

Editorial

Gastaut souligne que le matériel présenté est très hétérogène. Il l'est d'abord par son recrutement; certaines statistiques ne comportent que des malades hospitalisés où c'en ne fait pas la différence entre les épilepsies aiguës concomitantes d'une affection en évolution, qui ne sont pas en réalité des épilepsies, et les épilepsies chroniques. Dans certaines statistiques, il y a près d'un tiers d'épilepsies aiguës. D'autre part, certaines séries ne comportent que des adultes. Certaines séries concernent des pays ou des régions avec des facilités médicales importantes, d'autres sont des enquêtes faites en brousse où les possibilités d'observation sont beaucoup plus réduites. En outre, la classification adoptée par les auteurs est variable. Certains font une distinction entre épilepsies centrocéphaliques présumées idiopathiques et d'autres épilepsies présumées symptomatiques. Il y a certainement une confusion pour beaucoup d'auteurs entre crises jacksoniennes et crises hémiconvulsives, ainsi qu'entre absences Petit Mal vrai et absences variantes de Petit Mal. La discussion portera seulement sur l'Afrique Noire.

Historique de l'épileptologie en Afrique

Carothers (1953), Kenya; Gelfand (1957b), Rhodésie; Smartt (1959), Tanganyika; Levy, Forbes & Parirenyatwa (1964), Rhodésie; Aall-Jilek (1965), Tanzanie; Hurst *et al.* (1961), Afrique du Sud; Bird *et al.* (1962), Afrique du Sud; Piraux (1960), Congo; Collomb, Zwingelstein & Seck (1963), Sénégal.

Historique de l'épilepsie

Il semble que l'épilepsie a toujours été connue des africains et diagnostiquée comme une maladie spéciale, mais uniquement en ce qui concerne les crises Grand Mal. Dans tous les dialectes en effet, il y a un mot pour la crise Grand Mal. Les autres formes de l'épilepsie ne sont souvent pas connues ou ne sont pas reconnues comme épileptiques. En particulier les crises psycho-motrices sont rapportées parfois à une autre maladie et surtout à une maladie mentale. Dans certaines populations, on semble connaître d'autres formes d'épilepsie; chez les Wapogoro on connaît des crises atoniques de l'extrémité céphalique, au Congo des crises nommées : la maladie d'un oiseau qui bat des ailes (myoclonies ?).

Idées pathogéniques sur l'épilepsie

On retrouve dans la plupart des pays africains des conceptions très semblables à celles qui existaient autrefois en Europe; possession par l'esprit malin, transgression d'un tabou (par exemple avoir tué un aigle pêcheur). Dans certaines régions on pense à une origine parasitaire, un insecte, ou en Ouganda on pense que l'épileptique a un lézard dans la tête.

Ce qui est particulier à certains pays Africains, c'est l'idée que l'épilepsie est contagieuse, soit seulement pendant les crises, soit même entre les crises; la contagion se ferait par la sueur, les urines, la bave ou même par l'air exhalé par l'épileptique. Cette notion de contagiosité ne paraît pas avoir existé même autrefois en Europe.

Données statistiques sur l'incidence de l'épilepsie

Dans tous les travaux anciens, sans données statistiques, les médecins qui ont exercé en Afrique indiquent que l'épilepsie est très fréquente.

Que peut-on tirer des enquêtes? On ne peut naturellement tirer rien de définitif des enquêtes donnant seulement la proportion des épileptiques dans une consultation hospitalière ou dans un hôpital, mais ces proportions semblent cependant beaucoup plus importantes qu'en Europe.

Il y a très peu d'enquêtes véritables, à savoir la recherche de la proportion des épileptiques dans une population non sélectionnée.

Les valeurs à notre disposition sont: Piraux (1960): 5/1000; Dada, sur 380 personnes interrogées sur elles-mêmes et sur leurs 2992 parents: 3,1/1000; Levy *et al.* (1964): 7,4/1000; Collomb: 3,66/1000; Giel (1968), dans un centre urbain: 5/1000 et dans une région rurale: 8/1000.

Certains auteurs donnent le chiffre d'épileptiques qui sont venus consulter et ne rapportent pas le chiffre de la population dont ils sont issus: Orley: 3%; Aall-Jilek (1965): 20/1000; Bird (1964), sur une population de mineurs qui, en principe, avait été sélectionnée déjà sur le plan sanitaire: 3,67/1000; dans un service de neurologie d'un hôpital général, Dechef: 20% des malades sont épileptiques; Billingham (1966): 45%; si l'on considère la population totale d'un hôpital général, Dada: 10% d'épileptiques; Haddock (1967, 1968): 15%.

Gastaut estime que:

(1) les enquêtes laissent passer des épileptiques,

(2) elles en laissent passer d'autant plus que, les épileptiques recensés sont presque uniquement des malades atteints de Grand Mal; or, d'après son expérience, l'épilepsie Grand Mal ne représente que la moitié ou même moins des cas d'épilepsie. Il pense donc que les chiffres donnés par les Auteurs ci-dessus mentionnés, sont inférieurs à la réalité. Si l'on fait la moyenne de ces chiffres, on aboutit à un taux d'environ 5 à 6/1000 (ne correspondant qu'aux crises Grand Mal) et donc l'incidence probable de l'épilepsie est de l'ordre de 10 à 15/1000. Ce qui serait au moins deux ou trois fois plus qu'en Europe.

Dans la discussion, les auteurs qui ont présenté les communications, apportent les renseignements complémentaires suivants:

Piraux explique:

(a) que son recensement a été fait à propos d'un recensement médical général concernant la Trypanosomiase,

(b) que les personnes qui ont fait ce recensement avaient subi auparavant un enseignement succinct sur l'épilepsie mais que, bien entendu, ils n'ont retenu que les malades ayant des crises Grand Mal. Le diagnostic a été fait par la description des crises mais aussi par les brûlures. Il a trouvé un taux de 4,5/1000.

Haddock dit que sa statistique a été faite sur 700 sujets et 3500 personnes de leur famille. Il a trouvé 4,6/1000.

Dada indique qu'il a trouvé 3,1/1000 mais il pense que le taux doit être plus important puisqu'il y a des sujets qui cachent leur maladie, d'autres qui ne se font pas connaître parce qu'ils ne consultent que le sorcier; d'autre part, si l'on tient compte du fait qu'il y a beaucoup plus de traumatismes obstétricaux en Afrique et beaucoup plus de convulsions fébriles graves ainsi que beaucoup de malnutrition, il est probable que le taux soit plus important. Il pense personnellement qu'il doit être au moins de 10/1000.

Ouachi (Tunisie) dit qu'en Afrique du Nord les enquêtes sont difficiles car, si on ne dissimule pas l'épilepsie, on confond souvent l'hystérie convulsive et l'épilepsie.

Collomb précise qu'au Sénégal la différenciation est très nette entre l'épilepsie et la possession même convulsive. Il y a des noms différents; il pense que sa statistique de 3,66/1000 sur une population de 30 000 personnes est juste mais elle ne concerne que les crises Grand Mal.

Mundy-Castle dit qu'il faut faire attention à ne pas considérer l'Afrique comme un tout, qu'il peut y avoir des incidences très différentes suivant les régions, pour des raisons surtout de coutumes, d'importance ou non de la consanguinité. Dans certaines régions, les épileptiques sont exclus du mariage, etc...

Jilek indique que chez les Wapogoro il y a des noms très précis, soit pour le Grand Mal (Kifafa), soit pour les chutes de la tête et les gens savent bien que ces chutes de la tête peuvent se transformer plus tard en Kifafa. Il y a un nom aussi pour les convulsions fébriles mais les gens pensent qu'elles n'ont pas de relation avec l'épilepsie. Une différence très précise est faite entre la possession rituelle, les convulsions hystériques ritualisées et le Kifafa. Il y a un bénéfice secondaire pour tous les troubles psychiques ritualisés, par contre, aucun bénéfice secondaire, bien au contraire, pour l'épileptique.

Roger n'est pas convaincu par les arguments de ceux qui, malgré que les statistiques apportées par les auteurs montrent une incidence très semblable à celle des pays européens, veulent doubler ou tripler ces chiffres. En effet, il ne lui apparaît pas que ces enquêtes sont insuffisantes puisque tous les auteurs ont insisté sur le fait que l'épilepsie était très bien connue du public et que dans la majorité des communautés on ne cache pas l'épilepsie. D'autre part, puisque les malades ne se soignent pas, les crises sont fréquentes et on connaît très bien les épileptiques à crises fréquentes. Soit il n'y a pas de rejet de l'épileptique et alors on dit très facilement si un sujet est épileptique, soit il y a rejet et une ségrégation et on le dit encore plus pour mettre les épileptiques de côté. En outre, l'argument sur le fait que seules les crises Grand Mal sont reconnues ne permet pas de penser que les autres crises représentent une proportion importante des cas. En effet, toutes les statistiques européennes et américaines (en épidémiologie) trouvent que 75 à 80 % des épileptiques ont des crises Grand Mal. Et il est bien entendu que dans les régions où les épileptiques ne sont pas soignés, cette proportion doit être encore plus grande.

De plus, le travail de Brewis (Angleterre) montre que l'incidence, calculée par une enquête extrêmement minutieuse, et celle déduite des simples questionnaires banaux faits par un travailleur social, sans aucune préparation, donne des chiffres semblables.

Magnus pense aussi que les différences d'incidence ne doivent pas être très grandes, mais que le problème n'est pas là, mais dans le fait que les épileptiques en Afrique ne sont pas traités et qu'il faut les traiter.

Dada dit que la grande majorité des malades viennent pour des crises généralisées mais qu'en réalité, moins de la moitié ont une épilepsie généralisée vraie, les autres ont des crises focales, secondairement généralisées.

Jilek indique que pour les Wapogoro une seule crise ne veut pas dire épilepsie.

Pampiglione demande s'il a été fait des enquêtes sur la photo-sensibilité. Lebascle (Maroc) dit qu'en Afrique du Nord la photo-sensibilité paraît répartie d'une manière égale chez les européens et chez les Arabes; par contre, pour l'Afrique Noire, Collomb et Mundy-Castle indiquent que la photo-sensibilité est rarissime.

Roger propose de rechercher parallèlement en Europe, aux Etats Unis et en Afrique,

quelle est l'incidence des manifestations épileptiques au cours de maladies aiguës ou chroniques bien connues. Par exemple, les maladies infectieuses, les accidents vasculaires cérébraux, les tumeurs cérébrales.

Répartition suivant le sexe

Presque tous les auteurs trouvent une beaucoup plus grande proportion d'hommes (de 65 à 75%) mais cela est surtout vrai pour les enquêtes faites sur les consultants et sur les hospitalisés et surtout dans les villes. En effet :

(1) Les femmes restent au village,

(2) Ce sont les hommes adultes qui ont besoin de se faire soigner pour pouvoir travailler.

Les enquêtes faites sur le terrain (Hurst, Orley, Jilek) montrent que la proportion des hommes et des femmes est à peu près égale.

Age de début des crises

Piroux trouve deux pics entre 0 et 5 ans et entre 15 et 25 ans; Dada 71% avant 20 ans, dont 22% avant 5 ans; Osuntokun 60% avant 20 ans pour les épilepsies idiopathiques, 80% avant 5 ans pour les épilepsies symptomatiques; Bird 53% avant 20 ans; Levy 85% avant 20 ans dont 35% avant 5 ans; Haddock 70% avant 20 ans; Billingham 60% avant 20 ans; Raichman 82% avant 20 ans; Jilek 80% avant 20 ans; Compere 70% avant 20 ans dont 49% avant 5 ans.

Gastaut conclut donc que toutes les statistiques sont concordantes et que 70% environ des épilepsies commencent avant 20 ans et au moins 1/3 avant 5 ans. Il semble que cela soit beaucoup plus tôt comme âge moyen de début qu'en Europe.

Plusieurs personnes indiquent les possibilités d'erreurs concernant les proportions suivant l'âge de début; selon Orley, les malades, dont les crises apparaissent tardivement, ont généralement une épilepsie à crises rares et ne consultent pas; d'autre part, dans certaines régions, on considère que les petits enfants ne sont pas encore des individus et on ne les inclut pas, malades ou non, dans le décompte d'une population; on ne considère comme ayant existé que les enfants qui ont vécu jusqu'à un certain âge. Dans certaines régions on a tendance à faire soigner les enfants et pas les adultes (Katanga), dans d'autres c'est le contraire.

Roger fait remarquer que les statistiques par rapport à l'âge de début ne veulent rien dire si on ne les rapporte pas à la statistique générale des pyramides d'âges dans le pays ou la région considérée. En effet, l'espérance de vie est très variable suivant les régions et il n'est pas étonnant que dans certaines régions il y a peu d'épilepsie tardive puisque 90% des gens sont morts avant 30 ans, et donc que la population est faite en immense majorité de gens très jeunes. C'est seulement en comparant la proportion d'épileptiques par rapport à l'ensemble de la population du même âge dans les statistiques européennes et américaines et dans les statistiques africaines, qu'on pourrait vraiment se rendre compte si l'incidence annuelle de l'apparition de l'épilepsie par tranches d'âges est différente.

Age du malade au moment de la consultation

Tous les auteurs, sauf Compere, insistent sur le fait que ce sont des adultes qui viennent à la consultation et que presque tous les malades venus consulter ont entre 20 et 35 ans. Comme on l'a dit plus haut, il s'agit presque toujours d'hommes qui viennent se faire soigner quand ils ont besoin de gagner leur vie comme salariés. La durée de l'épilepsie avant

la première consultation est variable, souvent longue, mais a tendance, depuis quelques années, à se réduire.

Dada dit que 50% des malades venus consulter n'étaient pas épileptiques depuis plus d'un an. Ayats indique que depuis qu'il fait une consultation pour épileptiques, il y a eu, au cours des années, une réduction importante de la durée de l'épilepsie avant la première consultation; au début elle était de 5 à 40 ans, maintenant elle est en moyenne de 1 à 2 ans.

Type des crises

Crises Grand Mal

Etant donné l'impossibilité dans les enquêtes de faire la différence entre les crises généralisées d'emblée et les crises secondairement généralisées, on englobera sous le terme Grand Mal, bien que cela soit incorrect, ces deux types de crises.

Les statistiques sont presque toutes concordantes et vont de 98% pour les chiffres les plus élevés à 60% pour les moins importants:

Dada 60%; Compere 61%; Piraux 66%; Dechef 76%; (alors que dans la population blanche consultante elle est de 65%); Collomb 71% pour les hospitalisés, 92% pour les consultants; Hurst 80%; Haddock 88%; Levy 91% (86% pour les hospitalisés); Orley 90%; Jilek 92%; Powell 90%; Rachman 96%; Billinghamurst 90%.

Gastaut estime que ces chiffres sont très supérieurs aux statistiques européennes et il revient sur l'idée que puisqu'il y a une telle proportion de Grand Mal, les autres épilepsies n'étant pas diagnostiquées, l'incidence de l'épilepsie est probablement plus grande que nous le démontrent les statistiques.

Dumas fait remarquer que les malades non traités ont pratiquement tous des crises qui se généralisent; Dada note que lorsqu'on explore les malades, on s'aperçoit que beaucoup de sujets qui, dans les statistiques africaines, sont classés comme atteints de crises généralisées seraient dans des statistiques européennes considérés comme atteints d'épilepsie focale; Roger revient sur les statistiques européennes ou américaines qui montrent que 75% environ des épileptiques ont des crises Grand Mal; Madame Beaumanoir fait une statistique à Genève. Elle a trouvé que 68% des malades ont des crises généralisées mais qu'il n'y a que seulement 28% d'entre eux ont des crises généralisées d'emblée.

Les crises partielles

On inclura, dans les crises partielles, les crises généralisées dont le début partiel a été décelé, ce qui explique que les taux qui vont être indiqués ci-dessous peuvent comprendre des malades qui ont déjà été comptabilisés dans les crises généralisées.

Les proportions sont très variables suivant les auteurs; cela est dû, sans aucun doute, aux possibilités très différentes d'explorations, E.E.G., radiologie, etc. . . . qui sont à la disposition des enquêteurs. C'est ainsi que dans un service hospitalier bien équipé, c'est Dada qui a la plus grande proportion de crises partielles (47%); il en est de même pour Osuntokun (45%); Dechef qui utilise une classification électro-clinique a 34% d'épilepsies partielles. Les autres statistiques donnent des chiffres nettement inférieurs: Hurst 16%; Levy 12% chez les hospitalisés, 0% dans les enquêtes sur le terrain; Compere 17%; Collomb 16% chez les hospitalisés, 2% chez les consultants; Billinghamurst 10%; Powell 10%; Haddock 15%; Rachman 22%. Dumas fait remarquer que sur les 16% d'épilepsies partielles de la statistique de Dakar, la grande majorité, 11%, a une généralisation secondaire des crises; Terranova estime que pour trouver les crises partielles, il faut les chercher, non pas chez les sujets qui sont amenés pour épilepsie, surtout en ce qui con-

cerne les épilepsies temporales, mais chez ceux qui sont amenés pour des troubles psychiatriques. C'est ainsi qu'elle a trouvé une importante proportion d'épilepsies temporales à l'hôpital psychiatrique de Madagascar.

La plupart des auteurs insistent sur la fréquence de la généralisation secondaire; ils disent que la majorité des malades qui ont des crises partielles, voient leurs crises se généraliser:

Piroux, 100%; Dechef, 66%; Haddock, Osuntokun, 60%; Billinghamurst, 66%; Collomb, 75%; Rachman, 100%.

On se demande si cette grande tendance à la généralisation secondaire est seulement due à l'absence de traitement ou à des conditions particulières. Madame Beaumanoir indique que dans son étude statistique faite à Genève, 38% des malades ayant des crises partielles, ont une généralisation secondaire habituelle. Collomb fait remarquer qu'il ne faut pas toujours considérer qu'il y a une crise partielle secondairement généralisée quand un noir décrit au début, juste avant sa crise, des hallucinations, car celles-ci peuvent être d'une nature psychogène.

Le Petit Mal

Il existe sûrement; tous les auteurs en ont vu. Piroux 2%; Compere 6%; Collomb 5%; Levy 4%; Billinghamurst 4%; Osuntokun 4% mais en général les enfants ne sont pas amenés pour un Petit Mal et il y en a probablement plus.

Les crises unilatérales

Elles ont été peu étudiées et souvent confondues avec les crises partielles motrices; ceux qui les ont individualisées en ont trouvé une proportion assez importante. Collomb 12%; Dada 10%; Compere 8%.

Il existe certainement aussi en Afrique des syndromes de West et des syndromes de Lennox; 2% de chaque pour Dechef.

Données électroencéphalographiques

Les statistiques concernant l'E.E.G. sont peu nombreuses. Chez les malades enregistrés, Dechef 87% d'anomalies focales, 13% d'anomalies bisynchrones; Compere 27% focales, 27 bisynchrones; Collomb 19% focales, 37% bisynchrones; Mundy-Castle 56% focales, 23% bisynchrones; Levy 25% diffuses, 12% focales.

Gastaut fait remarquer qu'il ressort de ces données que la proportion d'anomalies bisynchrones est généralement inférieure à 30% et il en tire la conclusion que l'immense majorité des crises Grand Mal ne correspond donc pas à des épilepsies Grand Mal centrocéphaliques idiopathiques.

Roger fait remarquer qu'il semble apparaître des données E.E.G. qu'il y a une grande proportion de tracés anormaux, plus importante qu'en Europe. Peut-être est-ce dû à l'absence de traitement et/ou à la gravité de l'épilepsie ainsi qu'à la grande proportion des épilepsies symptomatiques.

Discussion sur les étiologies

La majorité des Auteurs est d'accord sur l'importance du traumatisme obstétrical étant donné la fréquence des dystocies mais on souligne les difficultés de l'enquête anamnétique.

Les chiffres donnés par les auteurs sont variables: pour certains, la proportion est très

faible, Levy, Orley, Rachman, 0 à 1%; pour Collomb elle est de 2,5% mais il reconnaît qu'il y a dans sa statistique 8% d'encéphalopathies infantiles avec épilepsie et que dans ce groupe il est possible qu'un grand nombre soit d'origine traumatique obstétricale. La notion de trauma obstétrical est retrouvée par Piraux dans 5%; par Compere dans 6%; par Dada dans 7%; par Dechef dans 11% et par Hurst dans 14% des cas.

—*Traumatisme acquis*: il est invoqué à l'origine de l'épilepsie dans les proportions suivantes:

Piraux 5%; Rachman 6%; Osuntokun 6%; Hurst 12%; Levy 7%; Collomb 4%.

Dumas fait remarquer que l'étiologie traumatique acquise est probablement surestimée parce que les malades se souviennent des accidents qu'ils ont eus et ont oublié les maladies, même graves, qu'ils ont pu avoir auparavant.

—*Tumeurs cérébrales*:

Piraux 10%; Collomb 10%. A noter la fréquence parmi les lésions expansives épileptogènes d'origine tuberculeuse.

—*Etiologie vasculaire*

Elle est variablement appréciée par les auteurs; ceci reflète peut-être la variabilité et les évolutions des idées sur l'incidence de l'artériosclérose en Afrique. L'étiologie vasculaire est considérée comme certaine pour Compere (2%) et pour Haddock (20%). Collomb indique que sur 112 cas d'épilepsies aiguës, 39 cas sont vasculaires et il a l'impression que les manifestations épileptiques sont plus fréquentes au cours des accidents vasculaires cérébraux en Afrique qu'en Europe.

—*Etiologie infectieuse*

Tous les Auteurs s'accordent sur la très grande fréquence avec laquelle, en Afrique, les maladies infectieuses s'accompagnent de crises convulsives: 17% des rougeoles; plus de 50% du paludisme du nourrisson; 25% des coqueluches, selon Dumas. Selon Dada, 22% des crises apparaissent au cours d'une affection fébrile, mais il est difficile de savoir si ces manifestations épileptiques sont la preuve d'une encéphalopathie transitoire, ou d'une encéphalopathie ou encéphalite capable de laisser des séquelles épileptiques. La réponse paraît être négative d'après Collomb pour le paludisme pernicieux: les enfants qui guérissent et qui sont suivis, normalisent très rapidement leurs tracés et ne font pas d'épilepsie ultérieure. Cela est moins certain pour la rougeole, la coqueluche. L'épilepsie paraît être une séquelle assez fréquente des encéphalopathies aiguës fébriles avec héli-convulsions comme en témoigne la proportion importante de syndromes H.H.E. rapportée par Dada et Osuntokun.

—*En ce qui concerne les parasitoses*

Il ne semble pas qu'on puisse accorder un rôle épileptogène aux parasitoses extra-cérébrales. Par contre, suivant les régions, il faut accorder ou non de l'importance à la cysticercose. Les cas sont rares dans l'Afrique Noire musulmane (un seul cas dans la statistique de Collomb); plus fréquentes en Afrique du Sud: Levy 6%; Rachman 10%. Powell, Durban (1966), se basant sur les arguments cliniques, radiologiques et sérologiques, estime que la cysticercose est à l'origine de 16% des cas sur 200 épileptiques étudiés à cet égard. Il est possible que la malnutrition joue un rôle, soit par elle-même, soit en aggravant les conséquences d'autres maladies mais on n'en a pas de preuve précise. Il existe certainement en Afrique des maladies dégénératives avec épilepsie (maladie de Lafora, lipidoses, etc...)

—*Le problème génétique*

Les auteurs insistent sur la difficulté de l'enquête génétique. En effet la notion de famille

est très élargie; suivant les coutumes, on désigne comme frères, des cousins, comme père un oncle, etc...; la parenté rituelle ne coïncide pas avec la parenté génétique. D'autre part, dans des régions où il existe un tabou contre l'épilepsie, les sujets ne disent pas s'ils ont des épileptiques dans leur famille. Par contre, dans les régions où il y a une ségrégation, les épileptiques ne trouvent à se marier qu'avec des épileptiques. Donc les chiffres suivants doivent être manipulés avec beaucoup de réserve: il semble cependant y avoir une proportion importante d'épilepsies familiales: Osuntokun 6%; Rachman 12%; Piraux 17%; Haddock 18% pour les épilepsies centrencéphaliques, 9% pour les épilepsies symptomatiques; Dada 12%; Bird 20%; Hurst 28%; Compere 40%; Levy 64%; dans la réserve, 20% à l'hôpital; Jilek 85%.

Gastaut fait remarquer qu'il semble que cet important facteur de pré-disposition génétique parait confirmé par l'étude de Mundy-Castle sur les rythmes lents postérieurs; en effet, un travail récent de Doose montre qu'il y a une liaison entre les rythmes lents postérieurs et la prédisposition à l'épilepsie centrencéphalique. Mais Mundy-Castle précise qu'il n'est pas certain que ses constatations relèvent d'un facteur génétique. A son avis il est bien possible qu'il s'agisse d'un facteur acquis en relation avec la malnutrition. En effet, il fait remarquer que chez les noirs américains, qui, racialement, sont presque tous originaires du Ghana, il n'y a pas cette proportion d'anomalies lentes postérieures.

—Gravité de l'épilepsie

Tous les auteurs s'accordent sur la fréquence élevée des crises; 50% des sujets ont plusieurs crises par mois et 15% plusieurs crises par jour. Tous insistent aussi sur la fréquence des états de mal, 30% des malades de Collomb, 10% pour Osuntokun.

On note la fréquence au cours des crises des traumatismes graves et en particulier des brûlures: Levy 22%; Bird 6%; la gravité de l'épilepsie est-elle en relation avec l'absence de traitement ou avec l'importance des lésions cérébrales ou avec des facteurs génétiques? Jilek, Mundy-Castle pensent que la gravité est avant tout due à l'absence de traitement et à la malnutrition. Mundy-Castle insiste sur le parallélisme entre l'importance des anomalies E.E.G. chez l'épileptique et l'état nutritionnel général de la population tel qu'on peut l'apprécier par les statistiques sur la mortalité infantile. Kellaway ne pense pas qu'il y ait une prédisposition raciale. En effet, sur la population d'enfants épileptiques au Texas, il y a environ 1/3 de blancs d'origine européenne, 1/3 de noirs et 1/3 d'hispano-américains. Il n'y a pas de différence suivant les races en ce qui concerne la proportion et les types d'anomalies de l'E.E.G. Par contre, il y a plus d'épilepsies chez les hispano-américains et il pense que c'est dû à la très grande fréquence chez eux du traumatisme obstétrical.

—Traitement

Tous les auteurs signalent que la plupart des malades utilisent d'abord des traitements traditionnels mais ils sont d'accord sur le fait que ces traitements sont en général peu efficaces. Ils s'accordent aussi sur le fait que quand le sujet est traité et généralement uniquement par des barbituriques, les résultats de la thérapeutique sont très bons. 70% des cas selon Jilek et 78% selon Collomb.

Mais tous les auteurs insistent sur le peu d'assiduité du malade à la consultation et sur les difficultés qu'ils ont à lui faire comprendre qu'il doit suivre un traitement de longue durée. Dans les régions bien médicalisées, par exemple à Dakar, on remarque que de plus en plus de malades se font soigner et suivent de mieux en mieux leur traitement. Il semble donc que le problème majeur en Afrique est celui du traitement et de l'organisation de l'assistance aux épileptiques pour pouvoir leur assurer un traitement adéquat.

Burden insiste au nom du Bureau International pour l'Epilepsie sur le fait que l'épilepsie est donc un problème très sérieux en Afrique et que les africains d'ailleurs en sont eux-mêmes conscients. En effet, dans beaucoup de régions on considère qu'il y a trois fléaux pathologiques, la lèpre, la tuberculose et l'épilepsie.

Mais on ne peut pas administrer convenablement le traitement si on ne modifie pas l'attitude traditionnelle vis-à-vis de l'épilepsie et l'attitude traditionnelle vis-à-vis de ce qu'est un traitement anti-épileptique.

Burden a remarqué que dans beaucoup de régions il y a énormément de préventions tenant en particulier à la notion de contagiosité et qu'il y a donc un grand travail d'explication et de démystification à faire. Burden indique que le Bureau International pour l'Epilepsie compte éditer des brochures spéciales adaptées à chaque ethnie pour expliquer ce qu'est l'épilepsie, organiser des séminaires pour la formation technique du personnel médical et des auxiliaires médicaux et créer un Bureau Africain pour l'Epilepsie.

*Centre St. Paul, 300 bvd. S. Marguerite
Marseille, France*

H. GASTAUT
J. ROGER
C. A. TASSINARI

ACKNOWLEDGMENT

The Editorial Board of this journal acknowledges the help of Mrs Angela Adekoya with the translation of the summaries.