

forment cependant, au point de vue thérapeutique, deux classes qu'il est nécessaire de distinguer : les épilepsies étant ou paraissant en rapport avec une lésion périphérique quelconque ; les épilepsies où ce rapport n'existe pas, et qui comprennent elles-mêmes deux variétés : les épilepsies offrant quelque symptôme encéphalique localisateur, les épilepsies sans aucun symptôme localisateur.

Nous allons voir combien est riche l'arsenal des moyens chirurgicaux employés dans ces cas, richesse malheureusement bien plus apparente que réelle.

**A. Épilepsies en rapport, ou paraissant en rapport avec une lésion périphérique.** — Lorsqu'une épilepsie paraît en rapport avec une lésion périphérique quelconque, il est très difficile de dire quelle part on doit faire à celle-ci, et quelle autre part aux prédispositions héréditaires ou personnelles dans la genèse de l'affection : l'analyse est toujours délicate ; elle l'est plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'une lésion crânienne qui peut déterminer non seulement une épilepsie vraie, mais encore une épilepsie traumatique, et qui peut même n'être point la cause de l'épilepsie, mais sa conséquence, et résulter d'un traumatisme pendant une attaque.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'une lésion périphérique existe chez un épileptique, et que son irritation paraît avoir une influence réelle sur les attaques, on doit s'attaquer à elle. « Les résultats ne seront pas toujours tels, dit M. Féré, qu'on pourrait les attendre d'une intervention qui s'attaque directement à la cause ; c'est qu'une même cause ne produit pas toujours les mêmes effets sur des individus divers dont la prédisposition est différente. D'autre part, l'épilepsie symptomatique accidentelle, qui a duré longtemps, n'est pas nécessairement modifiée par le traitement le plus rigoureusement convenable : lorsque le système nerveux a pris une habitude morbide, il ne la perd pas nécessairement par le seul fait de la disparition de la cause qui l'a déterminée ; l'habitude convulsive, l'épilepsie peut survivre à l'irritation qui lui a donné naissance. Malgré ces raisons, qui doivent inspirer la réserve, l'indication principale du traitement doit être dirigée contre la cause visible. »

Nous distinguerons deux cas : la lésion périphérique n'est pas d'origine traumatique ; elle est d'origine traumatique.

*a.* SI LA LÉSION PÉRIPHÉRIQUE N'EST PAS TRAUMATIQUE elle peut offrir la nature et le siège les plus divers. — On a incriminé les polypes des fosses nasales, dont l'extirpation aurait provoqué quelques guérisons (Løwe, Mackenzie, Furcke, Hack). — On a incriminé la carie dentaire dont la guérison a donné des succès (Anglada). — On a incriminé, enfin et surtout, des lésions des organes génitaux : chez l'homme, le phimosis, aussi fréquent chez les non-épileptiques que chez les épileptiques, et dont le traitement n'a chance d'avoir d'influence sur les crises que s'il porte remède à une irritation (Beckford, Féré) ; les

lésions testiculaires, si bien qu'Hinsdale a publié trois cas de guérison de l'épilepsie par ablation de testicules blessés ou malades ; chez la femme, les irritations clitoridiennes, contre lesquelles on a proposé et fait l'ablation du clitoris (Baker, Brown, Braun), les déviations utérines contre lesquelles Alexander a fait avec succès, dans deux cas, le raccourcissement des ligaments ronds, enfin les lésions salpingo-ovariennes, contre lesquelles on a fait plus d'une fois, dans ces conditions, l'ablation des annexes, parfaitement légitime, lorsque leur état local sollicite à lui seul cette ablation.

*b.* SI LA LÉSION PÉRIPHÉRIQUE EST TRAUMATIQUE, elle peut siéger soit en dehors de la région crânienne, soit sur la région crânienne même.

*1°* Lorsqu'elle siège en dehors de la région crânienne, il peut s'agir d'un corps étranger pénétré dans une cavité naturelle (oreille, fosse nasale) et dont l'extraction peut faire disparaître, partiellement ou complètement, les attaques. Il peut s'agir d'une cicatrice. « Assez souvent, dit Féré, on trouve dans cette cicatrice un corps étranger ; nous en avons opéré l'an dernier un cas très intéressant où la pression sur une cicatrice siégeant à la face palmaire du poignet provoquait des attaques d'épilepsie généralisée : la guérison persiste depuis cette époque. Une observation analogue, très curieuse par le caractère psychique des attaques, est due à Hufeland. Un garçon âgé de treize ou quatorze ans, se mit tout à coup à parler d'une façon violente et incohérente, et devint enfin ingouvernable. Cet état fut calmé par des soporifiques. Mais le paroxysme se renouvelait toutes les fois que le garçon se mettait debout. On finit par découvrir une tache rouge à l'un de ses pieds, et chaque fois qu'on la pressait on provoquait une nouvelle attaque. On fit alors une incision et l'on retira un petit fragment de verre. Pendant l'opération, le patient fut furieux, mais il se calma complètement aussitôt après. D'autres fois on trouve dans la cicatrice non un corps étranger, mais un névrome, dont l'ablation peut aussi supprimer, passagèrement ou définitivement, les attaques : Romberg, James Paget, Tutschek, ont cité des faits qui rentrent dans cette catégorie. Il est enfin des cas où le traumatisme avait affecté non plus les ramifications nerveuses terminales, mais un tronc nerveux proprement dit plus ou moins volumineux : sa libération ou son élongation peuvent alors avoir des résultats réels (Billroth). »

*2°* Lorsque la cicatrice siège à la région crânienne, son rapport avec les accidents épileptiques est particulièrement difficile d'ordinaire à établir.

S'il s'agit d'une épilepsie nettement jacksonienne, ou tout au moins offrant, soit du côté de l'aura, soit du côté des mouvements par lesquels elle débute, soit du côté des parésies qui la suivent, quelque symptôme localisé dont la relation avec la lésion crânienne



est possible, on agira. après avoir essayé des petits moyens, simplement péricrâniens (pointes de feu, injections cocaïniques), comme s'il y avait une cicatrice encéphalique, qu'on ne peut nier *a priori*, c'est-à-dire que l'on trépanera et qu'on ouvrira la dure-mère. Trouve-t-on cette cicatrice : on peut admettre qu'on a affaire à une épilepsie traumatique vraie, et l'on traitera la lésion comme nous l'avons dit à propos de celle-ci ; ne trouve-t-on rien, l'on a le droit d'hésiter. Faut-il se contenter de regarder le cortex, d'aspect normal, et refermer ? On a eu, par cette conduite, des succès remarquables (Bendandi, Verchère), à côté de nombreux insuccès. Faut-il, après avoir déterminé, par électrisation, la zone corticale correspondant au symptôme fonctionnel localisé, exciser cette zone ? Les paralysies consécutives que l'on pourrait craindre (Mac-Ewen, Lépine, Lucas Championnière) ont été légères et transitoires ; les résultats thérapeutiques ont été satisfaisants (Lloyd et Deaver, Warnotts, Parker et Gotch, Keen, Benda, Eskridge). Je crois donc que, dans ces cas, on est autorisé à pratiquer cette excision, d'autant plus que la localisation symptomatique rend probable l'existence fréquente ou même constante des lésions névrogliales, invisibles à l'œil nu, qui ont été trouvées sur les fragments examinés microscopiquement.

Si l'épilepsie coexistant avec la cicatrice crânienne ne présente au contraire, à l'analyse la plus attentive, aucun phénomène dont la localisation puisse faire admettre la valeur vraiment pathogène de cette cicatrice, on aura peut-être encore le droit d'ouvrir le crâne et d'inciser la dure-mère à son niveau, mais je pense qu'en l'absence probable de toute lésion localisée du cortex, l'excision de celui-ci, que nous admettions tout à l'heure, serait ici contre-indiquée.

#### B. Épilepsies sans rapport avec une lésion périphérique.

— A côté de toutes les épilepsies que nous venons d'énumérer, épilepsies où une lésion appréciable semble avoir joué un rôle pathogène, il en est un bien plus grand nombre où ce facteur ne se retrouve pas : elles forment un groupe considérable, dont les frontières théoriques avec le précédent sont singulièrement difficiles à déterminer, mais où les indications thérapeutiques sont toutes particulières et très délicates à poser.

La question est du reste toute différente, suivant qu'il y a ou non quelque symptôme fonctionnel localisateur.

a. S'IL Y A QUELQUE SYMPTÔME FONCTIONNEL LOCALISATEUR, la conduite chirurgicale à suivre nous paraît identique à celle que nous avons indiquée tout à l'heure pour les cas où, à ce symptôme fonctionnel localisateur, s'ajoute une cicatrice crânienne. Ici la cicatrice manque, grande sécurité de moins. Mais le symptôme fonctionnel reste : on ne lui accordera pas la même valeur dans tous les cas. Par exemple une aura très nette, la localisation de certaines crises à un groupe de muscles ou leur début constant par ce groupe auront une

importance autrement considérable qu'un tel début, inconstant ou irrégulier, qu'une contracture particulière de quelques muscles au cours de l'attaque, que l'épuisement, à sa suite, d'un centre sensoriel ou moteur : il y a toutes les nuances entre les cas où l'irritation encéphalique localisée est une certitude, et ceux où elle n'est qu'une pure hypothèse. C'est dire que si l'intervention paraît à presque tous les chirurgiens, et même à la plupart des médecins, légitime dans les uns et les autres, elle pourra, dans les premiers, aller jusqu'à l'excision du centre cortical, tandis qu'elle devra sûrement, dans les seconds, ne pas dépasser la dure-mère.

b. S'IL N'Y A ABSOLUMENT AUCUN SYMPTÔME LOCALISATEUR, si l'on se trouve en présence d'une épilepsie vraie, généralisée, il est beaucoup plus douteux qu'on ait le droit de recourir à l'une des méthodes chirurgicales proposées contre le « mal sacré ». Elles ont toutes donné des résultats primitifs satisfaisants parce qu'un traumatisme quelconque, accidentel ou chirurgical, est, chez un épileptique, généralement suivi d'une diminution passagère du nombre et de l'intensité des crises. Mais ces résultats primitifs ont été absolument transitoires : en ville ou dans les asiles, les épileptiques opérés ne diffèrent en rien des autres par la nature et la gravité de leurs accidents ; les aliénistes l'affirment, et quelques excursions dans leurs consultations, leurs services ou leurs asiles, suffiront pour faire accepter leur conviction par le chirurgien le plus interventionniste.

La multitude des techniques tentées fait du reste honneur à l'imagination chirurgicale, qui s'est, on va le voir, à propos de cette terrible maladie, égarée plus d'une fois de la manière la plus absolue : nous allons toutefois les énumérer, en les groupant suivant l'idée théorique qui leur a servi de base :

1° *L'épilepsie est une affection d'origine génitale*, hypothèse absurde, qui a entraîné à faire, chez l'homme, soit la castration (Chapman, Rooker, Mackenzie, Bacon), soit la ligature des cordons spermatices (Alexander), et chez la femme, d'innombrables oophorectomies.

2° *L'épilepsie est une affection congestive*, hypothèse qui a entraîné toute une série d'interventions que l'on peut classer en trois sous-groupes :

a. Interventions dérivatrices. — Les sétons à la nuque, la saignée, la cautérisation du larynx, la trachéotomie, l'élongation des nerfs ont été faits dans ce but.

b. Interventions hémostatiques. — Ces interventions, qui paraissent moins irrationnelles, ont été au nombre de trois :

α. La compression des carotides, employée par Curling, Borelli, Alexander.

β. La ligature des gros vaisseaux du cou, imaginée par Alexander, qui a publié, en 1882, vingt et un cas de ligature unilatérale des vertébrales ; l'année suivante, Spanton et Hillmayer en publient