

on rabat après l'exploration et excision de la tumeur, quand il y a lésion, le lambeau cutané et osseux.

La trépanation exploratrice, nous l'avons dit, est la première étape de l'intervention; elle peut en constituer la seule, si l'on se trouve en présence d'un cas inopérable ou si l'examen du cerveau ne révèle aucune lésion.

Il est à remarquer que cette trépanation purement exploratrice est parfois suivie d'une amélioration très notable. Il est probable qu'elle agit en diminuant la tension intra-crânienne, comme « l'iridectomie dans le glaucome » (Verchère); ainsi M. Terrier, sur 21 trépanations simples, a enregistré 12 guérisons, 6 améliorations et 3 résultats nuls. M. Lucas-Championnière (*Académie de médecine*, 1901) estime également que la décompression cérébrale est au premier rang des effets obtenus par la trépanation, quelle que soit la cause de l'épilepsie partielle.

Une fois le cerveau mis à nu, plusieurs éventualités peuvent se présenter; si l'on constate une tumeur ou un abcès des méninges, l'intervention se trouve bien simplifiée. Quand la tumeur fait corps avec les circonvolutions, on n'est autorisé à l'enlever que si elle est facilement énucléable; l'abstention est au contraire de règle si la tumeur est infiltrée; il n'y aurait aucun avantage à transformer en hémiplégique un épileptique partiel (Ballet). La tumeur peut être sous-corticale; ici encore il vaut mieux s'abstenir, à moins que l'on n'ait des raisons de croire à l'existence d'un kyste ou d'un abcès profond; dans ce cas, une ponction exploratrice inoffensive donnera les renseignements nécessaires.

Le dernier cas qui se présente, et non le plus rare, est celui où la surface cérébrale paraît saine, où l'inspection, la palpation, la ponction même ne révèlent aucune lésion. Il peut exister, il est vrai, des lésions histologiques (sclérose névroglique, encéphalite parenchymateuse) qui échappent aux investigations. Dans les cas de ce genre, Horsley n'hésite pas à exciter l'écorce à l'aide d'un courant faradique pour déterminer le point de départ du « signal-symptôme » et il excise la zone excitable. L'ablation d'un centre cortical n'est pas toujours suivie de la paralysie des muscles dont les mouvements sont commandés par ce centre; en tous cas il s'agit habituellement d'une paralysie incomplète et transitoire. Les résultats obtenus ont été parfois bons, souvent médiocres. Mieux vaut en pareil cas se borner à la trépanation, qui peut produire les mêmes résultats.

Envisagée d'une façon générale, l'intervention (trépanation simple ou suivie d'une opération complémentaire dans les cas d'épilepsie partielle non traumatique) donne de très bons résultats immédiats; dans plus de la moitié des cas les accès deviennent plus rares, parfois ils disparaissent; mais, si l'on envisage les résultats éloignés, on est tenu d'être moins optimiste; car, chez les malades soumis à une observation de longue durée, on constate trop fréquemment le retour des attaques. Bon nombre des observations mises à l'actif des guérisons concernent des sujets qui ont été perdus de vue au bout d'un temps trop court pour qu'on puisse les considérer comme définitivement à l'abri du retour des accidents convulsifs. De la statistique publiée par Rein en 1897 et qui porte sur 82 cas d'intervention, il résulte que les cas les plus favorables sont ceux dans lesquels il existe des lésions visibles à l'œil nu.

Rappelons en terminant, mais ceci intéresse surtout le chirurgien, que la constatation de convulsions localisées n'implique nullement l'existence d'une lésion au niveau du centre cortical d'où dépendent les muscles convulsés. Les comptes rendus des opérations sont significatifs à cet égard et M. Lucas-Championnière a mis le fait hors de toute contestation dans sa communication au Congrès de Moscou (1897). L'épilepsie peut correspondre à des lésions éloignées des centres moteurs ou à de grosses lésions qui n'intéressent que fort peu ces centres.

M. Lucas-Championnière a vu des tumeurs de la base s'accompagner d'épilepsie jacksonienne, et nous avons cité plus haut, entre autres observations, celle de M. Dieulafoy relative à un cas d'épilepsie jacksonienne par lésion (gomme) de la partie antérieure du lobe frontal.

En somme, les convulsions, pour le chirurgien, n'ont pas l'importance directrice des paralysies ou des contractures: la douleur, les vertiges, les phénomènes de compression intra-crânienne restent des indications opératoires qui doivent passer bien avant les localisations épileptiques.

Le traitement causal, tant médical que chirurgical, étant souvent impuissant, le médecin se trouve dans l'obligation d'avoir recours aux moyens palliatifs, encore que ceux-ci soient précaires. Les bromures ont en effet beaucoup moins d'efficacité dans l'épilepsie jacksonienne que dans l'épilepsie vraie. On peut prescrire les trois bromures associés:

Bromure de potassium.	} aa	10 grammes.
— de sodium.		
— d'ammonium.		
Eau distillée.		500 —

On débute par 4 cuillerées à bouche et l'on augmente progressivement le nombre de ces cuillerées jusqu'au double de la dose initiale, puis on diminue graduellement de façon à revenir au point de départ. Le *chloral*, à fortes doses (3-5 grammes en potion ou en lavement), est indiqué quand les accès se répètent à courts intervalles (état de mal épileptoïde). En pareil cas, il est utile également d'appliquer de la *glace* en permanence sur la tête.

La *compression des membres au-dessus du siège de l'aura motrice* a pu parfois enrayer un accès. On a même imaginé des appareils plus ou moins compliqués permettant d'exercer une compression mécanique, instantanée. Bravais avait recommandé l'application de *vésicatoires circulaires* au-dessus du point où se manifeste l'aura; on applique un vésicatoire circulaire de 3 ou 4 centimètres de hauteur formant un bracelet complet autour de l'avant-bras ou de la jambe. Une fois ce vésicatoire pansé, on en met un second et ainsi de suite. Ce moyen, dont il est difficile d'expliquer le mode d'action, a donné d'assez nombreuses guérisons. Si l'aura se déplace, ce qui arrive parfois, on change le lieu d'application des vésicatoires pour les transporter au-dessus du point où s'est transportée l'aura. M. Lemoine (Lille) fait appliquer le vésicatoire sur la région psycho-motrice, sur une faible étendue (4 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur).