

Mais en bonne clinique il ne suffit pas de diagnostiquer le syndrome épileptoïde, il faut remonter à sa cause. Or l'accès jacksonien ne porte en lui-même aucune marque distinctive permettant de reconnaître avec certitude s'il est déterminé par une altération matérielle du cerveau, s'il est l'expression d'une intoxication générale, ou s'il résulte d'une simple perturbation fonctionnelle des centres nerveux. Le diagnostic étiologique, fort important dans l'espèce, devra donc être établi sur l'analyse des symptômes associés au syndrome convulsif. Les principales particularités qui pourront servir à lui donner des bases solides sont les suivantes :

L'épilepsie partielle purement fonctionnelle est presque toujours une manifestation de l'hystérie. On reconnaîtra sa nature en recherchant les stigmates habituels de la névrose provocatrice : anesthésie de la peau, des muqueuses et des organes des sens, rétrécissement concentrique des champs visuels, diathèse de contracture, etc., etc., et en tenant compte des antécédents des malades.

L'épilepsie partielle réflexe a, par définition, pour point de départ, une excitation périphérique provenant d'une cicatrice vicieuse, d'un cal difforme, d'un névrome, d'une inflammation chronique du nez ou des oreilles, d'un lavage irritant de la cavité pleurale, etc. Les circonstances dans lesquelles se sont produits les premiers accès, leur subordination étroite à la cause épileptogène permettront presque toujours de reconnaître leur véritable étiologie.

Les accès épileptoïdes d'origine toxique ne sont jamais les seuls symptômes de l'intoxication qui les provoque. En même temps qu'eux on peut constater — et il ne faut jamais négliger de les rechercher — les signes non équivoques de l'urémie, de l'acétonémie, de l'alcoolisme aigu, de l'absinthisme, des infections microbiennes diverses susceptibles de donner lieu à des phénomènes d'irritation des centres nerveux.

De même, quand une lésion organique du cerveau détermine des accès jacksoniens, il est rare qu'elle ne s'accompagne pas, en même temps, d'autres symptômes, tels que : céphalée,

vomissements, paralysie motrice ou sensitive d'un membre ou d'une moitié du corps, hémipie latérale homonyme, névrite optique, aphasie, etc., dont la constatation confirme et précise la signification de l'épilepsie partielle concomitante. Ce sont, en effet, ces symptômes associés aux accès épileptoïdes qui, joints aux renseignements tirés de l'âge et de l'état général du sujet, du mode de début et de l'évolution des accidents, permettent de soupçonner avec quelques chances de probabilité la nature de la lésion provocatrice. Il est de toute évidence qu'une méningo-encéphalite suppurée d'origine otitique ou traumatique ne se développera pas de la même façon qu'une méningite tuberculeuse ou une paralysie générale, et qu'un néoplasme intra-crânien aura une toute autre évolution clinique qu'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement cérébral, bien que chacune de ces lésions (et bien d'autres encore) puisse compter l'épilepsie partielle au nombre de ses symptômes éventuels.

II

Traitement.

Le traitement de l'épilepsie partielle ne peut être résumé en une formule unique. Dans la plupart des cas il n'y a même pas lieu de s'attaquer directement au syndrome épileptoïde : mieux vaut le combattre indirectement en en faisant disparaître la cause. Ainsi, dans les cas d'épilepsie partielle réflexe il suffira d'inciser les cicatrices douloureuses, de libérer les nerfs engagés dans des cals exubérants, de détruire par des cautérisations les végétations adénoïdes du naso-pharynx, etc., pour empêcher du même coup la reproduction des accès qui étaient sous la dépendance de ces lésions.

De même, dans les cas d'épilepsie toxique on s'efforcera de combattre l'intoxication causale dont le syndrome convulsif n'est qu'un épiphénomène : l'urémie par les *émissions sanguines* et la *pilocarpine*, les infections gastro-intestinales par les *lavages de l'estomac* et l'*antisepsie du tube digestif*, etc.

Le traitement de l'épilepsie partielle hystérique sera dirigé d'après les mêmes principes que celui des attaques hystériques vulgaires. Le plus souvent, il sera inutile d'intervenir activement pendant la durée des accès. On ne cherchera à les arrêter que si par leur répétition prolongée ou leur violence excessive ils paraissent comporter quelque danger. En revanche, après leur cessation on traitera énergiquement la névrose mère par l'ensemble des moyens exposés à l'article Traitement de l'hystérie.

Restent les cas dans lesquels l'épilepsie partielle ne dépend pas des causes précédemment indiquées est sûrement, ou tout au moins très vraisemblablement liée à des lésions organiques du cerveau. Pour les cas de ce genre, le médecin aura à choisir parmi les diverses médications que nous allons passer en revue. Mais auparavant il devra toujours se poser la question de savoir si la syphilis ne joue pas un rôle dans la pathogénie des accidents; et s'il a la moindre raison de soupçonner l'intervention de cette diathèse, son devoir strict sera de soumettre le malade à une cure spécifique énergique. C'est seulement après avoir procédé à cette cure qu'on aura recours aux autres modes de traitement.

A. — TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

Tous les médicaments préconisés à tort ou à raison dans le traitement du mal comitial ont été appliqués à la cure de l'épilepsie partielle. Celui qui jouit de la plus grande réputation est le *bromure de potassium* pur ou associé aux *bromures de sodium*, *d'ammonium* et de *strontium*. Si j'en crois les résultats de mon expérience, il a beaucoup moins d'efficacité dans l'épilepsie jaksonienne que dans l'épilepsie vraie. J'ai vu plusieurs malades qui prenaient depuis des années des doses relativement élevées de ce remède (4 à 6 grammes par jour), dont les accès épileptoïdes n'étaient ni moins intenses ni moins fréquents qu'avant le début du traitement bromuré, et qui guérèrent rapidement par l'application de quelques vési-

catoires volants placés au-dessus du point de départ de l'aura motrice. Il ne faut donc pas s'obstiner à donner des bromures aux épileptiques partiels. En s'entêtant à prolonger leur administration lorsqu'ils ne donnent pas manifestement de bons résultats, on s'expose à provoquer des accidents de bromisme sans aucune compensation avantageuse pour le malade.

Les autres médicaments antispasmodiques, la *valériane*, la *jusquiame*, la *belladone*, la *morphine*, etc., etc., peuvent bien de loin en loin donner quelques succès; mais cela est rare. Le *chloral* est indiqué dans le cas où l'excitabilité de l'écorce est très augmentée et où on a à lutter contre des accès répétés à de courts intervalles (état de mal épileptoïde). Il faut alors l'employer à fortes doses (de 3 à 5 grammes en potion ou en lavement) et favoriser son action en appliquant en permanence de la *glace* sur la tête. D'une manière générale, le traitement pharmaceutique de l'épilepsie partielle est incertain et infidèle. Les moyens qu'il nous reste à étudier sont beaucoup plus efficaces.

B. — TRAITEMENT PALLIATIF.

ARRÊT DES ACCÈS PAR LA COMPRESSION DES MEMBRES AU-DESSUS DU SIÈGE DE L'AURA MOTRICE.

Beaucoup de malades dont les accès débutent par les extrémités des membres, peuvent arrêter ces accès en exerçant une traction violente sur les parties qui sont le siège des premières manifestations spasmodiques, ou en comprimant le membre convulsé au-dessus du point de départ de l'aura motrice. Dès qu'ils sentent les symptômes prémonitoires de la crise, ils appellent les personnes de leur entourage et les prient instamment de les aider à faire les manœuvres destinées à arrêter les convulsions dans leur marche envahissante.

Cette pratique a conduit les médecins à imaginer des moyens destinés à remplacer par des agents mécaniques le secours d'aides que les malades n'ont pas toujours à leur disposition.

Quelques-uns ont fait construire dans ce but des bracelets

à ressorts métalliques, placés autour du poignet ou de la partie inférieure de la jambe, et dont l'ouverture est maintenue par un arrêt à déclanchement. Au moment opportun, le malade libère le ressort en touchant le cran d'arrêt, et le bracelet s'applique énergiquement sur le membre qu'il enveloppe.

Les appareils de ce genre ont le double inconvénient d'être rigides et coûteux. On peut les remplacer très avantageusement par une corde ou une petite lanière de cuir semblable à celles qui servent à lacer les bottines. Les malades disposent eux-mêmes le lien autour du poignet ou de la jambe, de manière à ce qu'il forme un nœud coulant lâche arrêté par une rosette. Quand ils sentent venir les prodromes de l'accès, ils n'ont qu'à tirer sur l'extrémité libre de la rosette et à serrer le nœud coulant. Il leur suffit d'une ou deux secondes pour exécuter ces mouvements. Le résultat en est souvent excellent. Certains malades peuvent ainsi arrêter tous les accès dont ils sont menacés. Quelques-uns éprouvent, il est vrai, après l'arrêt artificiel de ces accès, des malaises pénibles, des vertiges, des sensations angoissantes qui ne se produisent pas lorsque la crise n'a pas été entravée dans son évolution. Ces accidents sont parfois si intenses que, pour les éviter, quelques malades préfèrent renoncer volontairement au bénéfice de l'usage de la corde. D'ordinaire, cependant, la compression est très bien supportée. Elle a le grand avantage de supprimer sinon tous au moins la plupart des accès, et de donner aux malades une sécurité relative qu'ils apprécient hautement. Ils sont en effet à peu près certains de n'être pas pris à l'improviste, dans la rue ou en public, par des convulsions ; ils ne sont pas exposés à perdre connaissance dans des lieux et à des moments où cela leur serait particulièrement désagréable. Il ne faut donc pas faire fi de ce petit moyen. Bien qu'il ne soit que palliatif, il peut rendre et il rend, dans les cas où il est applicable, de très réels services.

Quand l'aura motrice a pour point de départ un muscle de la face ou du tronc, on a proposé d'arrêter l'évolution des accès par la compression des carotides externes, ou simple-

ment de la carotide externe du côté opposé aux convulsions initiales. Ce procédé paraît avoir quelquefois réussi, mais ses applications sont nécessairement très limitées, une pareille intervention ne pouvant être faite utilement que par un médecin dont la présence, au moment opportun auprès du malade, est tout à fait exceptionnelle.

C. — TRAITEMENT CURATIF.

1^o Vésicatoires circulaires appliqués au-dessus du siège de l'aura.

Les anciens connaissaient les bons effets des vésicatoires dans le traitement des formes d'épilepsie à début partiel. Galien, Alexandre de Tralles, Boerhaave, Wepfer, Maisonneuve font mention de cette méthode curative. Bravais rapporte trois observations d'épilepsie hémiplegique dans lesquelles la guérison fut obtenue à la suite de l'application de quelques vésicatoires. Todd, Récamier, Buzzard, Hirt ont cité des faits analogues. Dans une thèse faite sous ma direction, en 1882, M. Crozes en a réuni un grand nombre, et fixé les indications et les règles de la médication révulsive appliquée au traitement de l'épilepsie partielle.

Les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels le signal-symptôme se produit aux extrémités terminales des membres, aux doigts ou à la main, aux orteils ou au pied. Dans ces cas, on devra placer au-dessus du point de départ de l'aura un vésicatoire circulaire, de 3 ou 4 centimètres de hauteur, enveloppant l'avant-bras ou la jambe de façon à former un bracelet complet. Ce vésicatoire sera pansé comme les vésicatoires volants : il ne paraît pas y avoir intérêt à le maintenir en suppuration. Si quelque temps après son application il survient un nouvel accès, on placera un deuxième vésicatoire au-dessus du premier, et ainsi de suite. Quelques malades ne guérissent qu'après l'application successive et persévérante de dix ou quinze vésicatoires.

Lorsque la cure marche régulièrement, les accès deviennent

rapidement plus légers et plus rares. Parfois il se produit un phénomène fort curieux sur lequel Buzzard a, le premier, attiré l'attention. L'aura se déplace. Si, par exemple, les convulsions commençaient, avant le début du traitement, par l'index droit, elles débutent, après l'application des premiers vésicatoires, par l'index gauche ou par un autre point du corps.

Ce déplacement de l'aura n'est pas un signe défavorable ; au contraire, mais il indique la nécessité de changer de tactique : on devra placer les nouveaux vésicatoires au-dessus du point où se sont manifestées les convulsions initiales de l'accès le plus récent, et poursuivre ainsi les auras au fur et à mesure de leurs déplacements jusqu'à ce que les accès cessent de se produire.

Les autres modes de révulsions, tels que l'application de cautères ou de moxas au niveau du point de départ des convulsions, les pointes de feu, conseillées jadis par Brown-Séguard, la faradisation quotidienne du membre par lequel débutent les accès, préconisée par Gowers, etc., sont loin d'avoir l'efficacité des vésicatoires circulaires. Ce dernier procédé donne très souvent des guérisons radicales.

2° Intervention chirurgicale.

Les accès épileptoïdes étant souvent causés par des lésions localisées à la surface des hémisphères cérébraux, l'idée d'aller à la recherche de ces lésions et de les détruire par le fer devait naturellement venir à l'esprit des praticiens. Elle est, en effet, logique ; et depuis que, grâce à l'antisepsie, la trépanation est devenue une opération beaucoup moins dangereuse qu'elle ne l'était autrefois, l'intervention chirurgicale a pris rang parmi les ressources qu'il est possible d'opposer à l'épilepsie partielle.

On la réserva tout d'abord aux cas graves, dans lesquels on avait en quelque sorte la main forcée par des accidents menaçants. Mais, plus tard, les chirurgiens s'enhardirent ; ils opérèrent des malades dont la vie n'était nullement en danger. Ils en sont arrivés aujourd'hui à proclamer la légitimité de la

trépanation exploratrice dans tous les cas d'épilepsie partielle. Voici comment s'expriment à ce sujet les auteurs d'un traité récent et très estimé de chirurgie cérébrale, MM. Broca et Maubrac : « Puisqu'il est impossible, dans la plupart des cas, de dire avec netteté si une épilepsie partielle est ou non symptomatique (au sens grossier du mot), le chirurgien doit toujours se comporter comme si la maladie relevait d'une lésion corticale grossière, d'une tumeur par exemple, ou d'une cicatrice. C'est dire qu'une épilepsie jacksonienne justifie pleinement la trépanation exploratrice guidée par la doctrine des localisations cérébrales. Si même le signal-symptôme est net, on ne s'attardera pas au traitement médical. »

Cette doctrine tendant à soumettre à un traitement uniforme les cas les plus disparates n'est pas acceptée par la grande majorité des médecins. Ceux-ci pensent que, même quand elle est symptomatique d'une lésion cérébrale, l'épilepsie partielle n'est pas toujours passible de la trépanation. Ils estiment que l'opération, utile dans quelques cas, est fatalement condamnée à être inutile ou même nuisible dans beaucoup d'autres ; aussi voudraient-ils ne la conseiller que lorsqu'elle est réellement indiquée, lorsqu'elle a quelques chances sérieuses de succès.

Pour fixer ses indications, il convient de diviser les cas cliniques sur lesquels on peut avoir à se prononcer en trois groupes distincts.

Le premier comprend les cas dans lesquels des accès épileptoïdes peu intenses, traités inutilement par les moyens médicaux, se reproduisent depuis longtemps à des intervalles assez éloignés, sans montrer aucune tendance vers la guérison ni vers l'aggravation. Par cela même qu'elle reste stationnaire, il y a lieu de penser que la maladie ne correspond pas à une lésion évolutive susceptible, en s'étendant, de compromettre la vie des sujets qui en sont porteurs. Elle est due vraisemblablement à une tumeur bénigne (psammome, fibrome, etc.), à un tubercule caséux intra-cortical ou méningé, ou bien encore à un foyer éteint et circonscrit d'hémorragie ou de

ramollissement cérébral. En pratiquant la trépanation il est possible qu'on soit assez heureux pour améliorer la situation du malade. Mais il est possible aussi que l'opération ne donne aucun résultat avantageux. Il se peut même qu'elle soit suivie d'une aggravation permanente. De plus, bien que l'habileté des chirurgiens et les précautions antiseptiques dont ils s'entourent aient réduit notablement la mortalité opératoire, on ne saurait oublier que toute intervention sanglante présente quelques dangers et que les statistiques les plus favorables de la trépanation donnent encore un certain nombre de décès attribuables à l'opération elle-même ou aux complications dont elle est le point de départ. Pour ces raisons, nous pensons qu'il n'y a pas lieu de conseiller l'intervention chirurgicale dans les cas d'épilepsie partielle à accès rares, n'ayant pas de tendance à s'aggraver, même si le traitement médical est complètement inefficace.

Dans un deuxième groupe figurent les cas dans lesquels des accès épileptoïdes graves, se répétant à de courts intervalles et ne cédant pas à l'emploi des moyens médicaux destinés à calmer l'excitabilité anormale du cerveau (chloral à l'intérieur et application de glace sur la tête), menacent à courte échéance les jours du malade. Ici l'intervention opératoire apparaît comme une ressource suprême. Elle doit être conseillée, à moins que, de par l'évolution des accidents, on ne soit autorisé à penser que les accès épileptoïdes sont causés par une maladie à lésions diffuses et incurables de leur nature, comme par exemple, la méningite tuberculeuse aiguë ou la paralysie générale progressive.

Les cas formant le troisième groupe sont ceux dans lesquels l'épilepsie partielle est associée à des symptômes non douteux de tumeurs cérébrales (céphalée, névrite optique, hémiplégie, etc.), qui vont progressivement en s'aggravant. Dans ces cas, aussi bien que dans les précédents, l'indication est formelle. Après l'insuccès bien constaté du traitement médical,

1. BROCA et MAUBRAC. — Traité de chirurgie cérébrale, Paris, 1896, p. 547.

il faut trépaner, quitte à se contenter d'une opération exploratrice, si, après l'ouverture du crâne, on s'aperçoit que la tumeur est inaccessible ou trop étendue pour être enlevée.

Il le faut, parce que la trépanation peut être suivie d'une guérison qu'aucun autre mode de traitement n'est susceptible d'assurer. Mais il importe de ne pas se faire illusion sur les chances de succès. D'après les statistiques de Byrom-Bramwell, Allen Starr, Mills et Lloyd, Knapp, etc., les tumeurs intra-crâniennes ne sont chirurgicalement opérables que dans 10 p. 100 des cas environ. Neuf fois sur dix l'opération sera donc inutile. Mais si sur dix malades voués à une mort prochaine elle réussit à en sauver un, elle est suffisamment justifiée pour qu'on soit autorisé à la tenter.

D'ailleurs, il est à remarquer que loin d'aggraver fatalement la situation des malades, ainsi qu'on serait tenté de le supposer à priori, la trépanation simple, purement exploratrice, est souvent suivie d'un amendement très notable des symptômes pour lesquels elle a été pratiquée. Il est probable qu'elle agit en diminuant la tension intra-crânienne, « comme l'iridectomie dans le glaucome » ainsi que le dit M. Verchère. Mais quel que soit son mode d'action, il est certain qu'elle donne fréquemment de très heureux résultats. Sur 21 trépanations simples pratiquées par M. Terrier, il y a eu 12 guérisons, 6 améliorations et 3 résultats nuls. Ces chiffres sont, on le voit, fort encourageants. Ils prouvent même que, lorsqu'après avoir mis le cerveau à nu dans la région où l'on soupçonne que doit se trouver la cause de l'épilepsie partielle on ne trouve pas de lésion appréciable, il n'y a pas lieu de s'exposer à pratiquer des délabrements inutiles de la substance cérébrale en s'obstinant à rechercher une tumeur qui d'ailleurs n'existe peut-être pas.

Lorsqu'après avoir incisé les méninges au niveau de la région qu'on supposait être le siège du néoplasme, on se trouve en présence de circonvolutions saines ou paraissant saines, M. Horsley propose de déterminer par la faradisation la topographie du centre moteur correspondant au signal-

symptôme et après en avoir reconnu les limites, de l'exciser.

Beaucoup de chirurgiens repoussent formellement cette manière de faire, pour deux raisons : d'abord parce que la destruction d'une partie de la zone motrice corticale donne nécessairement lieu à une paralysie consécutive ; ensuite parce que la trépanation simple paraît avoir dans la majorité des cas les mêmes avantages que l'excision. Il faut dire, pour être juste, que ces raisons ne sont pas absolument péremptoires. La paralysie qui suit l'abrasion d'une portion circonscrite de la zone motrice est habituellement légère et temporaire. D'autre part, on possède deux observations dans lesquelles la trépanation simple ayant échoué, une seconde opération suivie, cette fois, de l'excision d'une portion d'écorce en apparence saine, a amené la guérison. On ne peut donc aujourd'hui adopter sans réserve ni repousser absolument la pratique recommandée par Horsley.

Au demeurant, il serait encore prématuré de chercher à formuler des règles invariables en matière de chirurgie cérébrale. Chaque cas particulier comporte des difficultés spéciales, et des aléas qu'il est impossible de prévoir. C'est au chirurgien qu'il appartient de parer à ces éventualités imprévues. Le médecin a rempli sa tâche, quand, après avoir fait aussi complètement que possible le diagnostic de l'épilepsie partielle et de ses causes, après avoir employé contre elle toutes les ressources thérapeutiques dont il dispose, il a conseillé ou déconseillé l'intervention opératoire.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRIE

PAR

GILLES DE LA TOURETTE,

Professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.

I

Considérations générales.

Il semblerait tout naturel qu'avant d'exposer les règles d'un traitement de l'hystérie nous précisions la nature elle-même de la névrose. Si nous savions exactement en effet quel organe est le substratum du processus hystérique ; si nous connaissions les altérations dont cet organe est le siège, il est clair que les efforts de notre thérapeutique devraient tendre tout entiers à faire disparaître la lésion anatomique ; nous supprimerions ainsi les effets en détruisant la cause.

Malheureusement, à ce point de vue, l'hystérie fait encore partie du domaine des névroses, c'est-à-dire de ces maladies *sine materia*, ou au moins dont la « matière » est encore à déceler. Les autopsies d'hystériques ayant succombé soit directement à des attaques de spasmes ou à l'anorexie, soit à des affections intercurrentes, n'ont, à part les lésions propres aux maladies surajoutées rien révélé de palpable, d'organique en un mot.

Cependant il ressort sans conteste des travaux tant anciens que modernes qu'il faut placer dans le système nerveux le