. de chirurg.* 16 déc. 1866.

MM. Charcot et Pitres (1) citent, d'après Griesinger, un cas de spasme de la jambe revenant à de fréquentes reprises, envahissant également le bras et suivi, pendant les intervalles, de paralysie du bras et de la jambe. Toutefois la lésion n'était pas strictement circonscrite dans ce cas. Un kyste hydatique, de 4 cent. sur 4,3 cent., fut trouvé à la surface de l'hémisphère opposé ; son bord antérieur correspondait à la ligne perpendiculaire tracée par le méat auditif externe, c'est-à-dire à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando, à peu près. Il y avait aussi plusieurs petits kystes sur les surfaces frontale et pariétale de l'hémisphère. Si le spasme peut-être attribué au grand kyste exclusivement, la position coïncide avec celle du centre moteur de la jambe (1 et 2 de la fig. 27).

Hughlings-Jackson (2) a décrit un cas où les convulsions commençaient presque invariablement par la jambe droite à laquelle ils étaient souvent limités. Le début fut marqué par un affaiblissement de la jambe qui augmentait après chaque accès ; la parésie devint à peu près une paralysie permanente. Vers la fin, des signes d'affection générale de l'hémisphère gauche, aphasie, etc., se manifestèrent : une tumeur fut découverte à la partie postéro-supérieure du lobe frontal gauche, de deux pouces de diamètre, limitée en arrière par la scissure de Rolando, s'étendant en avant, dans la

(1) *Rev. mensuelle* 1877, p. 369.

(2) *Medical Times and Gazette*, 4 sept. 1875.

partie postérieure des première et deuxième frontales.

Hughlings-Jackson (1) a cité un autre cas de convulsions débutant par le gros orteil gauche, souvent limitées à la jambe gauche, et suivies enfin de parésie du pied gauche. Il y avait aussi paralysie de la troisième paire droite. A l'autopsie, l'on trouva une lésion syphilitique siégeant « à la partie supérieure de la pariétale ascendante, comprenant une partie de l'extrémité supérieure de la frontale ascendante, et plusieurs des circonvolutions adjacentes du lobule pariétal » de l'hémisphère droit; sur la troisième paire droite l'on trouva une tumeur de la taille d'un pois. Dans ce cas il y a correspondance exacte entre le siège de la lésion et la situation que j'ai assignée aux centres moteurs de la jambe et du pied (fig. 27, 1 et 2).

MONOSPASME OU PROTOSPASME BRACHIAL.

De spasmes limités au bras et à la main, ou débutant par là et dépendant de lésions corticales localisées plusieurs cas ont été recueillis. Règle générale, les accès débutent par les doigts, et surtout par le pouce et l'index, — par les mouvements le plus soumis à l'influence de la volonté, selon Hughlings-Jackson, — mais il n'en est pas nécessairement ou invariablement ainsi. Dans le membre supérieur, qu'on se le rappelle, il y a plusieurs combinai-

(1) *Medical Times and Gazette*, 18 sept. 1876.

sons de mouvements ayant chacun leur représentant dans la région motrice corticale. Ces centres étant tous situés les uns près des autres et tous susceptibles d'être déchargés, par une lésion irritante, il est toujours possible que chacun d'eux soit la cause première de la décharge; aussi le mode de début du monospasme varie-t-il en conséquence. D'où la nécessité d'examiner attentivement la marche du spasme dans tous les cas particuliers.

Hughlings-Jackson a rapporté plusieurs cas de monospasme brachial. Je ne citerai que ceux où la lésion de l'écorce a été simple et circonscrite. Un homme avait de fréquentes convulsions limitées au bras droit, qui, dans la suite, devint partiellement paralysé. Un nodule fut trouvé à l'extrémité postérieure de la première frontale à gauche. Dans ce cas il y avait aussi une tumeur dans chaque lobe du cervelet, mais il n'y avait pas de symptôme cérébelleux. La marche du spasme ne fut pas notée (1).

Dans le second cas de convulsions, presque toujours limitées au bras droit et suivies d'une paralysie passagère de ce bras après chaque accès, la lésion diagnostiquée sur le vivant par Hughlings-Jackson consistait en un nodule situé à l'extrémité postérieure de la première frontale, en son « point d'implantation sur la frontale ascendante ». Dans ce cas, l'on note que les spasmes débutaient toujours par l'épaule et *descendaient* le

(1) *Medical Mirror*. 1^{er} sept. 1869.