

douloureuse et traînante dans la démarche. Sa figure portait les traces d'une anémie et d'une maigreur très prononcées. Il rapportait, de lui-même, les troubles de sa nutrition générale à une soi-disant dyspepsie qui s'accompagnait de vomissements fréquents.

A l'examen, la jambe gauche paralysée est flasque et manifestement atrophiée ; elle ne donne pas le réflexe rotulien qui est cependant conservé du côté opposé ; de plus, elle est le siège de raideurs, de trémulations et de sensations douloureuses presque continues.

En arrêtant notre attention à ces premiers éléments symptomatiques qui ne paraissent pas se rattacher par aucun lien pathologique évident, on eut été loin de soupçonner une cause pathogénique commune ayant son siège dans l'écorce de l'encéphale.

Mais en interrogeant le malade de plus près, au sujet de ses troubles dyspeptiques, il nous fait comprendre assez nettement que ses vomissements sont plutôt des régurgitations partielles des aliments ingérés, régurgitations qui surviennent à tout propos, sans effort, sans malaise ni douleur à l'estomac, sans nausée, et, le plus souvent, sans aucun avertissement.

Il était facile de remarquer que ces vomissements, ou, plutôt, ces régurgitations telles que décrites, se présentaient avec un caractère tout à fait différent de celui des vomissements qui appartiennent au syndrome dyspeptique ou des maladies de l'estomac, et qu'ils rappelaient absolument la caractéristique des vomissements d'origine cérébrale.

Cependant, le patient n'accuse pas de mal de tête habituel ni de vertige, ni aucun trouble visuel. Il raconte que, depuis deux ans, il a subi, à divers intervalles, dans sa jambe gauche, de violentes crises de nerfs et il nous révèle de plus que, en deux ou trois circonstances, ces crises convulsives, d'abord limitées au pied et à la jambe, ont gagné progressivement le tronc du membre supérieur, puis le côté correspondant de la face, et, pour une fois, lui ont fait perdre connaissance.

D'après ces derniers renseignements surtout, qui rappelaient tellement le caractère et l'ordre d'évolution de l'épilepsie jacksonnienne déjà décrite, nous ne pourrions hésiter à nous arrêter au diagnostic de cette maladie. De toute évidence, nous avions affaire à une forme d'épilepsie partielle ou symptomatique d'une lésion de l'écorce grise motrice du cerveau. La localisation primordiale des sensations de l'aura et des spasmes convulsifs dans le pied et la jambe établissent nettement le *type crural* de l'épilepsie ; et, d'après les données de la théorie des *localisations cérébrales*, le foyer de la lésion devait être situé à la partie supérieure de la zone motrice, ou des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, ou dans le lobule paracentral, qui président aux fonctions de la motricité volontaire du membre inférieur. Il ne s'agissait plus que de rechercher les antécédents et les commémoratifs pour établir quelle devait être la nature de cette lésion.

Le patient est âgé de 38 ans. Il a toujours joui d'une santé robuste et d'un tempérament sanguin jusqu'à l'année qui a précédé l'éclosion des premiers symptômes de sa maladie. Il n'offre aucun signe de tuberculose, et l'histoire de sa