

pourra faire songer à une production de même nature dans le cerveau; l'existence d'une suppuration de l'oreille indiquera la méningite suppurée d'origine otitique. Deux causes surtout, en raison de leur fréquence prédominante, doivent être présentes à l'esprit: la syphilis et la tuberculose. Même en l'absence de tout commémoratif, on est autorisé à instituer le traitement spécifique, quand on ne trouve aucune autre cause susceptible d'être invoquée; tous les stigmates de syphilis héréditaire ou acquise devront être recherchés avec le plus grand soin. C'est le plus souvent par l'intermédiaire d'une plaque méningée, parfois par celle d'un tubercule cérébral, que la tuberculose détermine l'épilepsie partielle. Si le sujet présente un foyer de tuberculose viscérale, cutanée ou osseuse, le diagnostic s'impose; il est impossible si la tuberculose méningée est primitive et si les convulsions en constituent l'unique symptôme.

L'épilepsie d'origine réflexe peut être due aux irritations les plus variées des nerfs périphériques ou viscéraux, par des corps étrangers, des helminthes, des lavages de la plèvre. Dans bon nombre de cas d'ailleurs l'hystérie peut être incriminée.

L'épilepsie d'origine toxique survient au cours d'une intoxication qu'il est facile de reconnaître aux symptômes concomitants: alcoolisme et absinthisme, acétonémie, urémie.

Enfin, l'épilepsie hystérique traduit son origine par la coïncidence avec les stigmates habituels de la névrose.

Il résulte de ce qui vient d'être dit qu'avant de traiter le syndrome épileptoïde il faut s'adresser à sa cause, quand celle-ci peut être combattue efficacement.

a) L'épilepsie est-elle de cause réflexe? Le traitement doit être dirigé contre l'affection nasale, pleurale, gastro-intestinale, qui est le point de départ du réflexe.

b) Est-elle de cause toxique? On peut souvent mettre un terme aux accès en traitant l'alcoolisme, le saturnisme, l'urémie, l'acétonémie. Si le malade est un absinthique, on doit supprimer radicalement le poison, et l'isolement est le seul moyen qui permette de réaliser à coup sûr cette suppression; le régime lacté partiel, l'hydrothérapie, complètent le traitement. S'il s'agit d'un brighitique, on pratique immédiatement une saignée, on fait respirer de l'oxygène et l'on institue le régime lacté. Dans le cas d'acétonémie, on emploie les purgatifs salins, le calomel, et le malade est également soumis au régime lacté; même indication de ce régime se présente chez les saturnins.

c) Quand l'épilepsie partielle est de nature hystérique, on a recours au traitement général de la névrose.

d) Quand l'épilepsie est due à une affection organique du cerveau, les effets du traitement sont des plus variables suivant la nature de la lésion. Le plus souvent l'intervention chirurgicale est la seule ressource; mais le traitement médical est tout-puissant quand la syphilis est en jeu. Dans ce dernier cas, on ne doit pas hésiter un instant: le traitement mixte intensif doit être institué dans toute sa rigueur, pendant plusieurs mois, avec des intervalles de repos. On ne doit, en tout cas, jamais désespérer, car « avec la vérole, en fait de guérison, tout est possible, même l'impossible » (Ricord).

Si la tuberculose est soupçonnée, on ne peut instituer aucun traitement médical efficace.

Quand l'épilepsie partielle spontanée ne peut être rattachée à l'une des causes précédemment énumérées, on est conduit à admettre soit l'existence d'une production néoplasique (tumeur, kyste) ou d'un foyer hémorragique,

nécrobiotique, soit d'une cicatrice, et il y a lieu de songer à l'intervention chirurgicale dont il sera question plus loin.

e) Enfin, dans l'épilepsie de cause traumatique, l'opportunité de la trépanation, discutable dans les autres cas, est ici de toute nécessité. Si le traumatisme est récent, le redressement de la paroi crânienne enfoncée, l'extraction d'une esquille, d'un projectile, d'un caillot de sang, peuvent être suivis d'une guérison définitive. Le traumatisme est-il ancien? Les résultats sont naturellement moins favorables; cependant on peut, par l'ablation d'un corps étranger, l'excision d'une cicatrice, mettre un terme aux convulsions. La trépanation est particulièrement indiquée quand les attaques convulsives sont précédées d'une aura, quand les convulsions débutent toujours par le même groupe de muscles.

Nous sommes conduits à poser les indications du traitement chirurgical dans les cas d'épilepsie partielle non traumatique.

Depuis que, grâce à l'antisepsie, la trépanation est devenue une opération relativement bénigne, on en a étendu l'application à nombre de cas d'épilepsie partielle où la vie n'est pas en danger, tandis qu'on la réservait autrefois uniquement pour les cas graves. On l'emploie d'ailleurs comme procédé d'exploration, la conduite opératoire variant suivant les résultats que donne l'examen du cerveau mis à nu. Il nous paraît utile de réagir contre cette tendance excessive à livrer au chirurgien des malades qui peuvent souvent guérir sans opération ou qui sont exposés, après l'intervention, à un retour offensif des accidents convulsifs.

Il est des cas d'épilepsie localisée que le traitement médical ne peut amender, mais qui ne s'aggravent pas d'une façon sensible et se reproduisent à des intervalles assez éloignés. Puisque les symptômes restent stationnaires, on peut en inférer que la lésion qui les cause n'a pas une extension progressive susceptible de mettre la vie en danger à un moment donné. Ces cas correspondent souvent à des tumeurs bénignes, à des tubercules enkystés, à d'anciens foyers d'hémorragie ou de ramollissement.

Il serait peu rationnel d'intervenir, car, si une amélioration peut succéder à l'opération, il peut se faire aussi que celle-ci n'améliore en rien l'état du malade, ou même qu'elle soit suivie d'une aggravation; enfin l'aléa que fait toujours courir une trépanation doit entrer aussi en ligne de compte.

Lorsque les accès épileptoïdes se reproduisent au contraire à de courts intervalles, que de ce chef la vie du malade est en danger, on ne doit pas hésiter à intervenir, si toutefois la nature présumée de la lésion ne s'y oppose pas: il est évident que l'on ne songera pas à intervenir dans un cas de méningite tuberculeuse aiguë, par exemple.

Enfin, lorsque l'épilepsie est nettement symptomatique d'une tumeur cérébrale, comme l'indiquent les symptômes concomitants, et si l'état général va en s'aggravant, la trépanation exploratrice est légitime. Suivant la nature des constatations on interviendra ou non. Les tumeurs intra-crâniennes sont d'ailleurs bien rarement susceptibles d'être opérées.

La trépanation avait l'inconvénient grave de laisser subsister une brèche osseuse qui laissait sans protection les méninges et le cerveau: aujourd'hui cet inconvénient disparaît si, à l'exemple de Chipault, de Doyen, de Wagner, etc.,