

main devient insensible (sauf à la température), blanc mat ou jaunâtre, inerte, et parfois baignée de sueur froide.

**2° Asphyxie locale.** — Cette phase peut alterner avec la précédente et s'y juxtaposer. Les parties prennent une teinte ardoisée ou d'encre; complètement insensibles, elles sont le siège d'engourdissement, de cuisson et d'élançements; les tissus voisins sont tuméfiés et marbrés. Si l'asphyxie se dissipe, la peau devient livide puis rouge foncé. Entre les crises et surtout après, la main est très chaude (vaso-dilatation) et le pouls, pendant 15 à 20 minutes, très ample, alors que pendant la crise, il était accéléré, petit, filiforme.

**Signes concomitants.** — Les deux états précédents peuvent entraîner le *spasme de l'artère rétinienne* (sensation de mouches volantes). La *polyurie claire* est habituelle. Une néphrite peut coexister avec l'asphyxie locale, qu'elle se développe avant, pendant ou après.

**3° Gangrène symétrique.** — Elle succède en général à l'asphyxie locale. Les extrémités sont d'abord pâles, violacées, livides, sillonnées de marbrures le long des veines; les malades y ressentent l'onglée, des fourmillements, de violents élançements, puis de la brûlure; les douleurs peuvent s'étendre à tout le membre. La zone frappée est insensible, refroidie de plusieurs degrés; la zone voisine est plus chaude que normalement. Alors des phlyctènes annoncent la gangrène, qui se montre sous forme de plaques parcheminées ou d'escarres.

La *phlyctène* (surtout à l'extrémité du petit doigt) est remplie de sérosité louche; sa rupture dénude le derme; il en résulte une excoriation qui, peu à peu, fait place à une cicatrice blanche, déprimée, dure. Les ongles tombent souvent et le bout des doigts s'effile graduellement. Ailleurs on observe, succédant ou non à une phlyctène, une plaque épidermique, sèche, flétrie, dure et parcheminée qui finit par se desquamier.

Chez les enfants, au pied, les phlyctènes sèchent et brunissent sans se rompre, puis tombent. Le processus évolue en 15 jours environ.

Dans les cas intenses, les ongles et les phalanges deviennent bruns ou noirs, subissant une *momification* véritable; un cercle inflammatoire prépare, à la base de l'orteil, l'élimination de l'escarre, suivie de cicatrisation.

Les sièges d'élection sont les mains et les pieds; très rarement les oreilles et le nez.

L'état général reste absolument normal.

**Évolution. — Formes. — Associations.** — La maladie procède par accès revenant plus ou moins souvent pendant longtemps et débutant symétriquement par les mêmes points, pour évoluer en trois périodes: 1° l'*asphyxie locale* qui dure de quelques jours à un mois; 2° la *période d'état* (douleurs vives, gangrène limitée) qui dure 10 jours; 3° la *phase de régression et de cicatrisation* qui varie de 10 jours à 10 mois.

La sclérodémie, des doigts surtout, est un aboutissant possible.

On distingue des *formes*: *atténuée*, *compliquée* (sclérodémie), *intermittente* (la plus commune, 3 à 4 crises en 2 ou 3 ans); *continue*, *aiguë*

(gangrène précoce et profonde); *hystérique*, provoquée par l'émotion, curable par la suggestion hypnotique.

La maladie de Raynaud peut s'associer soit à la *sclérodémie*, soit à l'*érythromélangie*.

**Diagnostic.** — On évitera de confondre la gangrène symétrique avec les états suivants: l'*onglée*, syncope locale physiologique, mais non spontanée; le *doigt mort*, syncope locale provoquée par la néphrite qu'on doit rechercher; la *cyanose permanente*, en général plus étendue et associée à une lésion cardiaque; les *engelures*, difficiles à distinguer et coexistant du reste quelquefois avec l'asphyxie locale; la *gangrène sénile*, unilatérale, plus étendue (jamais moins d'un orteil) et associée à la diminution ou à la suppression du pouls dans le membre atteint.

L'*ergotisme gangreneux*, syndrome très analogue, ne peut être différencié que grâce aux commémoratifs et aux signes concomitants.

## CHAPITRE X

### NÉVROSES

#### I. — ÉPILEPSIE

**Attaque convulsive. — Prodromes.** — Quelques phénomènes peuvent annoncer les crises, à quelques heures ou plusieurs jours de distance: céphalée, courbature, bruits d'oreille, grincement de dents nocturne, tremblement, embarras de la parole, hallucinations, insomnie, cauchemars, palpitations avec ou sans tachycardie, bâillements, oppression, embarras gastrique.

**Aura.** — L'aura est un trouble variable (moteur, sensitif, sensoriel ou psychique), toujours identique à lui-même chez un même sujet, précédant immédiatement l'attaque, plus commun dans l'épilepsie jacksonienne que dans l'épilepsie essentielle où il n'est souvent pas perçu. L'aura est soit *simple* (signe unique), soit *complexe* (signes multiples).

**Auras simples. — Auras motrices.** — Elles consistent: en contractions, tremblement ou contracture douloureuse limitées aux doigts, aux orteils, à la face, etc.; en mâchonnement, clignotement, bâillement, éternuement, toux, hoquet, spasme glottique, bégaiement, geste familier (passer la main sur la figure, la langue sur les lèvres; se boutonner); en un mouvement violent: courir, tourner; ou en une impotence motrice subite (asthénie, paralysie).

**Auras sensitives.** — A cette catégorie appartiennent: les engourdissements, les fourmillements, les sensations de chaleur, de froid, la gastralgie, la céphalée, l'odontalgie, la boule remontant à l'épigastre et à la gorge.

**Auras sensorielles.** — L'aura peut consister encore en: éblouissement, photophobie avec blépharospasme; en macropsie ou micropsie, érythrospie,



hallucinations visuelles (vue d'une personne, d'une scène); en scotomes, hémianopsie ou cécité passagère. Ailleurs l'attaque débute par : des bourdonnements d'oreille, du vertige auriculaire, des hallucinations auditives (bruits divers, paroles), de l'hyperacousie ou de la surdité. D'autres fois le sujet perçoit des odeurs désagréables ou des parfums suaves.

**Auras vaso-motrices.** — La pâleur et le froid, la rougeur et la chaleur localisées, les sueurs locales sont de cet ordre.

**Auras organiques.** — Les palpitations, l'angine de poitrine, la dyspnée, le spasme glottique, la gastralgie et les vomissements, les coliques, le ténésme vésical ou anal peuvent servir de prélude à l'attaque.

**Auras psychiques.** — Ce genre d'aura comprend : le délire prodromique, hallucinatoire ou non, ou impulsif; l'amnésie ou la réminiscence brusques, l'obsession, la tristesse, la haine.

**Aura complexe.** — Elle est constituée par l'association simultanée ou successive, plus ou moins complexe, des divers éléments analysés plus haut.

**Durée de l'aura.** — Très courte, l'aura dure une seconde, rarement plus d'une minute.

**Description de l'accès.** — L'accès épileptique comprend trois phases classiques : 1° la *phase tonique*, caractérisée par la perte de connaissance, le cri, la chute, la morsure de la langue, la pâleur, une contracture plus ou moins généralisée; 2° la *phase clonique*, consistant en convulsions violentes désordonnées, avec congestion faciale, écume à la bouche, incontinence des urines et des fèces; 3° la *phase comateuse*, constituée par un sommeil stertoreux que termine le retour graduel du sentiment.

**Analyse des symptômes.** — La *perte de connaissance*, symptôme typique de l'attaque, est presque immédiate, quelquefois postérieure au cri, généralement absolue.

**Cri initial.** — Dû à un spasme des muscles laryngés, il fait souvent défaut.

**Chute.** — Subite et brutale, occasion fréquente de traumatismes, elle inaugure l'accès, est habituellement latérale, toujours du même côté pour un même sujet.

**Morsure de la langue.** — Contemporaine de la chute ou des convulsions, elle est dénoncée par l'écume sanguinolente qui souille la bouche.

**Convulsions toniques.** — Le corps entier est rigide, la tête est immobilisée par la contraction des muscles du cou; les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre, un rictus se dessine sur la face; les yeux sont convulsés en haut, les membres contracturés en extension; le pouce est fléchi dans la paume, le thorax en expiration forcée.

**Convulsions cloniques.** — Ce sont des mouvements violents et irréguliers, limités ou étendus, agitant tout le corps; la face est grimaçante, les yeux roulent, les paupières sont contractées, les dents grincent; la langue est secouée et tirée convulsivement; la respiration est bruyante; des grognements gutturaux se produisent et des borborygmes.

Les convulsions peuvent se limiter ou prédominer d'un côté; la phase clo-

nique peut précéder la phase tonique; les deux peuvent alterner à plusieurs reprises.

**Émission d'urines et de matières fécales.** — L'émission d'urines est la plus fréquente; on observe aussi l'émission de sperme; ces phénomènes ressortissent à des spasmes viscéraux.

**Facies.** — On note d'abord de la *pâleur* (phase tonique), puis de la *rougeur*, et même de la *cyanose* (phase clonique).

**Coma.** — Commencant par une inspiration profonde et bruyante, il constitue une sorte de sommeil avec résolution musculaire, respiration ample et bruyante (*stertor*) et parfois sueurs profuses fétides. Le teint est normal.

**Réveil.** — Le malade se réveille étonné, hébété, courbaturé, la tête lourde, sans nul souvenir de la crise.

**Pupilles.** — Pendant les prodromes, la phase tonique et le début de la phase clonique, la pupille est très dilatée et excitable; elle est contractée, à la fin de la période clonique et durant le stertor. L'état normal revient avec la connaissance.

**Ophthalmoscope.** — Il permet de constater : au début, le spasme des artères rétinienne; plus tard, la stase intense des veines de la rétine.

**Température.** — Elle monte dès le début de quelques dixièmes; certaines auras provoquent de l'hyperthermie locale. Le *pouls*, accéléré pendant la crise, avec hypertension artérielle, redevient normal aussitôt après.

**Durée.** — La crise dure de quelques minutes à deux heures (*stertor* compris). Les convulsions durent 2 à 3 minutes (phase tonique une demi-minute; phase clonique 1 à 2 minutes), le coma une demi-heure.

**Complications.** — **Complications mécaniques.** — L'attaque peut provoquer des fractures (du crâne), des luxations; briser des dents, diviser la langue; déterminer des ruptures musculaires, des ecchymoses conjonctivales, nasales, méningées, cérébrales. L'asphyxie peut aussi résulter de l'occlusion accidentelle des voies aériennes, soit par les couvertures (ou l'oreiller) dans les crises nocturnes, soit par pénétration d'aliments déglutis ou vomis.

**Troubles post-paroxystiques.** — On note, suivant les cas, à la suite de l'attaque : de la torpeur intellectuelle, une diminution de la force au dynamomètre; des parésies ou plus rarement des paralysies, quelquefois très limitées (œil, face, langue), dans les points qui ont présenté les plus vives convulsions (Féré). Ailleurs on constate : des contractures, du nystagmus, du tremblement, de la dysarthrie ou de l'aphasie (motrice ou sensorielle), des anesthésies, de l'amblyopie, du rétrécissement du champ visuel, de la dyschromatopsie; l'ouïe est diminuée, troublée ou abolie; on peut aussi noter des troubles du goût et de l'odorat.

**Réflexes.** — Ils sont affaiblis ou normaux; ils seraient diminués sitôt après la crise, exagérés plus tard.

**Nutrition.** — Le taux de l'hémoglobine est abaissée dans le sang après l'attaque; l'examen des urines révèle une débâcle d'azote et de phosphates.

**Moment et occasions des accès.** — La menstruation, surtout quand elle est laborieuse, a une influence évidente sur le retour des accès. Ailleurs, on



incrimine : la fatigue, l'émotion, les excès génitaux, l'ivresse; l'abus du café, du tabac; les troubles digestifs, les rêves. Chez un même sujet, la cause occasionnelle de l'attaque est souvent toujours identique. Les crises éclatent plus souvent la nuit, soit vers neuf heures du soir, soit entre trois et cinq heures du matin.

**Répétition, chronologie des accès.** — Les crises sont tantôt rares, tantôt quotidiennes ou plus fréquentes, quelquefois en séries; le retour en est irrégulier ou périodique.

Des crises subintrantes, enchevêtrées ou imbriquées, de gravité croissante, sans reprise de connaissance entre les accès, avec hyperthermie, constituent l'état de mal. Le nombre des crises y est parfois considérable (8000 en vingt jours; 600 en un jour). La perte de connaissance est absolue pendant l'état de mal, la respiration est stertoreuse; les conjonctives sont injectées; les pupilles moyennement dilatées, sont insensibles à la lumière. La température atteint 40°, 41° et plus, le pouls est accéléré. Les malades, la peau sèche ou baignée de sueurs, ont le facies altéré, la langue rôtie, les sphincters paralysés, quelquefois des paralysies ou de l'hémiplégie. Le pronostic est très grave.

On distingue : 1° le *grand état de mal convulsif*, habituellement mortel en deux jours au plus; 2° le *petit état de mal vertigineux*, consistant en crises plus courtes, moins bruyantes, sans hyperthermie (58°-59°), durant plusieurs semaines, mais aboutissant souvent à la démence ou à l'hébétéude avec paralysies partielles.

**Accès non convulsifs.** — **Petit mal (vertige, absence).** — Ces accidents précèdent, souvent remplacent les grandes attaques, ou alternent avec elles.

**Vertige.** — Il consiste en un violent étourdissement, suivi de perte de connaissance très fugace, accompagnée de chute ou de menace de chute obligeant le sujet à s'asseoir ou à s'appuyer, et parfois, d'une ébauche de convulsions, de stertor, ou de la prononciation de quelques mots toujours identiques (*ce n'est rien*, ou *c'est fini*); l'amnésie consécutive est complète. La fréquence des vertiges est très variable. L'état de mal vertigineux compromet moins la vie que le vertige convulsif, mais davantage l'intelligence.

**Absence.** — C'est une suspension subite et très courte de la conscience, avec conservation de l'automatisme et exécution possible d'actes anormaux et inconscients. L'absence, qui dure quelques secondes, frappe le sujet au cours d'une conversation, de ses occupations; il est pâle, hébété, le regard fixe, peut présenter quelques secousses faciales, se livrer inconsciemment à quelque acte répréhensible, puis reprend sa conversation ou ses occupations, sans avoir présenté ni cri ni chute.

**Accès frustes.** — Ce sont des accès incomplets, par défaut de tel ou tel signe de l'attaque classique : chute, cri, morsure de la langue, miction involontaire, surtout convulsions. Un seul symptôme peut subsister : la chute suivie de stertor (accès apoplectiforme) ou le sommeil (accès de sommeil ou narcolepsie); mais la perte de connaissance est généralement complète.

**Équivalents épileptiques ou accès larvés.** — Ce sont des troubles sensitifs, viscéraux ou psychiques dont la nature épileptique est

prouvée par leurs allures paroxystiques, leur alternance avec des crises franches ou l'existence de l'hérédité épileptique.

**I. Équivalents moteurs.** — 1° **Équivalents moteurs non coordonnés.** — Le *tremblement épileptique* peut tenir lieu d'une crise; durant quelques heures, parfois plus ou moins inconscient, il peut se compliquer de spasme tonique ou être remplacé par un grincement de dents. Les *crampes*, le *rire*, les *pleurs*, l'*éternuement*, un *cri*, la *toux*, le *bâillement*, le *hoquet*, représentent autant d'équivalents possibles.

2° **Équivalents moteurs coordonnés.** — Ils consistent généralement en actes rudimentaires: tels sont : le *mâchonnement* suivi de déglutition, accompagné de pâleur, de fixité du regard, de mydriase; le *saut*, le *battement de mains*; l'acte de *ramener le vêtement ou la couverture*. Mais les actes peuvent être plus complexes et consister en : *marmotement*, phrase ou chant inconscients; série de flexions très rapides de la tête sur le tronc (20 à 30 par minute) ou *tic de Salaam* (chez l'enfant); course brusque non motivée au cours de laquelle le sujet évite les obstacles ou les écarte brutalement (*épilepsie procursive*) et qui aboutit d'habitude à une chute suivie ou non de convulsions.

3° **Équivalents paralytiques.** — Plus communs dans l'épilepsie jacksonienne, ils consistent en *paralysie subite*, passagère, d'un membre ou d'une moitié du corps, succédant souvent à une crampe. On observe aussi l'*aphasie*.

**II. Équivalents sensitifs.** — Ils consistent en sensations très variables : *engourdissement*, *fourmillement*, *douleurs locales*, *brûlure*, *froid*, *souffle tiède*, apparaissant brusquement, pour quelques minutes, et laissant du mal de tête ou de la courbature. La *migraine (ophtalmique surtout)*, le *tic douloureux de la face* peuvent être de nature épileptique.

**III. Équivalents vasomoteurs et thermiques.** — La crise est remplacée soit par une rougeur brusque et une chaleur intense avec bourdonnements d'oreilles ou éblouissements, soit par un abaissement thermique de 2° à 3° durant 30 à 60 minutes.

**IV. Équivalents viscéraux.** — L'épilepsie peut se cacher derrière un grand nombre de paroxysmes viscéraux : *crises gastriques* (gastralgie, vomissements); *crises intestinales* (coliques et diarrhée); *faim impulsive* dont la non-satisfaction peut entraîner la perte de connaissance (*faim-vale épileptique* de Mathieu et Féré); *tachycardie*, *palpitations*, *angor pectoris*; *bradycardie*; *crises laryngées*, *asthme*, *spasme glottique*, *laryngite striduleuse*; *pertes séminales*, *érections douloureuses paroxystiques*, *ténésme vésical*, *incontinence d'urine* diurne, ou surtout nocturne.

**V. Équivalents sensoriels.** — Les *équivalents visuels* peuvent consister en : *éblouissements*, *amblyopie*, *cécité*, visions colorées, *hallucinations visuelles*.

Les *équivalents auditifs* sont fréquents : *bruits d'oreille* avec ou sans *vertige* (vertige de Ménière), accès de *surdité*, *hallucinations auditives*.



VI. *Équivalents psychiques.* — Certains sujets présentent subitement, quelquefois périodiquement, des anomalies de caractère, des écarts de conduite, des impulsions répréhensibles, accompagnés ou non d'hallucinations, suivis d'amnésie complète. Ces actes excentriques, immoraux, extravagants ou criminels, se répètent toujours chez un même sujet, sous une forme identique et avec articulation des mêmes mots. Ces formes varient beaucoup suivant les malades. Le paroxysme psychique est soit isolé, soit précédé ou suivi d'une crise convulsive. Il est caractérisé par la suspension de la volonté consciente et la subsistance de l'automatisme cérébral obéissant à une impulsion irrésistible. Ces actes involontaires, malgré une spontanéité apparente, ne sont ni motivés, ni préparés, ni dissimulés, accomplis souvent avec une extrême violence, résultant parfois d'une hallucination ou d'une illusion. Le sujet revient brusquement à la conscience, ne gardant aucun souvenir de l'acte, mais une sensation d'anéantissement. On peut constater le *dédoublement de la personnalité*, le sujet ayant une mémoire propre aux temps de crise et une autre propre aux phases intercalaires. La répétition des crises psychiques entraîne vite la déchéance intellectuelle. On distingue le *petit* et le *grand mal intellectuel*.

1° *Petit mal intellectuel.* — Il se traduit par l'exécution répétée de certains actes (vols) toujours les mêmes, ou par la prononciation de certaines paroles (obscénités) en contradiction constante avec le caractère du sujet.

2° *Grand mal intellectuel.* — Il est représenté par la *manie épileptique*, ou manie aiguë, accompagnée d'actes très violents, délictueux ou criminels (homicide, incendie), déterminés par des hallucinations terrifiantes. Cet état, compliqué d'agitation permanente, de fièvre (39°-40°), d'insomnie, dure quelques heures ou quelques jours et cesse brusquement; il est suivi d'amnésie. Le délire peut sembler assez logique pour faire admettre la préméditation; il s'accompagne d'analgésie souvent complète. Les accès se répètent toujours identiques.

Une autre forme est l'*automatisme ambulatoire comitial*. Il pousse les sujets à voyager un temps variable, sans but, accomplissant machinalement tous les actes de la vie courante, et est caractérisé par: son début brusque, le besoin impérieux de déplacement, l'absence de but et l'amnésie consécutive.

**Symptômes intercalaires.** — Les épileptiques se distinguent par un manque d'équilibre intellectuel, moral, affectif; par des hypertrophies ou des lacunes profondes. Leur caractère est sombre, irritable, méfiant; ils sont enclins aux excès et manquent de sens moral. La répétition des crises aboutit à la *démence épileptique* qui est une déchéance intellectuelle acquise. La *paralysie générale* serait aussi un épilogue possible; mais la distinction est délicate entre la démence paralytique comitiale et la paralysie générale avec crises épileptiformes.

Ces malades présentent une *diminution notable de la force musculaire*; leur *sensibilité* est souvent émoussée, parfois abolie, surtout dans le domaine du cubital. On constate chez eux des *troubles sensoriels* variés: astigmatisme, diminution de l'acuité visuelle, dyschromatopsie, diminution du champ visuel, pupille oscillante ou inégalité pupillaire, amblyopie ou amaurose transitoires

(spasme des artères rétinienne). Leur sommeil est souvent troublé de rêves angoissants. Les réflexes sont peu modifiés, à part le réflexe pharyngien souvent aboli. L'ampleur respiratoire est diminuée et le taux de l'hémoglobine du sang est abaissé.

**Stigmates.** — Les stigmates de l'épilepsie sont ceux de la dégénérescence héréditaire: *asymétrie crânio-faciale* portant sur les arcades orbitaires, les bosses frontales et pariétales, les os malaies; ouverture de l'*angle facial* (66° à 70°) inférieur à la moyenne (75°,5 à 81°,5); suture prématurée des os du crâne; anomalies dans le volume, le nombre, l'implantation, la direction des dents; prognathisme; asymétrie des pupilles, de la coloration de l'iris; iris tacheté; anomalies des *oreilles* (pavillons asymétriques, lobule adhérent, saillie de l'anthélix); cheveux plantés bas; palais ogival; déviations diverses du rachis; asymétrie du thorax, des membres; polydactylie, syndactylie; anomalies testiculaires, phimosis, hypospadias; pigmentation anormale de la peau, striation longitudinale des ongles.

**Diagnostic.** — **Diagnostic de l'accès.** — On mettra à profit: les commémoratifs; la notion de l'hérédité, de l'alcoolisme paternel; les caractères de l'attaque, les stigmates. La courbature, la céphalée et l'obnubilation au réveil feront soupçonner les accès nocturnes; de même les traces de salive sur l'oreiller, la morsure ou l'endolorissement de la langue, l'incontinence d'urine.

La distinction avec l'hystérie est délicate.

La crise de *petite hystérie* se différencie par la sensation de boule et la présence des stigmates; elle ne comporte ni cri initial, ni pâleur, ni perte de connaissance, ni morsure de la langue, ni stertor.

L'attaque de *grande hystérie* rappelle de plus près l'attaque d'épilepsie, mais les crises en sont plutôt diurnes, rarement accompagnées de pâleur ou d'hyperthermie, réalisant souvent la posture en arc de cercle, les mouvements pelviens, les attitudes passionnelles. Les crises sont plus longues (plusieurs heures parfois), le réveil est rapide. On constate, après, l'*inversion de la formule des phosphates urinaires* (phosphates terreux l'emportant sur les phosphates alcalins).

Dans l'*intervalle des accès*, les deux névroses sont différenciées grâce à leurs stigmates respectifs.

L'état de mal comitial ne sera pas confondu avec l'*état de mal hystérique* qui n'élève pas la température.

L'*urémie convulsive* sera distinguée de l'épilepsie grâce à l'albuminurie, à l'hypothermie, à ses prodromes (céphalée, troubles visuels, dyspnée, œdèmes). La *simulation* sera dépitée par l'absence de pâleur de la face, de dilatation pupillaire et d'hyperthermie (impossible à reproduire).

Le *diagnostic de la cause* est fort important (voy. épilepsie Jacksonienne).

**Diagnostic du petit mal.** — Le petit mal doit être différencié des divers vertiges: *vertige des artérioscléreux* (pouls lent permanent), vertiges de la *sclérose en plaques* (signes concomitants), de la *neurasthénie*, des *lésions cérébelleuses* (perte de connaissance exceptionnelle); *vertige auriculaire*



(état vertigineux habituel avec bruits d'oreille, perte de connaissance rare). Le *petit mal* ne sera pas non plus confondu avec la *syncope* (état du cœur).

**Diagnostic des équivalents épileptiques.** — Ce diagnostic sera basé sur : les commémoratifs ; la monotonie, la brusquerie, la violence des actes ; l'amnésie consécutive. Les impulsions épileptiques seront distinguées de celles des *paralytiques généraux*, actes incohérents, sans brusquerie, sans amnésie consécutive (signes concomitants), de celles des alcooliques déterminées par des hallucinations visuelles (stigmates d'intoxication), de celles des *dégénérés*, des *persécutés*, etc., dont le souvenir subsiste.

L'*automatisme hystérique* est plus méthodique, plus coordonné que l'automatisme épileptique ; le dédoublement de la mémoire y est plus constant ; on retrouve les stigmates.

Le *somnambulisme spontané* comporte des actes accomplis avec calme et méthode ; le regard est fixe, l'anesthésie complète, les pupilles sont dilatées.

#### II. — ÉPILEPSIE PARTIELLE OU BRAVAIS-JACKSONIENNE

Ce terme désigne l'épilepsie circonscrite, symptomatique d'une irritation corticale, due soit à une lésion organique de l'écorce (tuberculose, syphilis, tumeurs, ramollissement, hémorragie, sclérose) ou du voisinage (traumatismes crâniens, anciens ou récents), soit à un trouble réflexe (cicatrices, corps étrangers, tænia ; lésions pleurales, cardiaques, nasales) ou toxique (alcoolisme, saturnisme, urémie, éclampsie, diabète).

**Prodromes.** — Les prodromes éloignés consistent suivant les cas : en engourdissements, fourmillements, douleurs ou tremblements dans le territoire menacé de convulsions ; et d'autre part, en vomissements, céphalée, bourdonnements d'oreille, troubles visuels, tristesse.

**Aura.** — L'aura, qui reste quelquefois isolée, offre la même variété que dans l'épilepsie essentielle (A. motrice, sensitive, sensorielle, viscérale, psychique).

**Accès.** — L'accès diffère de celui d'épilepsie essentielle, par l'absence de cri, de chute et d'incontinence d'urine. Il débute par une crampe, une courbature, faisant peu à peu place à des *secousses cloniques partielles* (membre ou segment de membre) ou *parcellaires* (un groupe de muscles : épaule, genou, sterno-mastoïdien), qui tantôt restent telles, tantôt s'étendent secondairement à la moitié correspondante du corps ou même se généralisent.

On distingue trois types principaux : types *facial*, *brachial* et *crural*.

**1° Type facial.** — Les secousses débutent à la face, par l'une des commissures (rictus), par la langue attirée du même côté et projetée entre les dents ; elles affectent les muscles des yeux (convulsés en haut et en dehors), des paupières, de la mâchoire, du cou et de l'oreille. La figure, d'abord pâle, puis cyanosée et grimaçante, est tournée vers l'épaule ; bientôt le sujet perd connaissance. Les convulsions gagnent le membre supérieur, puis le membre inférieur, du même côté que la face.

**2° Type brachial.** — Le plus commun, il débute par la flexion d'un ou plusieurs doigts, le pouce et l'index surtout, puis les convulsions gagnent successivement l'avant-bras, le bras et l'épaule. La main est en flexion forcée sur l'avant-bras, celui-ci sur le bras qui s'élève en trémulant. Ailleurs, la main en pronation se place derrière le dos. Du bras les convulsions se propagent à la face, puis au membre inférieur. La perte de connaissance (incomplète) intervient quand la face est atteinte.

**3° Type crural.** — Plus rare, il commence par la flexion, puis l'extension du gros orteil ; le spasme envahit peu à peu les segments du membre, en extension ; il gagne parfois le membre supérieur et finalement la face, d'où perte de connaissance (généralement incomplète).

**Durée.** — La crise dure quelques minutes en moyenne.

**Signes concomitants et consécutifs.** — Les accès sont accompagnés ou suivis : de céphalée, de vertiges, de vomissements, de troubles oculaires (hémianopsie, myosis), d'aphasie totale ou partielle, de tachycardie. On constate, surtout sur les muscles convulsés : des *paralysies* ou des *parésies* (un membre ou un côté du corps) soit transitoires (quelques heures ou semaines), soit parfois persistantes, et même extensives. Elles peuvent aussi précéder ou remplacer l'accès, devenant de véritables *équivalents épileptiques*. Les *contractures*, les *amyotrophies* sont des complications plus rares. Les *réflexes* sont exagérés et la *température* élevée après l'accès. La *sensibilité* est respectée.

**Fréquence.** — Les accès sont, tantôt très espacés, tantôt très rapprochés, quelquefois sub-intrants avec hyperthermie, ce qui constitue l'*état du mal Jacksonien*, toujours grave, pouvant aboutir à la déchéance intellectuelle et à la démence.

**Formes.** — Elles offrent une moindre variété que celles de l'épilepsie essentielle. Le type convulsif est presque constant ; les types : *tonique*, *vibratoire*, *tétanique*, *athétoïde* ; les *vertiges*, les *absences* sont plus rares.

Les *équivalents épileptiques*, plus rares également, consistent surtout en *migraine ophthalmique* et en paroxysmes sensitifs ou sensoriels (*épilepsie partielle sensitivo-sensorielle*).

L'épilepsie Jacksonienne s'associe souvent à des crises apoplectiformes.

**Diagnostic.** — La constance de l'aura, l'inconstance de la perte de connaissance, les convulsions limitées, l'absence de stertor permettent d'éliminer l'*épilepsie essentielle*.

L'*hystérie* sera dépistée grâce aux commémoratifs, aux stigmates et à l'absence d'hyperthermie.

La *cause* sera recherchée par l'examen méthodique des divers appareils et des urines. L'enquête portera surtout sur la *syphilis*. Le traitement spécifique d'épreuve sera toujours institué dans les cas douteux.

La *localisation de la lésion* sera déduite moins de celle des convulsions, que du siège primitif de l'*aura*, quand il est précis.