

Tauszk), une excitation périphérique détermine plus facilement des convulsions que chez un animal neuf, quand on la fait agir sur les parties qui sont en rapport avec cette région du cerveau. L'excitation préalable de l'écorce cérébrale a déterminé la formation d'un *locus minoris resistentiæ* doué d'une faiblesse irritable. Ce que peut faire une irritation momentanée, un développement défectueux semble aussi pouvoir le réaliser.

## II

## Traitement.

Le traitement de l'épilepsie comporte deux indications principales : supprimer l'agent provocateur, diminuer l'irritabilité. Des indications secondaires découlent de la forme des manifestations; la plupart se trouveront dans le traitement des paroxysmes.

## A. — TRAITEMENT DES PAROXYSMES.

1° La première indication qui s'impose, c'est de s'opposer à la manifestation morbide, surtout lorsqu'elle constitue un danger par elle-même. Si on ne peut pas l'empêcher, il faut autant que possible s'efforcer d'en diminuer les risques.

Certaines mesures de précaution sont capables de supprimer les paroxysmes. Bon nombre de malades ont toujours leurs accès sous l'influence des mêmes causes : les uns ne sont pris qu'à la suite d'excès alcooliques ou autres, d'autres seulement sous l'influence d'irritations périphériques, d'émotions, d'autres sous l'influence d'écarts de régime. Si on peut supprimer ces causes, les accès pourront être sinon supprimés, du moins considérablement éloignés.

Les accès qui sont précédés d'aura peuvent quelquefois être suspendus par des mouvements ou par des excitations appropriés. Quelques malades peuvent, lorsqu'ils se sentent menacés, éviter l'accès en se livrant à une course rapide ou à un effort

violent. D'autre part, un bon nombre, atteints d'épilepsie à début local, ressentent dans leurs membres des sensations pénibles ou des crampes, qui chez eux sont les avant-coureurs de l'attaque, et peuvent l'arrêter par la *constriction* du membre au-dessus du point qui est le siège de la sensation anormale; tantôt l'arrêt ne se produit que par une forte ligature; tantôt une simple constriction avec la main suffit. Quelques malades sont toujours munis d'une sorte de garrot qui leur permet de se tenir en garde. Quelquefois, la torsion d'un doigt ou de la main suffit (Bravais); Hughlings-Jackson recommande la *traction violente* des parties qui sont le siège de l'aura. Brown-Séguard a montré que dans l'épilepsie spinale, la trépidation du membre inférieur provoquée par le redressement de la pointe du pied peut être arrêtée par la flexion forcée : la même manœuvre peut réussir dans l'épilepsie vulgaire. Quelques malades peuvent éviter l'attaque en immobilisant solidement le membre qui est le siège de l'aura : j'en connais un qui atteint le but en s'asseyant sur sa main. Comme pour certaines névralgies, il existe quelquefois pour l'épilepsie de véritables points d'arrêt dont la compression produit la suspension des phénomènes convulsifs ou autres; souvent les points ne sont découverts que par hasard. J'ai observé un malade chez lequel la compression des nerfs sus et sous-orbitaires au niveau des émergences suspendait l'attaque, à quelque période qu'elle fût arrivée; mais ordinairement la compression de ces points n'a d'efficacité que pendant l'aura. Chez quelques malades, des *excitations périphériques* diverses, mais en général uniques pour le même malade, peuvent avoir une action suspensive pendant l'aura : des flagellations, des tapotements dans certaines régions, l'ingestion d'un liquide froid ou salé, des excitations sensorielles diverses. De ces faits d'excitations périphériques dérivatrices, on peut rapprocher les faits dans lesquels l'accès étant annoncé par une idée obsédante, le malade arrive à éviter la décharge en fixant son attention sur une autre idée; ce n'est qu'indirectement que la volonté agit sur la décharge épileptique, tout comme dans

le cas de compression d'un nerf ou d'irritation périphérique. Le plus souvent, les procédés d'arrêt ne paraissent avoir qu'une action suspensive, retardante, à la manière de la compression ovarienne dans l'hystérie : cependant, quand ils sont appliqués avec suite, ils peuvent finir par rompre l'habitude convulsive et amener la guérison.

On a encore préconisé comme moyen préventif agissant sur la circulation cérébrale, la *compression des carotides* pendant l'aura (Prichard) ; elle avait déjà été utilisée par Parry dans le traitement de l'éclampsie, et Févez l'a encore employée dans les convulsions infantiles.

Le froid a été proposé aussi pour prévenir l'accès, mais surtout dans les accès sériels ou dans l'état de mal, sous forme d'applications de *glace* sur la colonne vertébrale, sur la tête. On pourrait s'expliquer le succès de ces dernières par l'observation de François Franck et Pitres, qui ont vu que la réfrigération de la zone motrice peut arrêter un accès d'épilepsie chez un chien en expérience. Il est douteux pourtant que les applications extérieures de froid agissent par une modification de la circulation cérébrale ; elles peuvent agir comme une irritation douloureuse, comme les pincements, comme les inhalations d'ammoniaque, comme paraît agir l'application de glace sur la région précordiale conseillée par Charcot dans un cas d'aura cardiaque.

L'expérimentation et la clinique concordent pour constater que l'attaque d'épilepsie sous ses différentes formes est précédée d'une augmentation de tension artérielle coïncidant avec la pâleur des téguments. Il était à supposer que certains moyens propres à abaisser la tension artérielle pourraient prévenir un certain nombre de paroxysmes : j'ai employé la *ventouse de Junod*, la *ligature des membres*, mais c'est surtout la *sinapisation* sous forme de bains sinapisés, ou d'enveloppements dans le drap mouillé sinapisé qui m'a rendu des services. Mais ces moyens de modifier la tension artérielle m'ont surtout paru efficaces dans les accès d'excitation maniaque. Plusieurs malades sont assez convaincus de l'utilité de ce mode d'inter-

vention pour le réclamer eux-mêmes lorsqu'ils se sentent sous le coup d'un paroxysme.

Une *injection de morphine* pendant l'aura peut supprimer l'accès ou au moins le retarder ; on a attribué à la morphine la suspension de séries (Roberts). On aurait obtenu des succès analogues avec l'apomorphine (Wallender). Il ne faut pas oublier que le morphinisme peut aggraver considérablement l'épilepsie : j'ai vu un morphinomane épileptique chez qui les attaques se produisaient à chaque période de privation ; le malade ne pouvait se protéger qu'en augmentant rapidement l'intoxication, et il finit par succomber dans un état de mal.

L'*éther*, le *chloroforme*, le *nitrite d'amyle*, le *bromure d'éthyle* ont aussi été employés en inhalations dans le but d'arrêter les accès d'épilepsie, sans succès d'ailleurs en général. J'ai pourtant vu des inhalations d'éther faire éviter l'attaque à un épileptique prévenu par des étouffements. L'éther et le chloroforme peuvent d'ailleurs provoquer des accès.

2° Quand l'attaque a commencé, il n'y a guère d'influence qui puisse l'interrompre. L'immobilisation peut dans le cas d'épilepsie hémiplegique avoir un effet qui mérite d'être signalé, c'est l'envahissement du côté opposé ; lorsqu'on arrête le mouvement, on n'arrête pas la décharge qui se fraie une voie nouvelle ; il y a donc lieu de craindre les effets d'une contention sûrement inutile.

Les mesures à prendre contre l'accès convulsif sont surtout des mesures de préservation ayant pour but d'éviter les blessures et la suffocation.

Lorsqu'on est prévenu de la chute par la pâleur ou par tel autre phénomène avant-coureur habituel au malade, il faut le protéger autant que possible contre le choc, et l'étendre horizontalement sur le dos, la tête plutôt renversée en arrière, et le maintenir de telle sorte que les mouvements convulsifs ne produisent pas de contusions. Si le malade a l'habitude de se mordre la langue, on peut interposer entre les mâchoires un corps résistant et non fragile, comme un morceau de bois tendre ; mais il est difficile de prendre cette précaution en temps

opportun. Les vêtements doivent être relâchés principalement au col, et on ouvre les fenêtres pour suppléer autant que possible par un air plus pur à la gêne mécanique de la respiration. Aux malades qui font souvent des chutes sur la tête, on peut faire porter une coiffure appropriée formant bourrelet pour la préserver des chocs. On peut prévenir le danger des chutes nocturnes en couchant les malades dans des lits très bas, ou dans des lits garnis de balustrades latérales : lorsque les balustrades sont capitonnées, elles constituent un moyen de protection efficace, mais elles sont un obstacle à la surveillance et augmentent le danger de suffocation.

La suffocation est le risque le plus grand des attaques nocturnes. Les malades peuvent être étranglés par leurs vêtements, s'étouffer en se retournant la face contre l'oreiller ou en s'enroulant dans leurs couvertures, etc. ; on ne peut éviter ces accidents que par une surveillance constante. On a essayé de prévenir les dangers de la suffocation en donnant aux épileptiques des oreillers de varech ou de crin, plus perméables à l'air et moins compressibles que les oreillers de plume ; mais cette précaution ne saurait suppléer le défaut de surveillance. La mort par suffocation peut encore se produire pendant la période de stertor par un autre mécanisme. La paralysie des muscles de la langue permettant, dans le décubitus dorsal, la chute de cet organe vers le pharynx, apporte à la respiration une gêne toute mécanique que l'on peut soulager en faisant incliner la tête latéralement : la langue tombe alors en dehors par son propre poids et la suffocation diminue instantanément.

Quelquefois cependant, on est réduit à fixer la langue au dehors avec une pince ou une érigne. Si ces moyens ne réussissent pas, c'est que l'obstacle à la respiration tient à la paralysie post-paroxystique des muscles thoraciques et au défaut d'activité des centres respiratoires ; il faut recourir aux *tractions rythmées* de la langue ou à la *respiration artificielle* qui peut donner le temps aux fonctions de se rétablir. J'ai vu plusieurs fois les tractions rythmées de la langue rappeler à la vie des épilep-

tiques en état de mort apparente à la suite d'accès sériels ou même isolés.

Le sommeil post-paroxystique doit être respecté ; c'est le processus naturel de la réparation de l'épuisement qui résulte de la décharge ; un réveil prématuré ne fait que retarder la restauration des fonctions et détermine souvent des douleurs de tête persistantes.

Dans les crises sérielles ou dans l'état de mal, il faut tenir le malade à l'abri de toute excitation, modérer l'éclairage, faire taire tous les bruits et, surtout, lorsque le malade reprend connaissance, l'empêcher, autant que possible, de faire des mouvements et de parler. Toute excitation, toute activité peut provoquer une nouvelle attaque, surtout si elle met en jeu un organe qui est le siège des phénomènes initiaux du paroxysme.

Plusieurs médicaments ont été éprouvés contre l'état de mal ; le *bromure de potassium* à doses massives, le bromure de potassium et le *chloral* (Amblard), le *nitrite d'amyle* (Crichton Browne), l'*hydrate d'amyle* (Wildermuth, Gürtler, Näcke, etc.), l'*hydróbromate d'hyoscine* ou de *conine* avec le *sulfate de morphine* (Trowbridge), etc. On a pu citer des succès à l'actif de chacune de ces médications ; mais il ne faut pas oublier que l'état de mal guérit souvent spontanément, quand la température n'a pas dépassé 40°.

Dans l'état de mal, la mort arrive soit par épuisement nerveux, soit en raison de troubles de la respiration ; ces derniers peuvent être combattus par les tractions rythmées de la langue, par la faradisation des muscles thoraciques, par la respiration artificielle.

Les décharges épileptiques isolées entraînent souvent un amaigrissement notable ; les crises sérielles et l'état de mal sont suivis souvent de pertes de poids considérables, qui donnent le taux du déchet de la nutrition. J'ai acquis depuis longtemps la conviction que l'alimentation pendant l'état de mal est une condition de survie : les aliments introduits par la sonde sont en général très bien supportés et malgré la répé-

tion des convulsions on n'observe guère de vomissements.

Dans les épilepsies convulsives aiguës liées à des états généraux, les éclampsies de la puerpéralité, du mal de Bright, etc., le traitement de l'accident morbide ne présente pas d'indications spéciales; c'est sur les conditions étiologiques que tout l'effort doit être dirigé.

Quant aux attaques d'épilepsie psychique qui consistent souvent en délire avec impulsions violentes, il n'est pas rare qu'on soit réduit à leur opposer la contrainte mécanique. La contention manuelle est souvent insuffisante et même dangereuse à la fois pour le malade et pour ceux qui en ont la charge; le confinement dans une chambre capitonnée ne met pas toujours le malade à l'abri de ses propres violences. La camisole bien surveillée est encore le moyen le plus sûr et le plus généralement inoffensif. Si on n'a pas la camisole à sa disposition, on peut se servir du drap roulé autour du corps et des membres et ne laissant libres que la tête et la partie supérieure du thorax. Quant à la contrainte chimique, par le *chloral*, la *paraldéhyde*, la *morphine*, l'*atropine* (Bessière) qui a été préconisée contre les crises psychiques, elle est bien souvent infidèle ou d'un effet trop tardif.

#### B. — TRAITEMENT DES CAUSES OCCASIONNELLES.

Lorsqu'on a reconnu la cause générale ou locale d'un syndrome épileptique, il ne suffit pas toujours de la supprimer pour que les troubles disparaissent: l'habitude convulsive peut survivre à la condition physique qui lui a donné naissance; cependant, combattre la cause reste la première indication du traitement.

1° Les cas dans lesquels l'indication est la plus précise sont ceux dans lesquels l'épilepsie a eu pour point de départ un traumatisme, que ce traumatisme ait porté sur le système nerveux central ou sur le système nerveux périphérique. L'intervention chirurgicale donne souvent de bons résultats dans les cas d'épilepsie due à des lésions des nerfs périphériques,

que ces lésions siègent sur les troncs nerveux eux-mêmes ou dans des tissus qui reçoivent leurs ramifications. Nombreux sont les cas d'épilepsie guéris à la suite de l'ablation de corps étrangers, soit des cavités naturelles, soit de l'épaisseur des tissus, ou à la suite de l'ablation de cicatrices douloureuses ou de la section, de la résection ou de l'élongation des nerfs qui s'y rendent. L'extirpation de polypes des fosses nasales ou du conduit auditif a eu aussi des résultats heureux; de même l'avulsion de dents cariées.

Dans ces dernières années, la *chirurgie* est intervenue dans le traitement de l'épilepsie aussi bien que dans le traitement de l'hystérie par l'ablation des ovaires même sains. Cette opération est encore moins justifiable, si possible, dans l'épilepsie que dans l'hystérie; elle n'a donné d'ailleurs que des résultats qui n'ont guère engagé à poursuivre les essais (Lawson Tait). La castration chez l'homme aussi bien que chez la femme n'est applicable que lorsqu'il existe des lésions organiques qui légitiment par elles-mêmes l'opération; on a cité des cas de guérison de l'épilepsie à la suite de l'ablation du testicule blessé ou malade. Chez les épileptiques comme chez les hystériques, les phénomènes douloureux permanents ne sont que la manifestation locale d'un état général; et l'intervention contre ces phénomènes locaux, contrairement aux données théoriques les plus acceptables, n'est pas suffisamment appuyée par l'expérience pour qu'on soit autorisé à la conseiller; du reste les gynécologues les plus autorisés sont peu encourageants<sup>1</sup>. Malgré les succès annoncés, on doit rejeter la pratique de Baker Brown, qui enlevait le clitoris sous prétexte que l'épilepsie pouvait bien être la conséquence d'une irritation du nerf honteux. Fleury a insisté avec raison sur l'utilité de la circoncision qui n'a d'ailleurs de bons effets que lorsqu'elle porte remède à une irritation. Je fais faire chaque année dans mon service un grand nombre de circoncisions par simple mesure d'hygiène: on n'a jamais remarqué

1. S. Pozzi. — Traité de gynécologie, 1890, p. 602.

que cette intervention eût une influence quelconque sur le nombre des accès.

L'intervention chirurgicale dans le cas de lésion périphérique peut avoir de bons effets, même lorsque les attaques convulsives coïncident avec d'autres troubles indiquant une altération générale du système nerveux. Chez un individu qui, à la suite d'un écrasement du doigt, avait été atteint de symptômes de paralysie générale et d'épilepsie dont les accès étaient provoqués par la pression sur la cicatrice, Guder a vu les accidents convulsifs disparaître à la suite de l'amputation.

Parmi les lésions traumatiques du système nerveux qui peuvent déterminer l'épilepsie, on cite rarement des lésions de la région rachidienne. Les troubles épileptiques ne sont d'ailleurs dans ces cas qu'un accident accessoire ; s'ils constituent une indication de hâter l'intervention chirurgicale, ils n'influent guère sur sa direction.

Les traumatismes de la tête ont une relation beaucoup plus directe avec l'épilepsie. Mais toutes les lésions du crâne, tous les traumatismes céphaliques n'atteignent pas les centres nerveux. Dans un bon nombre de cas où l'épilepsie a suivi un choc céphalique, les téguments seuls ou le squelette ont été atteints, et le cerveau ni même les méninges ne sont affectés. Lorsqu'il y a lieu de croire que les accidents sont dus à l'ébranlement général du système nerveux ou à une action réflexe, il n'y a pas lieu de proposer d'emblée une opération grave ; il faut d'abord recourir aux révulsifs, sous forme de vésicatoires volants, de pointes de feu répétées. Ces moyens peuvent être essayés sans inconvénient, même lorsqu'on a lieu de soupçonner que l'irritation siège plus profondément ; j'ai vu en effet les pointes de feu répétées réussir dans des cas d'épilepsie partielle avec troubles moteurs permanents et due par conséquent à des lésions cérébrales.

Lorsque les épilepsies d'origine traumatique se manifestent par des attaques en apparence générales d'emblée, sans localisation prédominante appréciable, les révulsions doivent être appliquées au siège de la lésion périphérique ; lorsqu'au con-

traire l'attaque est localisée au début, ou prédominante dans un membre ou dans un côté de la face, il faut, sans tenir compte du point d'application du choc, agir sur le point désigné par la connaissance des localisations cérébrales. En général d'ailleurs, il ne faut pas oublier que l'action du traumatisme, comme de toute autre cause déterminante, est souvent favorisée par la prédisposition individuelle ; il ne faut donc pas négliger d'user, en même temps que des moyens externes, du traitement interne approprié.

Lorsque le traumatisme a été plus violent et a déterminé d'emblée, en même temps que des manifestations épileptiques, des phénomènes de compression localisée, il y a lieu de croire à un enfoncement ou à un épanchement au point d'application du choc et de pratiquer le trépan primitif.

Lorsque le traumatisme non immédiatement suivi de convulsions a guéri, mais a laissé après lui des troubles comitiaux, la situation est moins nette.

Ces troubles peuvent être la manifestation de l'éveil d'une prédisposition, ou bien être en rapport soit avec une dépression du crâne et un cal vicieux, soit avec une néoplasie développée consécutivement à l'irritation, avec un épanchement sanguin ou avec un abcès du cerveau. L'intervention chirurgicale se trouve indiquée par le seul fait de la coïncidence de l'épilepsie partielle avec une lésion traumatique convenablement localisée. Lorsqu'il s'agit de troubles vertigineux ou de spasmes sans localisation ou sans prédominance apparente, sans douleur fixe, l'indication est moins précise, et on en est réduit à se laisser guider soit par les dépressions du crâne, soit, à leur défaut, par les cicatrices du cuir chevelu ou même par les commémoratifs. Echeverria (1878) avait rapporté une statistique relative à l'épilepsie traumatique très favorable à l'intervention chirurgicale : sur 145 cas d'épilepsie traumatique, on avait obtenu par la trépanation 93 guérisons et 18 améliorations ; il n'y a eu que 28 morts. Les progrès de la chirurgie permettaient d'espérer un pronostic plus favorable encore, au moins en ce qui concerne la bénignité de l'opération. Toute-

fois, même les statistiques de l'épilepsie partielle traumatique, les plus favorables au traitement chirurgical, méritaient d'être revisées, en ne comprenant que les cas dont les suites ont été surveillées pendant un temps suffisant. En effet, nous voyons qu'au deuxième congrès des médecins et chirurgiens américains, à Washington en 1891, Agnew a rapporté une statistique de ce genre dans laquelle il n'a compté que 4 guérisons sur 57 cas, dont 32 autres avaient paru momentanément améliorés. D'après les faits rapportés par cet auteur, la chirurgie serait surtout utile en relevant primitivement les enfoncements traumatiques ; mais quand l'habitude morbide est prise, elle devient à peu près impuissante, et le traitement médical est le seul utile. L'ancienneté de la lésion n'est pourtant pas une contre-indication formelle à l'opération : Larrey a cité une épilepsie traumatique guérie au bout de trente-trois ans par l'extraction d'une esquille.

2° En l'absence de tout traumatisme, l'existence d'un spasme localisé ou prédominant, coïncidant avec une douleur siégeant du côté opposé de la tête, surtout s'il existe en même temps des phénomènes paralytiques permanents et graduellement développés dans le membre le plus affecté par le spasme, fournit une indication précise de la même intervention chirurgicale. Les sensations subjectives servent aussi d'indices précieux. La chirurgie contemporaine a pu enregistrer plusieurs succès temporaires au moins, à la suite d'ablations de tumeurs.

En l'absence de lésions grossières au cerveau, dans les cas où l'épilepsie partielle ne peut être attribuée qu'à des altérations histologiques développementales ou autres des centres moteurs, on a proposé l'excision de ces centres même lorsqu'on ne trouve aucune modification visible à l'œil nu<sup>1</sup>. On a eu recours, pour s'assurer du siège exact du centre cortical dont les convulsions localisées dénonçaient l'altération, à l'excitation faradique de l'écorce, excitation répétée jusqu'à ce qu'on

1. SACHS and GERSTER. — The surgical treatment of focal epilepsy (*Amer. Journ. of med. sc.*, 1896, vol. 112, p. 377).

mette en mouvement les parties agitées par la convulsion spontanée. Mais l'excision des centres corticaux faite dans ces conditions n'a pas encore fait ses preuves dans la cure radicale de l'épilepsie partielle. Cette excision a d'ailleurs l'inconvénient de laisser souvent à sa suite des paralysies persistantes ; et van Gieson a relevé, d'après des autopsies d'épilepsies traumatiques trépanées, que les opérations sur l'écorce cérébrale laissent souvent une cicatrice qui est de nature à déterminer par l'irritation qu'elle provoque des rechutes de l'épilepsie.

Ces motifs de réserve s'appliquent aussi à l'ablation des tumeurs cérébrales : les recherches statistiques de Hale White et de Allen Starr montrent d'ailleurs que 2 p. 100 seulement des tumeurs cérébrales sont justiciables d'une opération chirurgicale ; et de son étude critique, Krönlein conclut avec Bergmann que les indications opératoires pour les tumeurs cérébrales sont très restreintes.

Les néoplasmes tuberculeux ne peuvent guère qu'être laissés à leur évolution spontanée : ils sont en général au-dessus des ressources de l'art, étant souvent multiples et accompagnés d'autres manifestations de même nature. Il en est de même des tumeurs cancéreuses. Toutefois, même dans ces cas, lorsqu'il se produit des symptômes aigus de compression, l'intervention peut être recommandée dans le but d'évacuer une certaine quantité de liquide ; cette intervention ayant pour but la décompression a eu quelques résultats heureux au moins temporairement dans la paralysie générale progressive des aliénés.

Tissot avait déjà préconisé le trépan dans l'épilepsie dite essentielle, en dehors de tout antécédent traumatique, de tout signe de tumeur, de tout indice de lésion localisée. Les résultats des interventions qui ont été renouvelées assez souvent dans ces conditions au cours de ces dernières années sont des plus équivoques, en raison de l'insuffisance du temps écoulé à l'époque où les observations ont été publiées. Les améliorations transitoires qui ont été le plus souvent observées ne peuvent pas sans hésitation être attribuées au trépan : on

sait en effet que toute intervention violente, soit médicale soit chirurgicale, est capable de modifier momentanément la marche de l'épilepsie, de même que toute maladie intercurrente, médicale ou chirurgicale. Toutefois, l'association de douleurs de tête intolérables même sans localisation précise peut constituer une indication, surtout si les attaques sont fréquentes et graves; lorsque toutes les médications ont échoué, la trépanation, qui est devenue une opération sans gravité, peut être tentée comme dernière ressource.

Negro a proposé, pour remplacer l'excision de l'écorce, l'électrolyse. Une large plaque, reliée au pôle positif d'une pile, est appliquée sur la poitrine du malade. Le pôle négatif est représenté par une aiguille en platine qu'on enfonce dans la région du cerveau supposée malade. On fait passer un courant faible de 2 ou 3 milliampères, suffisant pour détruire le foyer morbide en un temps très court. Cet auteur rapporte un cas d'épilepsie jacksonienne en rapport avec une méningo-encéphalite gommeuse, et où l'électrolyse aurait été suivie de la cessation complète des accès. Cette méthode ne peut être jugée sans nouveaux documents.

3° En dehors des cas d'origine traumatique, l'étiologie de l'épilepsie fournit encore un bon nombre d'indications thérapeutiques. La règle doit être de traiter chez les épileptiques tous les troubles somatiques dont on a connaissance. Il faut passer en revue tous les organes, et ne rien négliger pour rétablir l'intégrité fonctionnelle de ceux qui sont en défaut : les organes des sens, le cœur, le rein, le foie, l'estomac, l'intestin doivent être particulièrement surveillés. Les états généraux morbides ne doivent pas être négligés : l'épilepsie peut être liée à la goutte, au diabète. Il ne faut pas perdre de vue que le système nerveux ne fonctionne normalement que dans un organisme normal et que lorsqu'il souffre, la meilleure condition de guérison ne peut être que la restauration de l'ensemble.

On a vu souvent des interventions relatives à des inflammations ou à des productions pathologiques quelconques des fosses nasales, de la bouche, du pharynx, du larynx, de

l'oreille, être suivies de guérison d'accidents épileptiques. Stevens<sup>1</sup> paraît avoir exagéré le rôle des troubles de la réfraction et des efforts d'accommodation qu'ils nécessitent; mais, cependant leur correction n'est pas sans intérêt, de même que la cure d'autres affections de l'œil.

La *digitale*, préconisée par Corrigan, Scott, Sharkey, est encore assez souvent employée contre l'épilepsie, seule ou associée au *bromure de potassium* ou au *datura stramonium*. Son action favorable s'explique principalement par les modifications heureuses qu'elle peut apporter à la circulation cérébrale dans les cas où il existe des troubles fonctionnels du cœur. L'artério-sclérose peut fournir aussi l'indication d'un traitement spécial.

On a de tout temps reconnu l'importance des troubles gastriques dans l'étiologie de l'épilepsie<sup>2</sup>. L'hygiène de la digestion doit être particulièrement surveillée. On connaît bien le rôle des écarts de régime. Delasiauve a insisté sur l'influence de la constipation, sur la répétition des accès, et a préconisé l'usage des purgatifs. J'ai fait remarquer<sup>3</sup> que les écarts de régime peuvent agir autrement que par l'irritation locale qu'ils provoquent, mais aussi par les auto-intoxications qui peuvent s'ensuivre; mais rien ne nous conduit à admettre avec J. Voisin que l'intoxication est l'agent provocateur ordinaire de l'épilepsie et que l'antisepsie intestinale résume le traitement des accès et de l'état de mal<sup>4</sup>. L'expulsion des vers intestinaux, ascarides, ténias, etc., a entraîné plusieurs fois la guérison définitive chez des adultes, mais surtout chez des enfants. Les bons effets des *purgatifs* ne sont pas dus seulement à leur action mécanique; ils favorisent la désinfection et sont par conséquent propres à remédier à certaines auto-

1. G. T. STEVENS. — *Functional nervous diseases*, 1887, p. 101.

2. CH. FÉRÉ. — Note pour servir à l'histoire des troubles gastriques de l'épilepsie, etc. (*Revue de neurologie et d'hypnologie*, 1896, p. 112).

3. CH. FÉRÉ. — *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 302.

4. HÉROGUELLE. — Contrib. à l'ét. du traitement de l'état de mal épileptique. *Thèse de Paris*, 1895. — LABATT DE LAMBERT. — Contrib. à l'ét. de la pathogénie et du traitement de l'épilepsie. *Thèse de Paris*, 1896.