

# APPROCHES D'UNE PRISE EN CHARGE DES PHENOMENES EPILEPTIQUES PAR L'OREILLE ELECTRONIQUE par le Docteur DERRIEN (Montpellier)

Parler d'épilepsie est bien souvent une gageure. Aussi cet exposé se veut être davantage réflexion que publication partisane ou catalogue de théories diverses. En médecine, l'épilepsie est un bloc clinique qui, encore et toujours, évolue, phagocyte, rejette. Quoi qu'il en soit, ce monument neurologique inébranlable préoccupe constamment. L'épileptique est souvent le "malade sacré", parfois la voix divine, qui gêne et que l'on doit "endormir", ce que nos sociétés ne se privent pas de faire.

Il semble cependant, à travers les nombreuses et récentes publications déclenchées par l'étude de cette maladie, que nous assistions à l'éclairage de faces nouvelles. C'est en particulier la prise de conscience des problèmes psychiâtriques du comitial qui, à l'heure actuelle, provoque le plus de remous.

C'est ainsi que se dessinent deux écoles :

- les neurologues à la recherche, à l'affût d'une organicité; et l'on ne peut nier qu'elle existe dans des cas dont les proportions varient de 5 à 50 % selon les statistiques;
- les psychiatres qui tendent à étudier les relations souvent indissociables entre la personnalité de l'épileptique et sa maladie.

Nous distinguerons, pour la clarté du dire, les épilepsies organiques pour cause tumorale, métabolique, vasculaire, traumatique ou autre, et les épilepsies dites "essentiellles", pour lesquelles un foyer peut être éventuellement trouvé, ce foyer étant alors un groupement de neurones normaux qui, sans épine irritative anatomique, voient leur électrogenèse perturbée. Précisons que le plus souvent ce foyer n'est pas cerné par les examens complémentaires mis à notre disposition.

Mais, quelle que soit l'étiologie ou l'absence d'étiologie retenue, il est peu contesté que l'embrasement de tout ou partie de l'encéphale déclenchant la crise soit influencé par des facteurs exogènes ou endogènes ou les deux. Les décharges émotionnelles, les traumatismes, sont quelquefois les facteurs déterminants d'une comitialité parfaitement organique.

C'est bien entendu l'épilepsie essentielle qui retiendra au premier chef notre attention. Quelques anecdotes me paraissent importantes à rapporter afin de préciser le point que l'on veut tenter de faire actuellement sur cette maladie.

La condamnation à perpétuité du comitial, pour être vieille comme l'homme, trouve des échos jusque dans une chanson de salle de garde : "Le refrain de Bicêtre" que ceux de mes confrères qui ont vécu les tonus des internats des hôpitaux connaissent sans aucun doute : "Idiots, fous, épileptiques sont des arguments sans réplique. Tout dépérit ...".

Mais laissons les "carabins" à leur fantaisie et signalons que les esclaves de l'Égypte ancienne étaient soumis à une stimulation lumineuse intermittente, à l'aide d'un stroboscope artisanal. Ceux chez qui l'épreuve déclenchait une crise étaient impitoyablement éliminés, sacrifiés aux dieux. Plus près de nous, la Rome républicaine et impériale arrêta d'agir si une personne faisait une crise en public. Cette marque de défaveur des dieux provoquait la levée de séance de toute assemblée, en particulier celle des comices. D'où le terme de "comitialité" souvent employé par euphémisme.

Ces exemples sont là pour nous dire quelle charge asociale et magique transportaient jusqu'au siècle dernier les "insensés épileptiques", pour employer un terme de l'époque. Les psychiatres français qui, au dix-neuvième siècle, ont enfanté de la clinique - comme dirait Foucault - sont les premiers à avoir donné à l'épilepsie une dimension plus psychologique que neurologique. Ils ont nom, mais je ne peux vous parler de leurs travaux dans cet exposé : Esquirol, Moreau de Tours, Delasiauve, Morel, Christian, d'autres encore. Que leurs mémoires me pardonnent de ne pas les citer ...

Depuis le début du siècle, et surtout au cours des trente dernières années, les progrès des examens complémentaires ont donné aux pars neurologues un regain de vitalité. Mais d'ores et déjà, dans leurs rangs, les défections ne sont pas rares de médecins insatisfaits d'un organicisme souvent forcé.

On m'en voudrait sans doute de ne pas évoquer les troubles de la personnalité de l'épileptique. Ils sont classiques, ils sont le plus souvent contestés. Certains de mes confrères vont jusqu'à penser que ces troubles dépendent directement de la lésion épileptogène. Permettez-moi de passer rapidement sur cette question.

C'est à la publication de Gastaut faite à Marseille en 1956 que j'emprunte un schéma qui, je le souligne, analyse une notion par trop traditionnelle et devenue maintenant bien discutée :

- les anomalies intellectuelles quantitatives :
  - . Arriération
  - . Régression
- les anomalies intellectuelles qualitatives :
  - . Bradypsychie
  - . Viscosité mentale
- Adhésivité
- Lenteur de l'affectivité
- Troubles du comportement :
  - . Colères, irritabilité
  - . Actes médico-légaux

Assez récemment, certains auteurs ont sévèrement combattu ce carcan qui ne laisse guère place au milieu environnant dont le rôle est pourtant capital. En effet, qui est l'épileptique devant l'autre ? Peut-on dire qu'il est déterminé ? Que penser des attitudes compensatoires qui surgissent et que l'on retrouve tout au long des anamnèses ? Le comportement de l'épileptique est en effet directement lié à son vécu affectif et à une socialisation ségrégative . Nous reviendrons sur ce point.

Une place à part dans ce chapitre doit être faite au travail de Madame Minkowska. Sa remarquable analyse du Rorschach de l'épileptique a conduit les recherches de certains cliniciens dans une direction nouvelle. Pour elle, tout est conditionné par la viscosité appelée Glyschrofidie.



Il serait temps sans doute que je vous parle des épilepsies dans leurs diverses formes. Pour ne pas être forcément incomplet (un tel travail occuperait un livre de trois cents pages) j'ai cru bon d'être bref.

Je vous dirai donc que l'on distingue :

- les crises avec perte de conscience complète. C'est le grand mal et le petit mal.
- les épilepsies sans perte de conscience, les épilepsies focalisées souvent symptomatiques de lésions organiques.
- une place à part doit être faite à une symptomacologie rhinencéphalique. Il s'agit d'automatismes adaptés avec amnésie post-critique.

Rappelons ici qu'une étude de l'épilepsie nocturne et de ses tracés encéphalographiques est prévue dans notre programme de travail.

Venons-en maintenant aux relations existant entre les épilepsies et les entités nosologiques psychiatriques. Les épilepsies ont été considérées pendant longtemps comme des psychoses, et rude fut au siècle dernier la querelle d'écoles tendant à les distinguer des psychoses maniaco-dépressives. Aujourd'hui, le grand problème est de définir leurs rapports avec la schizophrénie.

Alors qu'il était classique, il y a peu de temps, d'opposer épilepsie et état dissociatif, il est maintenant habituel de penser que les termes de passage de l'un à l'autre sont fréquents. Je préciserai simplement que l'on peut distinguer la psychose épileptique, caractérisée par un épisode délirant post-critique et la psychose survenant chez un épileptique et évoluant pour son propre compte, sans relation directe avec la comitialité.

Plus riche nous paraît l'étude des névroses. Symptômes névropathiques et épisodes critiques vont le plus souvent de pair, et bien fin est le clinicien qui pourrait faire la différence entre une crise de Charcot et une crise grand mal. Binswanger admet même que, dans les formes dites mixtes, en dehors de l'hystéro-épilepsie classique à symptomatologie intriquée, le malade passe de la névrose à la comitialité et vice versa.

Mais il est bon de souligner que la personnalité épileptique n'est pas antinomique, au contraire, de la personnalité névrotique. L'importance des facteurs exogènes émotionnels dans les deux cas ne nous permet pas de trancher davantage.

Pour les analystes, en dehors de Freud, la crise est une décharge agressive culpabilisée, ou encore un accomplissement hallucinatoire des pulsions.

Freud a écrit un très beau texte sur l'épilepsie : "Dostofevsky et le parricide". Pour lui, l'épileptique est dans la conjonction d'un moi masochique et d'un surmoi sadique. La crise est un suicide, un crime introjecté. Mais permettez-moi de céder à mon désir de le citer essentiel.

" Dans l'épilepsie, comme dans le suicide, nous retrouvons à la fois le crime et le châtimeut; mort par l'identification au père tué, c'est-à-dire l'accomplissement de son désir : assassinat et suicide. Ces crises de mort satisfont les tendances masochiques du moi et les tendances sadiques du surmoi, avec la signification du suicide comme auto-punition.

"Il n'est donc pas étonnant qu'il soit difficile d'établir l'unité de la maladie clinique dénommée épilepsie. Ce qu'il y a de commun dans tous ces symptômes nous porte à croire qu'il s'agit de troubles essentiellement fonctionnels; un mécanisme de désintrinsication des pulsions semble entrer en action selon les diverses circonstances et cela aussi bien dans les troubles cérébraux provenant de très graves maladies que dans les cas où le malade ne parvient à dominer

chique agit par crise. On devine derrière ce double aspect l'identité du mécanisme de désintriection des pulsions.

"Il est certain que la réaction épileptique est au service de la névrose dont le propre est de se débarrasser de façon somatique des complexes d'excitation dont elle ne parvient pas à se libérer autrement. La crise épileptique devient alors un symptôme d'hystérie qui l'adapte et le transforme à peu près comme elle le fait d'un acte sexuel normal.

Le temps manque pour parler des travaux de Clark et de Kardiner. Ils sont d'accord avec les autres auteurs pour donner à l'épilepsie essentielle une origine psychogène. Il reste à vous dire que des travaux en cours tentent, une fois de plus, de faire de l'épilepsie une entité psychosomatique. Nous aborderons ainsi la thérapie par l'Oreille Electronique.



Que penser de l'épilepsie ?

Est-ce une maladie ? Non. Les neuro-psychiatres actuels ont une nette tendance à rejeter ce terme qui, condamnant sans aider, s'est réellement vidé de sens.

Est-ce le symptôme d'une névrose ? Oui, souvent sans doute, et ce symptôme, nous l'avons vu, demandera de notre part une écoute toute particulière.

Est-ce un comportement ? Oui, certainement: c'est alors que nous pourrions considérer l'épilepsie comme une perturbation angoissée de la relation, entraînant un désordre comportemental.

Tout ceci, vous le savez, est facilement abordable par Oreille Electronique.

D'autre part, nous devons considérer comme capital dans l'évolution de la maladie, le rôle de l'atmosphère familiale puisque celle-ci a conditionné le vécu affectif du malade. Il n'y a pas d'épilepsie bien acceptée par la famille. Mais il est encore trop tôt, au sein de notre étude, pour affirmer que l'étiologie même de la maladie se trouve dans le désir de mort qu'ont les parents. En l'état actuel des choses, ce que nous pouvons dire, c'est que l'on retrouve le plus souvent une mère surprotectrice ou rejetante, abandonnée, et un père autoritaire ou falot (ce qui revient au même).

La blessure narcissique est insupportable aux parents qui, le plus souvent, ne cachent pas leur hostilité, leur désir de placement lointain "pour ne plus le voir". Culpabilité et rationalisation en découlent. Le désir de mort à l'égard de leur enfant entraîne une ambivalence peur-désir qui conduit sans délai l'enfant à un couple pathologique avec sa mère.

Une autre de nos voies de recherche part d'une hypothèse du Professeur Tomatis qui pense que l'embrassement comitial est lié à une mésentente entre les deux hémisphères cérébraux. J'espère pouvoir l'an prochain vous communiquer des résultats expérimentaux concernant cette étude qui débute.

Enfin, pour reprendre les justes mots de Covello, disons avec lui que : " Il faut souligner les liens très étroits entre la structure du malade et les crises isolées ."

Il est bien évident qu'à partir de la première manifestation critique considérée comme symptôme, la structure psychique du patient, son vécu inter-critique, les réactions de l'entourage, les modifications affectives et les possibilités d'investissements réels et fantasmatiques déterminent une coupure, une blessure. Même en cas de réparation thérapeutique lors de la suppression du symptôme, la cicatrice peut garder toute son importance, et son colmatage ne pourra se faire qu'au prix d'un remaniement de la structure psychique.

Celle-ci, tout au long du cursus de la maladie, s'adapte dans une tentative de défense réactionnelle pouvant aller parfois jusqu'à la scotomisation du symptôme et la fuite vers un monde psychotique.

Un autre point de vue permet de penser que la dimension psycho-somatique n'est pas une résultante mais une manière d'appréhender le fait clinique. En l'état actuel de nos propres recherches, cette dimension nous semble un peu courte en idée, mais au demeurant intéressante. En effet, celui qui reçoit l'étiquette d'épileptique la porte non seulement dans son corps, mais aussi dans sa dynamique psychique.

Le véritable drame est que, dans nos thérapeutiques classiques, la suppression de la crise-symptôme peut réactiver l'angoisse et, de ce fait, amener le malade à la psychose, au refus du réel.



Une fois définies les bases qui nous ont amené à entamer cette recherche, venons-en à des données plus pratiques. Certes, nous manquons encore de recul, et les observations sont trop peu nombreuses pour être traitées en statistiques.

C'est fortuitement que l'on a constaté la disparition des crises chez les sujets en ré-éducation sous Oreille Electronique. Mais j'espère que ce que je viens de vous dire vous a convaincus qu'il ne pouvait s'agir de circonstances fortuites et que le vrai visage de l'épilepsie porte à nous faire penser qu'elle entre de plein droit dans le champ d'action de l'Oreille Electronique et par là de l'Audio-Psycho-Phonologie.

Permettez-moi de vous donner quelques précisions sur mon expérience actuelle :

- Nombre de cas suivis régulièrement : 10;
- Aucune exclusive pour une forme clinique quelconque;
- Les enfants sont vus (avec leurs parents si possible) à mon Cabinet ou à l'Institut Médico-Pédagogique dont je suis responsable médicalement.

Nous procédons ainsi :

- Bilan classique avec électro-encéphalogramme;
- Mise sous Oreille Electronique avec traitement allopathique équilibrant les crises.
- Contrôle régulier clinique et électro-encéphalographique;
- Après trois mois environ, et si l'état le permet - il l'a toujours permis jusqu'à présent - diminution des doses jusqu'à suppression totale de toute médication dans des délais de 9 mois et plus, suivant les cas.
- Les mères sont, dans la mesure du possible, mises en séances de Musique Filtrée sous Oreille Electronique en position de relaxation.
- La programmation de l'enfant épileptique ne diffère guère des autres dans ses grandes lignes. Elle a cependant demandé parfois plus de souplesse avec modulation au niveau de l'écoute à 8000 hertz (période des sons filtrés en audition intra-utérine) avec par exemple écoute d'un grégorien non filtré en fin de séances afin de ne pas laisser partir un enfant parfois irritable.
- La fréquence habituelle a été de deux heures par semaine d'Oreille Electronique (soit 2 fois 2 séances d'une demi-heure).

Les résultats obtenus permettent d'affirmer qu'il n'y a pas eu d'échecs en ce sens que toutes les cures entreprises et suivies régulièrement ont amené une disparition ou une diminution très sensible des crises, ceci malgré la diminution plus ou moins importante ou la disparition de la thérapeutique médicamenteuse. Pour trois malades ne présentant plus de crise, il n'y a pas eu de termes de passage par une autre forme clinique d'épisode critique. La possible réactivation dans les premiers temps du training audio-psycho-phonologique n'a pas été relevée.

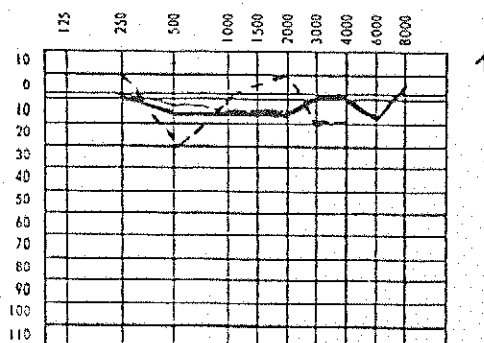
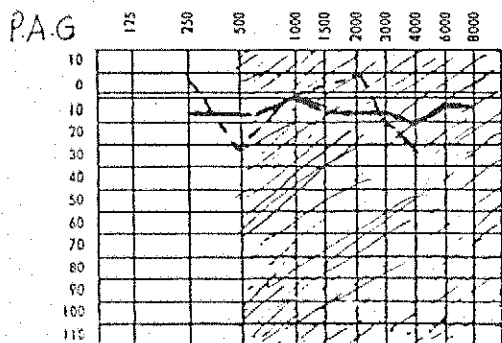
Je propose de présenter quatre observations.

1° : PA. G.

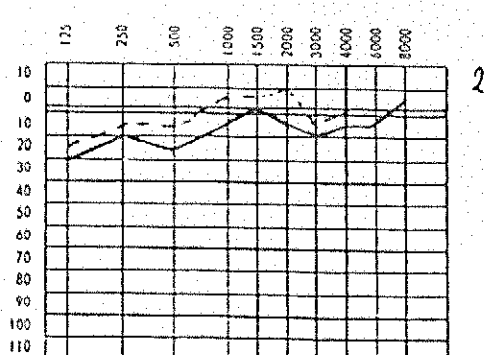
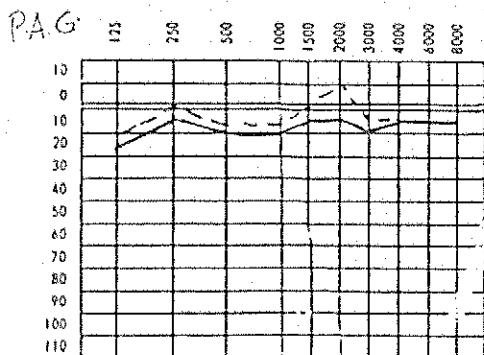
- Epilepsie temporale typique chez un garçon né le 4 juillet 1959. Mauvais résultats scolaires, adhésivité, pensées floues. L'abondance des épisodes critiques (jusqu'à 8 ou 10 par jour) fait que PA.G. est à la limite du renvoi de l'établissement scolaire où il se trouve.

- Mise sous Oreille Electronique le 9.11.1974 avec traitement par Alepsal et Orténaï (supprimant les crises). Jusqu'au 19 juin 1975 PA.G. a reçu 33 séances de voix maternelle en audition intra-utérine (33 VM) et 4 séances d'accouchements soniques (4 AS).

- Il n'existe plus de crises temporales. Les résultats scolaires marquent un progrès très net; le comportement général tant en société qu'en famille est en amélioration constante. Il n'y a plus aucun traitement médicamenteux.



1. 6.11.74



1. 30.5.75

2\* : G.R.

- Né le 6.8.1968; présente un syndrome de Lennox ayant débuté à l'âge de deux ans (diagnostic du service hospitalier qui suit habituellement l'enfant). Celui-ci a reçu de très nombreux traitements y compris du Synacthène. Au mois de juin 1974, quand nous le voyons, il reçoit une gélule de Dopa Inhibiteur à 100 mg de Dopa pour 25 mg d'Inhibiteur de la Décarboxylase, trois demi-comprimés de Rivotril, 2 comprimés de Gardéal 5 et 1 comprimé de Valium 5.

- A l'examen, et en dehors de la symptomatologie épileptique, les désordres psycho-affectifs sont très importants et font évoquer une psychose infantile évolutive.

- Dès la mise en voix maternelle sous Oreille Electronique, G.R. débute un état de mal épileptique. La mère, pour la première fois, ne le fait pas entrer à l'hôpital, et après quelques crises, l'enfant arrête lui-même ses convulsions.

- Le traitement antérieur est supprimé par les parents, de façon intempestive d'ailleurs; depuis cette époque (juillet 74) G.R. voit s'espacer ses crises; la motricité s'améliore très sensiblement puisque l'enfant peut monter et descendre seul les escaliers. Il commence à moduler les sons. Son état psychotique ne permet malheureusement pas d'effectuer de test d'écoute.

- Notons que la rééducation est en cours, que l'enfant n'a plus que des crises très sporadiques, que les lignes psychotiques régressent. Il n'y a plus aucun traitement médicamenteux. G.R. a reçu en tout jusqu'à présent 86 VM et 37 AS.

3\* : F.M.

- Né le 23.10.1969. Enfant suivi, depuis le mois d'août 1974, sur un double plan :  
- tout d'abord, pour ces crises espacées du type comitial;  
- également pour des troubles psycho-affectifs entraînant un syndrome de carence avec pseudo-débilité. Comportement très instable; troubles caractériels.

- La marche est obtenue vers l'âge de 30 mois. Le début du langage se situe exactement au moment où sa jeune sœur se met à gazouiller, c'est-à-dire lorsque F.M. a atteint l'âge de 3 ans. F.M. réagit beaucoup à la présence de sa sœur. Le milieu familial est perturbant. F.M. n'est pas encore propre. On trouve lors de l'évolution de l'enfant des épisodes de régression souhaités où, par exemple, il demande le biberon.

- Depuis le début de la rééducation sous Oreille Electronique, cet enfant au passé pathologique chargé (prématuré, convulsions néo-natales, otites) fait des progrès évidents et rapides. Sur le plan électro-encéphalographique et comitial on note une amélioration de l'électrogénèse avec, de façon concomitante, espacement considérable des crises. F.M. n'a pas de traitement médicamenteux continu, étant donné le très large espacement de ses épisodes critiques.

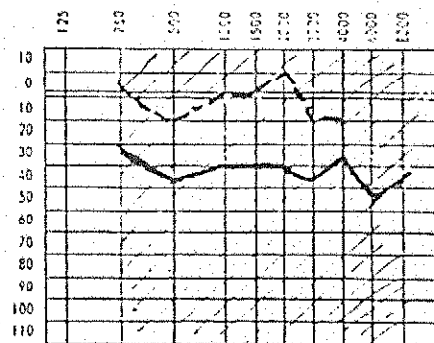
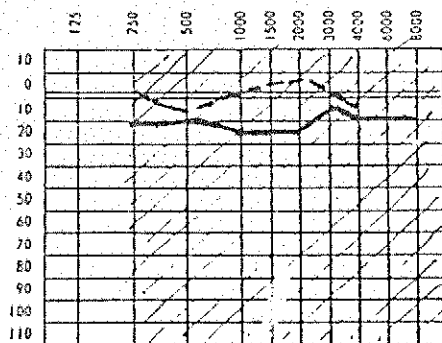
- Il a reçu 106 séances de VM, 41 AS et 29 séances de comptines. L'évolution rapide et favorable permet d'envisager une normalisation dans les mois qui viennent.

4\* : J.H.

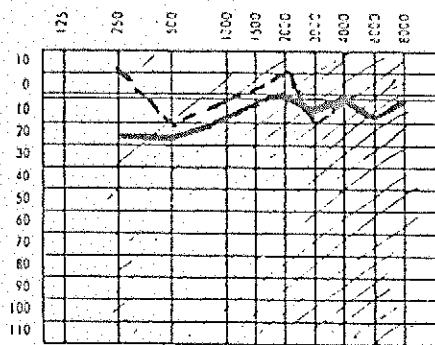
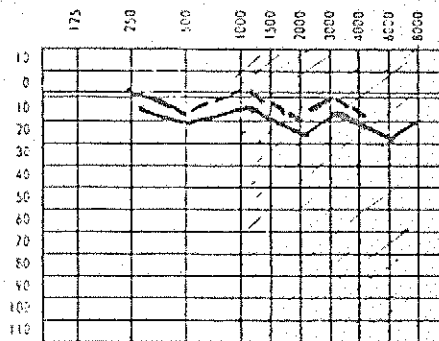
- C'est un garçon né le 21.8.1963. Il présente des difficultés scolaires associées à de graves perturbations psycho-affectives. Il est actuellement placé en aérium depuis 1969.

- Constatations, au mois de mars 1973, d'absences de type petit mal (plafonnement oculaire) ; il est signalé jusqu'à 30 absences par jour environ. Un traitement est instauré immédiatement par 100 gouttes de Dépakine et deux comprimés d'Edipione.

- La mise sous Oreille Electronique s'effectue le 7 février 1975 avec voix maternelle. Le 19 avril, le tracé de l'électro-encéphalogramme montre une nette tendance à la normalisation. Au 13 juin, il a écouté 47 VM et 8 AS. Il n'y a plus d'absence à l'hyperpnée, les progrès scolaires sont exceptionnels, l'enfant est stable. Le traitement reste encore à Dépakine 80 gouttes, Epidione 1/2 comprimé.



30-11-74



27.6.75

Je vous ai donc présenté quatre cas parmi ceux que j'ai actuellement en charge. Il est évident que les avantages que présente un traitement audio-psycho-phonologique à l'aide de l'Oreille Electronique sont sans aucune mesure avec les autres thérapeutiques. Signalons entre autres les points suivants :

- Diminution ou suppression des médicaments. Le malade n'est plus endormi : il n'est plus astreint aux prises régulières qui le remettent en situation de maladie même si les conditions psycho-affectives sont satisfaisantes, comme c'est le cas au cours de certaines psychothérapies d'épileptiques.
- Suppression dans certains cas d'une intervention parfois délabrante, dans le domaine de la neurochirurgie.
- Action, grâce à l'Oreille Electronique, sur la cause même de la "maladie" et non pas seulement sur le symptôme clinique.

Je me permettrai de noter encore que, dans l'exemple de la neurochirurgie ou la chimiothérapie, on se contente de supprimer les crises en enlevant ainsi la possibilité d'une expression somatique des affects renvoyant le malade à son angoisse. Les observations de régression dissociative très profonde sont fréquemment rencontrées après suppression des crises par un geste neuro-chirurgical ou même par une simple prise de médicaments.

Toutefois, ne l'oublions pas, l'épilepsie connaît aussi des causes organiques curables. Il est bon dès lors de savoir éliminer sans risque aucun d'erreur une organogénèse de la maladie. Il faut être avant tout clinicien tatillon et précis avant de donner à la maladie une origine "essentielle".

Dans les épilepsies organiques pures, par tumeur par exemple, l'Oreille Electronique peut intervenir après suppression ou traitement de la cause. Là, nous lui demandons une facilitation éventuelle au niveau caractériel par résolution du syndrome anxieux

souvent constaté, en rapport certain avec la personnalité mais aussi avec la diminution des capacités et parfois avec le non-pouvoir toujours douloureusement vécu par le patient.



Il me reste à vous donner communication de la fiche de travail et de contrôle que j'ai élaborée en vue d'une étude plus large sur le plan statistique. J'accueillerai avec plaisir toute critique ou suggestion à son sujet.

Cette fiche d'observation comporte plusieurs chapitres.

- I. Dans le chapitre de la biographie : nom, sexe, date de naissance, milieu familial (parents, grand-parents, fratrie), histoire scolaire, placements, habitudes de vie, métier éventuel.

- II. Les antécédents médico-psychologiques sont divisés en deux groupes : familiaux et personnels (convulsions, maladies, signes carenciels, psycho-affectifs, vie sexuelle).

- III. En ce qui concerne l'histoire clinique et les traitements suivis, il est important de noter : la date et les circonstances de la première crise, et ce de la façon la plus précise possible. Le type d'épilepsie fera également l'objet d'une étude très poussée ainsi que la fréquence actuelle et l'évolution des crises. De même, il sera bon de noter leur corrélation avec des circonstances psychiques particulières. Les états de mal éventuels et les hospitalisations pour explorations ou traitements seront également signalés.

- IV. Les examens complémentaires feront appel à l'électro-encéphalographie pratiquée si possible très régulièrement. On aura également recours à la psychométrie projective et d'efficiences. Les examens divers seront soigneusement relevés : encéphalographie, échographie, gamma-encéphalographie, artériographie, pneumo-encéphalographie, examens des divers appareils sensoriels. Enfin, on notera l'évolution des constantes biologiques classiques, en particulier : glycémie, calcémie, magnésium, fer, numération et formules sanguines.

- V. L'examen clinique complet intéressant tous les appareils de l'individu sera effectué.

- VI. Enfin, le chapitre suivant traitera d'une analyse et d'une synthèse de l'évolution de la maladie jusqu'à la mise sous training par Oreille Electronique.

- VII. L'évolution sous Oreille Electronique se divise en plusieurs grands chapitres.

a) la clinique, tout d'abord, notera les modifications (ou l'absence de modifications) dans le type des crises, leur expression clinique, leur fréquence, les éventuelles circonstances de déclenchement.

b) la conduite de la cure sous Oreille Electronique, ses différentes anecdotes et ses incidents seront suivis en détail.

c) l'électro-encéphalogramme sera contrôlé avec une fréquence déterminée par la symptomatologie clinique; il sera au moins effectué tous les trois mois.

d) il y aura lieu de relever tous incidents pouvant présenter un intérêt quelconque et d'observer l'évolution scolaire du patient.

Cette fiche médicale sera complétée par un questionnaire remis aux parents et relevé chaque trimestre par le médecin. Ce questionnaire tendra à faire connaître les réactions et l'évolution constatées par la famille.

Ainsi donc, après ces quelques observations, nous pouvons dire que l'Oreille Electronique semble pouvoir améliorer sensiblement la condition clinique en même temps que le statut social de l'épileptique essentiel. Il est évident que cette étude manque de recul et que les cas observés sont trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer des conclusions définitives. Toutefois, nous avons pu voir l'importance du fond mental et affectif de l'épileptique. En modifiant ces données par le traitement sous Oreille Electronique, nous avons sans doute la possibilité, l'occasion d'ouvrir quelques brèches dans ce groupement clinique qui, depuis les temps reculés de l'histoire, porte en lui toutes les malédictions de l'humanité, tant et si bien que le malade épileptique se bâtit pour lui un système de défense. Et encore se peut-il que cette maladie soit elle-même un système défensif contre les agressions endogènes et exogènes.

Pour terminer, j'ajouterai que, parce que cette étude, certes prometteuse, est débutante, parce que ces quelques idées ont été exposées trop succinctement et parce qu'il nous faut encore peaufiner nos hypothèses de travail, je souhaite un très large débat.

E. DERRIEN .