

musculaires, et en moins de quelques secondes, les mêmes secousses cloniques qui agitaient la face et le cou se communiquent à tout le membre supérieur.

Si la cause pathogénique réagit encore avec plus d'intensité, les spasmes gagnent les muscles du tronc de la cuisse et de la jambe du même côté; le membre inférieur se raidit dans l'extension forcée, pendant la contraction tonique; puis apparaissent les secousses cloniques caractéristiques qui, généralisées ainsi, à tout un côté du corps, peuvent faire soupçonner, à première vue, une attaque de l'épilepsie essentielle. Tel est le *type facial associé*.

*Type brachial* : Dans le *type brachial*, la localisation primordiale du spasme se manifeste généralement dans les muscles du pouce et de la main; elle s'étend rapidement à tous les autres segments du bras; le poignet se tourne en pronation, le pouce et le doigt s'étant fermement fléchis, pendant le spasme tonique; puis les secousses cloniques apparaissent presque aussitôt. Si la convulsion, par suite d'une irritabilité plus grande de l'écorce grise tend à se généraliser, elle gagne l'épaule, le cou et la face. On a alors le *type brachial associé*.

Enfin, si l'irritation centrale est encore plus énergique, le tronc et le membre inférieur sont atteints en dernier lieu. Le *type brachial simple* ou *associé* au facial est celui qui se rencontre le plus communément.

*Type crural* : Dans le *type crural*, qui est la plus rare des modalités cliniques de l'épilepsie jacksonienne, le spasme, au début de l'accès, se fait sentir, de même que l'aura, dans les muscles du gros orteil et du pied, il s'étend rapidement à la jambe et à la cuisse qui prennent l'attitude de l'extension forcée pendant la contraction tonique; mais les convulsions cloniques peuvent apparaître d'emblée. Et si, comme pour les types précédents, la cause excitante des centres nerveux réagit avec une intensité croissante, l'onde convulsive se propage successivement vers le tronc, le membre supérieur, et n'atteint la face qu'en dernier lieu. Tel est l'ordre invariable suivant lequel se développent les phénomènes moteurs périphériques dans l'épilepsie symptomatique des lésions corticales : c'est là le trait le plus caractéristique sur lequel nous devons porter notre attention dans l'analyse du syndrome jacksonien.

Jamais on n'observe la propagation d'un spasme monoplégique de la jambe à la face, ou de la face à la jambe, sans que le bras dont le centre est intermédiaire dans la zone motrice n'ait été touché. On n'observe pas non plus la propagation directe du bras à la jambe sans que la face n'ait été envahie.

Il ne s'agit là, comme vous pouvez vous en convaincre facilement, en jetant un regard sur le schéma de l'écorce du cerveau, que d'une question d'anatomie topographique; l'irritation cérébrale, qui est le point de départ des troubles moteurs périphériques, se propageant comme une onde, ou à la manière d'un courant électrique, à travers l'écorce grise, ne peut atteindre successivement les divers centres moteurs qu'en suivant l'ordre de leur topographie anatomique. C'est bien là un phénomène identique à celui qui nous est mis en lumière par l'expérimentation électro-physiologique citée plus haut.

Mais ces trois modalités cliniques, dont nous venons de donner la description, ne résument pas toute la symptomatologie de l'épilepsie partielle ou hémiplégique. Aux spasmes convulsifs de la crise, qui est toujours plus ou moins