

la fin, intéresser les muscles de la face dont le centre cortical moteur semble en rapport plus étroit avec les centres qui servent aux manifestations de l'idéation.

Parmi les *phénomènes concomittants* qui font suite aux accès de l'épilepsie partielle, les plus importants à apprécier sont le *stertor*, les *troubles intellectuels*, et les *paralysies*.

*Stertor* : Lorsque la perte de connaissance a été absolue, le malade, même après que les derniers spasmes ont cessé, reste dans un état de résolution complète, souvent avec la respiration stertoreuse, et garde les apparences du coma, de l'apoplexie ou de l'éclampsie, pendant un quart d'heure ou une demi heure. Lorsqu'il revient à sa conscience, il conserve quelquefois les signes de l'obnubilation intellectuelle ou d'un abrutissement qui peut durer quelques jours. Il souffre de céphalalgie ; et il n'est pas exceptionnel qu'il subisse une période d'excitation cérébrale, avec hallucinations violentes et délire furieux (Alberini). D'autres n'éprouvent qu'une aphasie transitoire (Jackson, Ferrier).

Lorsque les attaques se répètent fréquemment, ou se suivent presque sans interruption, qu'ils deviennent comme subintrants, l'affaiblissement intellectuel, après chaque crise, est de plus en plus marqué et le malade court le risque d'être emporté par des complications apoplectiques, ou, s'il survit à cet état de mal prolongé, on peut voir apparaître les signes d'une déchéance intellectuelle progressive qui peut aboutir à la démence. On comprend facilement que des congestions passives prolongées, l'hypertension vasculaire, qui résultent des crises répétées de convulsions épileptiques, puissent produire à la longue l'altération des petites artères de l'encéphale, la dégénérescence des tissus qu'elles nourrissent, et qu'elles exposent, de plus, au danger de la rupture de ces vaisseaux avec ses conséquences : apoplexie, hémiplegie, et même la mort pendant les attaques.

*Paralysies* : Les paralysies constituent un symptôme concomittant peu fréquent, dans l'épilepsie partielle, mais assez intéressant à étudier, dans certaines conditions : j'aurai à vous en faire connaître un cas qui mérite de fixer l'attention par ses particularités et sa pathogénie.

Les paralysies post-épileptiques ont été signalées par Todd et Jackson et bien décrites par Pitres et Dutil ; elles sont caractérisées par une perte partielle ou totale de la fonction motrice volontaire des groupes musculaires ou des membres que les convulsions ont intéressés au maximum ; elles sont presque toujours flaccides et exclusivement motrices. Elles constituent avec l'aura motrice et sensitive les phénomènes concomittants les plus fréquemment associés dans les *types brachial* et *crural* de l'épilepsie ; tandis que l'aura psychique, la perte de conscience, l'état apoplectique, le stertor, les troubles intellectuels représentent, comme nous l'avons déjà indiqué, les phénomènes les plus inhérents au *type facial*. Ces paralysies sont indiquées, par les auteurs, comme passagères et d'un pronostic peu gravé ; on ne voit pas mentionné, non plus, qu'elles s'accompagnent de dystrophies musculaires : cependant, le cas dont je vous entretiendrai, tout à l'heure, vous montrera un exemple, tout à fait particulier,