cessus aigu, ulcéreux, progressif, tel qu'un abcès, nul n'hésitera à évacuer le pus : ce n'est point du tissu nerveux vivant qu'on éliminera, mais seulement une substance nuisible. Chez l'épileptique, il n'en est plus de même. En présence d'une cicatrice stationnaire, d'un néoplasme à développement lent dans l'aire motrice, produisant occasionnellement des attaques, peu de chirurgiens tenteraient d'enlever une large étendue de la région motrice, dans la crainte d'entraîner une hémiplégie permanente. Même lorsque les attaques sont très nombreuses et graves, il faut envisager sérieusement le développement d'une hémiplégie que l'on aurait créée, tandis qu'on voulait seulement faire cesser les crises convulsives.

« Sans doute, dit Macewen, ces épilepsies partielles quand elles continuent longtemps, surtout dans la jeunesse, peuvent amener une telle instabilité de l'aire motrice que tout le fonctionnement cérébral s'en ressente, et que même la vie puisse être compromise. Mais est-elle préférable, la guérison que l'on obtiendrait par une large excision de l'écorce motrice? Combien de malades se soumettraient à une désarticulation — car le résultat est le même — de leurs membres supérieur et inférieur pour guérir de leurs attaques? Je n'en ai point rencontré un seul qui ait accepté. »

Lépine (de Lyon) considère de même l'ablation d'une partie de la substance corticale, macroscopiquement indemne, comme une tentative hasardeuse et d'une légitimité discutable.

L.-Championnière repousse, lui aussi, ces excisions de substance cérébrale. « Je ne pense pas, dit-il, que cette pratique parte d'un bon raisonnement. Déjà dans les simples trépanations sans excision corticale, un des écueils est la possibilité de paralysies dont l'évolution est aléatoire. Je redouterais encore bien plus à cet égard ces excisions ; et j'ajouterai que je ne connais pas à leur actif un succès bien certain. »

Dumas s'élève « avec force » comme son maître, Championnière, « contre la pratique consistant à enlever de propos délibéré une parcelle de substance cérébrale saine ou paraissant telle ».

L'argument tiré de l'aggravation de l'acte opératoire n'est pas bien important : la léthalité ne semble pas plus grande qu'après la trépanation simple avec incision de la dure-mère. D'ailleurs, les adversaires de la méthode d'Horsley n'y insistent pas. Leur vrai et solide argument, c'est la crainte de paralysies persistantes et c'est ainsi que, au Congrès français de chirurgie de 1893, Warnots (de Bruxelles) a publié un fait dans lequel, sept mois après l'excision du centre du pouce, la paralysie persistait encore. Il convient d'ajouter que le malade était resté guéri de ses convulsions.

Donc, le résultat thérapeutique a été appréciable, et l'inconvénient paralytique n'a pas été considérable. D'ailleurs, il n'y a pas un seul cas où, malgré l'assertion de Macewen, la paralysie ait été équivalente à la désarticulation du membre ; et souvent elle a été nulle ou transitoire, ou tout au moins n'a laissé après elle qu'une maladresse négligeable. Sur ce point, les observations de Horsley, de Benedikt, de Bidwell et Sherrington sont probantes. De même Keen, d'après son expérience personnelle, juge que la paralysie qui suit l'excision d'un centre moteur est seulement temporaire : un de ses opérés qui avait eu la main complètement paralysée après l'opération, recouvra si bien l'usage de cette main au bout de trois ou quatre mois, qu'il pouvait jouer « base ball ». Un second opéré se sert très bien de sa main, quoiqu'elle soit encore légèrement parétique ; enfin, un troisième malade a à peine conscience que sa main ait jamais été paralysée [1].

On aurait encore pu redouter, après ces excisions, l'apparition d'une épilepsie ainsi créée de toutes pièces :

1. A ce point de vue, nous pouvons faire entrer en ligne de compte, également, tout ce que nous ont appris les ablations de cicatrices kystiques, de tumeurs, les ruginations de ramol-

les expérimentateurs ont en effet établi que c'est le sort commun des animaux qui survivent aux excisions corticales. Mais, peut-être parce qu'on enlève une région déjà malade, il n'en a rien été, et s'il y a eu des résultats nuls, au moins n'a-t-on jamais aggravé les crises.

Les objections faites *a priori* sont donc moins importantes que ne l'ont cru leurs auteurs, et si l'excision des centres était plus efficace que la trépanation simple, il faudrait, sans hésiter, s'y rallier. Mais c'est précisément cette efficacité plus grande qui reste douteuse. Il y a bien les deux faits, mentionnés à propos de l'épilepsie traumatique, où Nancrède et Hochenegg ont réussi par l'excision alors que la trépanation simple avait échoué. Mais en dehors de cela, les éléments d'appréciation nous font défaut. Parmi les observations d'excision les échecs sont rares, soit; mais les guérisons, au sens propre du terme, le sont aussi, et c'est d'améliorations surtout qu'est alimentée cette statistique. Or la trépanation simple ne semble pas de beaucoup inférieure : tout récemment, Braun a réuni 30 cas d'épilepsie traumatique traités par l'excision des centres, avec 13 guérisons (dont 3 seulement anciennes de 3 ans), 9 améliorations, 8 échecs; mais pour la non traumatique, Matthioles ne compte qu'une cure vraie sur 14 cas; et dans un rapport qu'il a lu à la Société de chirurgie à propos d'une observation de Verchère, F. Terrier arrivait il y a quelque dix ans, pour la trépanation simple, à un total de 21 cas avec 12 guérisons, 6 améliorations, 3 résultats nuls. C'est donc encourageant; ce serait même remarquable si l'on pouvait donner à ces chiffres leur valeur absolue. Mais il faut se souvenir que les observations sont très souvent publiées avant d'avoir six mois de date. Or, les récidives ne sont pas rares, et dès lors on doit faire quelques réserves sur bon nombre de *guérisons*.

lissements localisés, etc. Or elles confirment ce qui précède. Je rappellerai d'autre part, qu'il y a des paralysies transitoires après trépanation simple.

Ce qui est certain, c'est que l'on observe souvent la cessation de la céphalée et l'atténuation des grandes crises en petit mal; et déjà c'est beaucoup.

Il n'est donc pas démontré que l'excision corticale soit plus efficace que la trépanation simple, et c'est pour cela que, dans ma pratique personnelle, je m'en tiens à cette dernière. Mais je n'ai obtenu que des améliorations — importantes il est vrai, — et non de vraies guérisons. Aussi ne vais-je pas jusqu'à réprouver l'opinion adverse : j'attends seulement un complément d'instruction. Peut-être apprendrons-nous un jour ou l'autre à diagnostiquer les cas où, le centre étant sûrement malade, son excision est à pratiquer. Jusqu'à présent, nous ne connaissons, dans ce sens, que l'opinion de Keen et Mills. D'après ces auteurs, il y aurait, à l'électrisation, une différence entre un centre cortical sain ou malade, même lorsque, dans ce dernier cas, il n'y aurait aucune altération appréciable à l'œil nu. Si on faradise un centre sain, on ne provoque de mouvements que dans les muscles correspondants; les mouvements cessent dès qu'on retire les électrodes. Dans les cas où il y avait une lésion évidente, Keen a provoqué, au contraire, une attaque épileptique semblable à celle dont souffrait le sujet, et après excision de la partie malade, il n'en était plus de même. Peut-être y a-t-il là, demande Keen, un indice pour déterminer si, dans une épilepsie locale où l'écorce paraît normale, il faut ou non procéder à l'excision du centre. Ces recherches méritent d'être poursuivies, car elles sont susceptibles de conduire à des déductions pratiques du plus haut intérêt : mais les conclusions de Keen ne sont pas encore indiscutablement établies.

Épilepsie choréique. — Tout récemment, V. von Betcherev a fait opérer un malade atteint de la forme qu'il a décrite sous le nom d'épilepsie choréique, dans laquelle outre les crises d'épilepsie il persiste entre les crises des mouvements involontaires et incoordonnés dans diverses parties du corps. Sur la région rolandique

mise à nu du côté droit il existait une hyperexcitabilité manifeste des centres moteurs au courant faradique, trois petits fragments corticaux furent donc excisés sur la frontale ascendante. Il résulta de là une amélioration qui conduisit à répéter l'opération à gauche : mais cette fois le malade mourut d'érysipèle. Je ne puis donc que citer le fait, sans porter de jugement.

Epilepsie généralisée. — Les trépanations entreprises pour épilepsie jacksonienne et restées purement exploratrices, sans même avoir été complétées par l'excision des centres, ont donc fourni, dans bon nombre de cas, sinon des guérisons complètes, malheureusement rares, au moins des améliorations importantes. Or nous savons — et c'est le moment de nous en souvenir — que tous les intermédiaires étiologiques, anatomiques et cliniques existent entre les épilepsies partielles et généralisées, symptomatiques et idiopathiques.

Cela étant, n'était-il pas logique de revenir à la trépanation pour traiter l'épilepsie vraie et généralisée? Pourquoi ne serait-elle pas améliorée tout comme certaines épilepsies jacksoniennes où aucune lésion n'a été trouvée dans l'écorce?

De revenir à la trépanation : car si, de nos jours, c'est après les succès fournis par l'épilepsie jacksonienne qu'on a opéré pour épilepsie généralisée, le traitement du « mal sacré » par la trépanation est loin d'être une nouveauté. C'est de la thérapeutique ancienne, préhistorique même sans doute, et traditionnelle de tout temps, comme nous le voyons encore de nos jours, chez certaines peuplades sauvages. Mais de tout temps aussi, les médecins n'ont pas tardé à y renoncer, en présence des insuccès.

Quelques faits remarquables peuvent être toutefois cités. Nous ne mentionnerons que pour mémoire les faits anciens : celui de M. Donatus, par exemple, où un jeune seigneur italien, venant en France pour se faire soigner d'une épilepsie incurable, fut attaqué par des brigands et reçut au crâne un coup de poignard auquel

il dut la guérison. A cette époque, en effet, le diagnostic des diverses épilepsies était encore dans l'enfance et on peut se demander, entre autres hypothèses, si ce jeune seigneur n'était pas tout simplement un hystérique. Des faits analogues sont dus à Fabrice d'Aquapendente, à Tursan.

On peut refuser, à bon droit, toute valeur probante à ces observations anciennes, mais de nos jours, on a recueilli des observations analogues, où la guérison a été due à un trauma cranien accidentel ; par exemple celle que Girard a communiquée en 1891 au Congrès français de chirurgie. Il s'agit d'une femme, épileptique héréditaire, qui, dans son délire comitial, se tira un coup de revolver à la tempe. La malade étant comateuse, aphasique et hémiplégique, M. Girard la trépana, enleva des esquilles et le projectile. Rapidement, les vertiges, les absences, la manie propulsive, le délire lypémaniaque avec tendance au suicide disparurent, et, en 1892, dix-huit mois après l'opération, la malade pouvait être considérée comme définitivement guérie de toutes les manifestations épileptiques qu'elle avait présentées autrefois.

De tout temps, donc, et indépendamment de toutes les idées médicales et religieuses que l'on pouvait se faire sur l'épilepsie, les traumas accidentels et les trépanations empiriques ont démontré que certains épileptiques étaient ainsi guéris. De nos jours, le fait a été démontré pour certaines épilepsies jacksoniennes qu'à tort on avait crues symptomatiques et que néanmoins on a guéries ou amendées. Aussi est-on en droit de se demander si, dans l'épilepsie dite essentielle, alors que manquent les phénomènes prémonitoires, lorsque l'aura est absente ou consiste en des phénomènes non justiciables, dans l'état actuel de la science, d'un diagnostic de localisation corticale, lorsqu'il n'y aucun antécédent traumatique, aucune trace de localisation dans la convulsion, lorsqu'on a vu échouer les médicaments, si dans ces conditions il faut abandonner le malade, s'incliner

devant le mal sacré, ou s'il ne vaut pas mieux tenter une opération?

La question est de celles auxquelles on ne peut répondre avec une netteté parfaite, car dans les cas favorables nous ignorons absolument pourquoi nous avons réussi; et dès lors il nous est impossible de déterminer en clinique, ni même en théorie, quels sont les cas qui offrent quelques chances de succès. Admettons pour un instant que les effets heureux de la trépanation dans l'épilepsie dite essentielle soient dus, comme le prétendent par exemple Lucas-Championnière, Lépine, à la décompression cérébrale par écoulement abondant du liquide céphalo-rachidien[1]; oublions que Mosso a démontré le peu de certitude de cette théorie. Il resterait encore, avant de trépaner, à établir cliniquement quelles épilepsies relèvent de cette cause et dès lors sont justiciables de cette thérapeutique : l'inefficacité fréquente, et même habituelle, de l'intervention chirurgicale nous prouve, en effet, que cette pathogénie, si elle est quelquefois exacte, ne l'est certainement pas toujours.

Poussons plus loin, et admettons que cette pathogénie soit quelquefois exacte : à quoi reconnaîtrons-nous les cas qui lui appartiennent? Il y a longtemps déjà que Tissot a décrit une variété d'épilepsie par compression, à laquelle convient la trépanation, et il a écrit : « Je suis convaincu que beaucoup d'attaques épileptiformes n'ont d'autre cause que la compression du cerveau par le crâne, et que toutes les fois qu'il y a lieu de soupçonner cette cause (et on doit la soupçonner quand les accès sont constamment produits par tout ce qui porte le sang à la tête), on ferait sagement d'essayer le trépan, lorsque la maladie élude l'effort des autres remèdes, et est assez grave et que le malade est assez courageux pour s'y soumettre. »

1. On a noté que dans ces trépanations le cerveau est turgescent, tend à faire hernie et qu'il y a écoulement particulièrement abondant de liquide céphalo-rachidien.

Peu de pathologistes et de cliniciens seront convaincus par les signes différentiels attribués par Tissot à cette épilepsie par compression, et peu, d'après ces symptômes, conseilleront la trépanation. Or il faut reconnaître que, pour l'épilepsie dite essentielle, nous ne sommes guère plus avancés que Tissot. Nous sommes actuellement hors d'état de poser des indications générales de quelque valeur et nous pouvons seulement tirer des conclusions partielles, d'après l'analyse de chaque cas en particulier.

Par exemple, ce qui a souvent arrêté le chirurgien, c'est l'ignorance du point où le trépan pouvait être appliqué : il semblait, en effet, qu'il n'y avait nulle raison pour appliquer le trépan en un point plutôt qu'en un autre; et bien des opérateurs ne se soucient pas de pratiquer au hasard une trépanation à résultat hypothétique.

Or Dumas a justement fait remarquer qu'on pourra très souvent, sans qu'on puisse à vrai dire parler d'aura motrice et d'épilepsie jacksonienne, trouver un guide dans une contracture particulière de certains muscles au moment de l'attaque, dans une aura, qui, lorsqu'elle existe, est bien connue du malade, dans l'aphasie plus ou moins nette consécutive à l'attaque, dans la parésie faciale. La chance de localisation est bien faible, mais on ne court pas grand risque à la tenter.

Si l'on passe à l'examen physique, la palpation pourra révéler quelques particularités du côté du crâne, de l'asymétrie, une atrophie assez marquée ou des saillies anormales. Ces déformations craniennes n'ont malheureusement rien de caractéristique et peuvent se rencontrer chez d'autres malades. Mais, à condition qu'on ne se fasse pas trop d'illusions sur la valeur de ces signes, on peut être en droit d'en profiter.

Un autre cas, enfin, est celui où on trouve, par pression sur le crâne, un point douloureux, où, en appuyant, on provoque l'accès. Dans des cas de ce genre on a obtenu des succès par la trépanation; on peut se

demander, il est vrai, s'il ne s'agit pas alors d'épilepsies réflexes, de ces épilepsies où on a réussi à obtenir la cure par la simple incision sur le point douloureux ou par l'application de pointes de feu profondes. Et précisément c'est la question que se pose Féré à propos d'un malade qu'il a fait opérer, avec succès d'ailleurs, par Reclus. Une des observations de Championnière rentre dans cette catégorie.

Ces points douloureux locaux sont encore importants à considérer, en ce qu'ils peuvent être l'indice d'une lésion osseuse sous-jacente, de nature quelconque, syphilitique par exemple, et une fois de plus nous arrivons à cette conclusion que la trépanation exploratrice est indispensable pour révéler la nature symptomatique d'une épilepsie. Ainsi, J. Guild a trépané un épileptique âgé de quarante ans et qui avait une douleur insupportable dans le côté gauche du front ; en ce point il trouva l'os carié. De même, on peut supprimer par le trépan, comme Lucas-Championnière, une exostose cranienne syphilitique rebelle au traitement médical.

Peut-être convient-il de faire remarquer, à ce propos, que, dans ses trépanations pour épilepsie, Championnière a été frappé par l'hyperostose fréquente des os du crâne.

Donc, même dans les cas en apparence les plus défavorables, on devra rechercher soigneusement, par l'examen du crâne, par l'analyse exacte des symptômes avant, pendant ou après la crise, s'il n'y a aucun indice permettant de supposer que telle région de l'encéphale soit plus directement en jeu. Ces symptômes seront très infidèles, et surtout il faut se rappeler que les paralysies post-épileptiques, indice d'une sorte d'épuisement des cellules nerveuses, ont une valeur localisatrice plus que médiocre. Les déboires seront donc nombreux, mais vu l'innocuité actuelle de la trépanation, on est en droit de s'y exposer.

Les cas particuliers que nous venons d'étudier ne présentent, au total, qu'une seule indication opératoire ;

tenir compte des signes locaux ou localisateurs même les plus fugaces, les plus trompeurs en moyenne, et aller voir si cette épilepsie, crue essentielle, ne serait pas, en réalité, symptomatique[1].

Nous voici maintenant acculés aux cas où toute direction fait défaut. Si le traitement médical est impuissant, le chirurgien doit-il se croiser les bras ? Certains se prononcent en faveur d'une thérapeutique active ; en effet, disent-ils, quelques malades des catégories précédentes ont été guéris, d'autres considérablement améliorés, alors qu'en opérant on n'avait trouvé aucune lésion palpable ; tâchons donc, puisque la trépanation est aujourd'hui devenue bénigne, de faire bénéficier de ces cures quelques-uns des épileptiques devant lesquels les médecins désarment ; si nous réussissons, nous aurons le regret de ne pas savoir au juste pourquoi et de remercier seulement le hasard, mais ces discussions intéressent peu le patient ; si nous échouons, au moins aurons-nous la consolation de n'avoir pas nui. Et c'est ainsi que Lucas-Championnière — partisan d'ailleurs de la théorie de la décompression[2] — conseille de mettre

1. Pourra-t-on aller un jour plus loin et tenir compte des auras à localisation actuellement inconnue? Certains auteurs font des recherches dans ce sens. Ainsi, Allen Starr croit qu'une épilepsie sensorielle dont le début est caractérisé par des troubles de l'ouïe, indique une irritation de la région temporale; une épilepsie sensorielle commençant par des troubles visuels, éclairs, etc., indiquerait une irritation de la région occipitale; enfin les troubles de l'odorat ou du goût indiqueraient une irritation de la région sphénoïdale. Quant à l'attaque à forme aphasique due à la suspension des fonctions des aires sensorielles du langage, A. Starr en admet l'existence théorique, mais n'en connaît pas d'exemple. On a enfin noté une aberration mentale temporaire, excitation maniaque ou simple égarement suivi de stupeur et de la perte de mémoire, tous accidents dus peut-être (A. Starr) à une lésion des lobes frontaux.

2. On ignore complètement quelle est la valeur de cette théorie, et des autres aussi d'ailleurs. Cependant, qu'on opère

largement à découvert la zone rolandique, même lorsqu'il n'y a aucun symptôme moteur de localisation.

C'est le raisonnement que tient Bendandi. Cet auteur, ayant en vain cherché une tumeur corticale qu'il croyait avoir diagnostiquée, voit cesser une épilepsie jacksonienne ; dès lors, il conseille de tenter le trépan dans toute épilepsie. Où est en effet la limite précise entre l'épilepsie essentielle et la symptomatique ; allons plus loin, entre la partielle et la généralisée ? Comme pour la folie, bon nombre d'enfants congénitalement épileptiques ne le sont-ils pas parce que le forceps leur a malencontreusement déprimé le crâne ? Et quelle intensité faut-il qu'ait atteinte une violence subie par le crâne pour qu'une épilepsie puisse être déclarée traumatique ?

Le point de départ de tous ces raisonnements est que la trépanation avec simple incision de la dure-mère est une opération bénigne. Il faudrait renoncer à l'opération, vu la nullité fréquente des résultats thérapeutiques, si l'on devait encore compter 17 morts sur 86 comme Walsham, 50 sur 296 comme Mc Dougall ; mais ces statistiques datent de 1883 et sont dressées avec des faits épars, dont bon nombre appartiennent à la période pré-antiseptique. Actuellement le pronostic opératoire a changé du tout au tout et, par exemple, Dumas nous apprend que Briggs a pratiqué 30 de ces trépanations avec un seul décès.

La bénignité opératoire étant devenue presque parfaite, tout dépend des résultats obtenus. Il semble donc

pour épilepsie traumatique ou non, partielle ou généralisée, on est à peu près d'accord aujourd'hui : 1° pour inciser la dure-mère et mettre à nu l'écorce ; 2° pour laisser ouverte la fenêtre cranienne, sans tentative d'ostéoplastie. Berezowski, puis Chipault ont même recommandé d'exciser la dure-mère pour se mettre à l'abri de son pouvoir ossificateur, lent, mais réel ; et Tuffier a conseillé, pour atteindre plus sûrement le but, d'ourler avec la collerette de dure-mère le pourtour de l'orifice osseux.

que la question doive être vite jugée. Les épileptiques sont assez nombreux, assez décidés à tout — eux ou leurs parents — pour que les observations suivies pendant longtemps aient pu, depuis l'avènement de l'antisepsie, être recueillies et multipliées à souhait.

Or, il n'en est rien, et nous continuons à en être réduits aux statistiques anciennes. Ces statistiques, si nous défalquons les morts, aujourd'hui négligeables, nous donnent : celle de Mc Dougall, 179 guérisons sur 246 cas ; celle de Walsham, 48 guérisons, 17 améliorations et 4 *statu quo* sur 69 cas.

Ce serait superbe si c'était exact ; mais alors pourquoi les asiles d'épileptiques ne nous fournissent-ils nulle part une statistique intégrale d'un aliéniste assisté d'un chirurgien ? Pourquoi tous les médecins qui fréquentent les épileptiques sont-ils abstentionnistes ? Parce que les malades, après avoir passé quelque temps dans la salle de chirurgie, reviennent presque tous à l'asile aussi épileptiques qu'auparavant. Parce que les résultats sont loin de valoir, en réalité, ce qu'annoncent ces statistiques bigarrées, où sont alignées des observations disparates, dues à des chirurgiens multiples. Dans ces tableaux sont confondues toutes les épilepsies, à étiologie connue ou inconnue ; et de plus aucun document précis ne nous permet d'apprécier le résultat à longue échéance.

Les malades, nous dit-on, ont quitté l'hôpital sans avoir eu de nouvel accès, au bout de trois, quatre semaines. C'est absolument insuffisant, même pour des malades ayant eu avant l'opération des attaques quotidiennes ; des rémissions, de plus longue durée même, ont été observées avec toutes les médications, à la suite des actions les plus diverses sur la peau, sur les muqueuses. Féré, par exemple, se loue des pointes de feu sur le cuir chevelu. C'est encore ainsi que Maclaren a pu réunir un certain nombre de cas où on a fait chez des épileptiques des opérations diverses, pour cancer, pour lésion articulaire, etc., et après cela on a pu voir les accès épileptiques disparaître pour quelque temps,

même pour toujours. Et dans le mémoire de White, enfin, nous trouvons, outre 12 succès dus à des opérations diverses (cautérisation du larynx, sétons à la nuque, élongation et section nerveuses, etc.), 6 guérisons par incision du cuir chevelu, 10 guérisons consécutives à la castration, 2 guérisons et 6 améliorations consécutives à la trachéotomie, 13 guérisons consécutives à des traumatismes accidentels (brûlures, coups, chutes).

N'en avons-nous pas vu autant, au début de ce chapitre, pour la ligature des artères vertébrales, pour l'ablation du ganglion cervical supérieur, opérations qu'on a cherché à systématiser contre l'épilepsie? Et la trépanation n'en est-elle pas là?

Une statistique n'aura donc de valeur qu'autant que les malades auront été suivis longtemps, et que la variété d'épilepsie aura été nettement déterminée. En outre, il est indispensable d'établir entre les opérés, après examen attentif des observations complètes, les distinctions cliniques et étiologiques sur lesquelles j'ai à plusieurs reprises insisté. Or, cela fait défaut jusqu'à présent.

La seule statistique intégrale d'un chirurgien, avec observations détaillées, est celle de Lucas-Championnière.

A lire ces observations, on constate nettement que les résultats favorables — guérisons ou améliorations importantes — concernent, à peu près tous, les cas où il y avait au moins un signe spécial, fût-il léger, fût-ce seulement un point douloureux du crâne. Au contraire, les résultats nuls sont notés dans les cas où on n'a pu découvrir un point plus particulièrement malade et qui ait invité le chirurgien à y placer une couronne de trépan. Et si l'on parcourt les autres observations publiées à l'état isolé par d'autres auteurs, on arrive exactement à la même conclusion.

En présence d'une épilepsie ordinaire, je suis donc plutôt partisan de l'abstention. Les résultats dont j'ai

eu connaissance m'ont paru trop médiocres pour que, dans l'état actuel des choses, je me départisse de cette réserve. Mais cette solution négative n'est pas sans appel. Parmi les épileptiques, la chirurgie en a déjà soulagé un bon nombre; la majorité lui échappe encore, malheureusement, mais le passé nous permet d'espérer en l'avenir, et dès lors les téméraires d'aujourd'hui seront peut-être les raisonnables de demain. Le fait certain est que leur témérité est justifiée par l'impuissance fréquente du traitement médical.

Mais il n'est pas probable que jamais l'intervention opératoire puisse suffire à elle seule; même après le traitement chirurgical d'une lésion grossière, il faut, en cas d'épilepsie franchement symptomatique, combattre par les bromures ce que les médecins appellent « l'habitude épileptique »; à plus forte raison en est-il ainsi pour l'épilepsie dite essentielle, jacksonienne ou non. Et de même que l'on doit formellement conseiller de n'entreprendre l'action chirurgicale qu'après échec du traitement médical, on doit toujours se rappeler l'aphorisme de Grasset: « le bromure doit être un aliment pour l'épileptique guéri ».

§ II. — PSYCHOSES

Jusqu'à présent, nous avons étudié soit des maladies mentales à lésions connues, au moins en partie, telles que la paralysie générale, soit des troubles psychiques variés, à lésion connue ou inconnue, consécutifs à une étiologie spéciale, au trauma, par exemple. Actuellement, nous avons à nous occuper de certaines psychoses sans lésion déterminée; tout ce que nous savons en pathologie nous conduit à penser que peu à peu, comme nous l'avons vu pour l'épilepsie, nous arriverons à connaître sinon la cause, au moins les lésions. Alors nous pourrons peut-être établir scientifiquement quelques indications opératoires. Mais, de loin, nous n'en sommes pas

là, et je crois devoir passer sous silence, en raison de leur inefficacité, les interventions d'ordre purement empirique.

Une tentative cependant, due à Burckhardt (de Préfargiers), mérite de nous arrêter un instant, car elle a pour point de départ une théorie probablement erronée mais intéressante.

Burckhardt part de l'idée que les psychoses ne sont pas dues à des lésions diffuses, mais à des lésions en foyer plus ou moins nombreuses. Aussi a-t-il pensé que l'on pourrait essayer, suivant les cas : soit d'intercepter, en les sectionnant, les voies d'association corticale qui transmettent les impressions pathologiques nées en des parties sensorielles et idéogènes du cerveau ; soit de supprimer certaines hallucinations en détruisant le centre cortical correspondant.

Ainsi, dans deux cas, pour intercepter les voies d'associations corticales, qui transmettaient les impressions pathologiques de la région motrice, Burckhardt excisa sur l'écorce des bandelettes de la partie postérieure des circonvolutions frontale et pariétale, et de la circonvolution de Broca à gauche : un malade a été très amélioré, et son délire furieux, avec caractère impulsif très dangereux, a fait place à un délire tranquille. Le second malade serait également devenu plus calme.

Les autres malades étaient atteints de délires avec hallucinations : localisant ces hallucinations dans le centre sensoriel de la parole, Burckhardt pratiqua l'excision corticale de la 1re temporale et de la 3e frontale gauches. Trois malades ont retiré avantage de l'opération, le 4e est mort six jours après l'opération, mais durant les quatre premiers jours, alors que nul accident ne s'était encore révélé, les hallucinations avaient cessé complètement.

Mais est-il exact qu'en creusant ainsi un fossé cortical on supprime les communications entre deux centres dont les associations sont défectueuses? Que les psychoses soient ainsi dues à des associations de cette

nature? Que les hallucinations ne puissent plus se produire une fois détruits les centres corticaux correspondants? Autant de propositions hypothétiques et dont Sahli fait la critique.

On répondra, sans doute, que les malades de Burckhardt ont été améliorés; mais il est facile de riposter en invoquant les améliorations que souvent on observe, chez tous les aliénés, spontanément ou à la suite d'un choc moral; en se demandant si la rechute ne guette pas les opérés.

La question restera obscure tant que les faits ne se seront pas multipliés : or, jusqu'à présent, personne ne semble avoir suivi les traces de Burckhardt. Il faut bien reconnaître qu'*a priori* on n'y est guère engagé et que nous ne sommes pas beaucoup plus avancés qu'à l'époque où Roland de Parme trépanait les aliénés pour donner issue aux vapeurs du cerveau.

§ III. — CÉPHALALGIE

Parmi les symptômes justiciables de la trépanation, Horsley range la céphalalgie fixe, rebelle aux traitements non opératoires.

Pour la céphalalgie traumatique, cette assertion est exacte, mais lorsque fait défaut cette étiologie, elle est pour le moins exagérée. Il convient d'ailleurs de faire remarquer que les quatre observations citées par Horsley dans ses tableaux ont trait à des cas où l'origine est nettement traumatique.

Doit-on, cependant, protester contre ces tentatives avec l'énergie dont Krönlein, Sahli nous donnent l'exemple? Je ne le pense pas. Malgré l'antisepsie, affirme Sahli, la trépanation est dangereuse, les statistiques de Horsley lui-même en font foi; et le second aphorisme de Sahli est que l'on doit restreindre au minimum les indications de la trépanation exploratrice.

Ces deux propositions sont contestables. La trépanation simple, bien pratiquée, n'est pas dangereuse, et on a parfaitement le droit de l'entreprendre à titre d'opération exploratrice. C'est à ce titre qu'elle peut être indiquée pour certaines douleurs craniennes localisées, parfois seules à révéler une lésion osseuse dont le trépan triomphe ; et si on ne soulage pas le malade on est à peu près sûr de ne pas lui nuire. Indication tout à fait exceptionnelle, mais indication qu'il est sage de ne pas repousser d'une manière absolue.

CHAPITRE VIII

ENCÉPHALOCÈLE

Lorsqu'un enfant naissait porteur d'une encéphalocèle congénitale, il n'y a pas bien longtemps encore le chirurgien se déclarait à peu près désarmé. Sans doute, on tentait quelquefois, pour les méningocèles surtout, la compression ou bien la ponction, suivie ou non d'injection iodée. Mais ces interventions, qui ne provoquaient que trop souvent la méningite suppurée, avaient encore le défaut de ne donner que des résultats thérapeutiques à peu près nuls chez les survivants. Il était exceptionnel que la tumeur disparût, diminuât même. En somme donc, opération dangereuse et résultats plus que douteux. Aussi en était-on venu à n'agir que lorsqu'on avait la main forcée par une complication, par une rupture achevée ou tout au moins imminente. Et l'on considérait ces sujets — abstraction faite des rares privilégiés qui, en protégeant leur petite tumeur sous un opercule solide, jouissaient d'une longue vie et d'une intelligence suffisante — comme voués à une mort précoce ou à l'idiotie.

L'antisepsie a, sur ce point comme sur tant d'autres, bouleversé les règles thérapeutiques naguère encore indiscutées. Le jour où on a eu la notion que toutes les complications des plaies étaient dues à un défaut d'asepsie, on a hardiment porté le bistouri sur ces tumeurs et on les a excisées en ouvrant sans crainte les méninges. Des opérations ont été faites, en 1881, par