

tants insolites, certaines formes larvées ou généralisées d'emblée peuvent, seules, faire hésiter le diagnostic.

L'épilepsie étant reconnue comme partielle, et, par suite, présumée symptomatique d'une lésion corticale de la région motrice du cerveau, il s'agit de bien déterminer quelle est sa nature et quel est son siège précis dans la zone des centres corticaux moteurs. Cette double appréciation est d'une extrême importance pour décider le choix de l'intervention thérapeutique qui peut être tantôt médicale, tantôt chirurgicale. Il n'y a guère de maladies des centres nerveux où la question du traitement chirurgical peut se poser aussi formellement que dans l'épilepsie symptomatique. Le diagnostic pathogénique et topographique mérite donc d'être judicieusement élaboré.

En dehors des antécédents traumatiques qui rendent toujours facile le diagnostic de la nature et du siège de la lésion, on doit songer, au point de vue pathogénique, aux tumeurs cérébrales, (gliomes, sarcomes, kystes hydatiques); aux maladies générales dont les proliférations isolées, à la surface cérébro-méningée se rapprochent des tumeurs (syphilis, tuberculose); aux lésions artérielles inflammatoires ou encéphalopathies superficielles chroniques, (pachyméningite, périencéphalite, adhérences cérébro-méningées); ainsi qu'aux diverses intoxications susceptibles d'exciter l'écorce et de déterminer les encéphalopathies artérielles. Ce sont les antécédents du sujet, les signes commémoratifs de l'évolution de la maladie, en même temps que les symptômes actuels qui servent à fixer le diagnostic sur l'un ou l'autre groupe de ces lésions pathogéniques.

Ce diagnostic bien élaboré sert le plus souvent à fixer le choix de la méthode thérapeutique. Les esquilles traumatiques, les tumeurs bénignes, les abcès superficiels réclament les secours de la chirurgie; les lésions inflammatoires chroniques, surtout les lésions syphilitiques, sont plutôt tributaires de la thérapeutique médicale et hygiénique; les tubercules isolés et même les proliférations cancéreuses de l'écorce, coïncidant fréquemment avec des lésions diffuses de même nature, ne peuvent guère bénéficier, d'une manière durable, d'aucune intervention active.

Une fois le diagnostic pathogénique bien élucidé, surtout si l'on croit se trouver en présence d'une lésion qui peut être justiciable de l'intervention chirurgicale, il importe d'établir le diagnostic topographique avec la plus extrême précision. C'est alors que l'on doit appeler à son secours les données de la théorie des localisations cérébrales et en faire l'application sur un schéma anatomique démontrant la limite des différents centres corticaux moteurs. C'est surtout dans ces conditions que l'on peut réaliser la justesse de l'axiome suivant formulé par Charcot, et dont la pathologie cérébrale a retiré les plus grands services: "*La nature des lésions est d'importance secondaire, leur localisation est tout.*"

Si l'on veut s'en rapporter à la description que nous avons donnée, plus haut, des trois types cliniques de l'épilepsie et aux données sur les localisations motrices du cerveau, on se convaincra facilement que le type clinique que revêt la maladie révèle assez sûrement le siège de la lésion dans l'étendue de la zone motrice.