



AD SVQ 209 MAISON MÉDICALE, 1909

Date du téléchargement: 2025-10-29

Traitement de l'épilepsie en 1909

établi par ChatGPT le 29. 08. 2025, modifié bp_2025

En 1909, le traitement de l'épilepsie était très différent de ce que l'on connaît aujourd'hui, car les médicaments modernes comme la phénytoïne (découverte en 1938), le valproate (années 1960) ou la lamotrigine (années 1990) n'existaient pas encore.

Voici ce qui était utilisé et recommandé à cette époque :

1. Traitements médicamenteux disponibles

Bromures de potassium (KBr) : introduits vers 1857 par Sir Charles Locock, ils restaient le principal traitement en 1909. On croyait qu'ils réduisaient l'excitabilité du cerveau et donc la fréquence des crises. Effets indésirables fréquents : somnolence, éruptions cutanées, troubles cognitifs, ataxie, apathie.

Hydrate de chloral et parfois **barbituriques** (le phénobarbital n'a été introduit qu'en 1912). Avant cela, l'usage des sédatifs visait surtout à calmer les crises aiguës ou l'agitation.

2. Mesures hygiéno-diététiques

Régimes alimentaires stricts : on conseillait des régimes « pauvres en excitants » (éviter alcool, café, chocolat).

Repos et hygiène de vie : sommeil régulier, exercice modéré, éviter le surmenage et les émotions fortes.

Isolement : dans certains cas sévères, les patients étaient hospitalisés dans des asiles ou des sanatoriums.

3. Pratiques moins efficaces ou expérimentales

Saignées, purgatifs et hydrothérapie : encore pratiqués dans certains milieux médicaux conservateurs, bien que leur efficacité soit douteuse.

Approches psychologiques ou morales : l'épilepsie étant encore associée à la folie ou à des « troubles du caractère », on proposait discipline et encadrement strict.

4. Absence de chirurgie moderne

La neurochirurgie de l'épilepsie (ablation des foyers épileptogènes) n'apparaîtra vraiment qu'à partir des années 1920-1930 avec les travaux de Penfield. En 1909, on n'avait pas encore les outils techniques ni les connaissances électroencéphalographiques (EEG inventé en 1929).

Donc, en 1909, le traitement principal de l'épilepsie était l'administration chronique de bromures, accompagnée de mesures de style de vie, parfois associées à des pratiques sédatives ou hygiénistes.

Chronologie des traitements de l'épilepsie

Avant 1850	Médecine traditionnelle (saignées, diètes, purgatifs, prières, isolement) L'épilepsie était souvent perçue comme une maladie « mystérieuse », parfois liée à la folie ou au religieux.
1857	Bromure de potassium (Dibrobe®) (KBr) Premier médicament « moderne » efficace, utilisé massivement jusqu'au début du XX ^e siècle. Réduit les crises mais provoque somnolence, troubles cognitifs, éruptions cutanées.
Fin XIX ^e siècle	Autres bromures (sodium, ammonium), hydrate de chloral , mesures hygiéno-diététiques On recommande sobriété, repos, régime alimentaire « apaisant » (pauvre en excitants).
1909	Bromures = traitement de référence Aucun autre traitement de fond efficace disponible avant 1912. Les crises sévères pouvaient être calmées par des sédatifs comme l'hydrate de chloral.
1912	Phénobarbital (Gardenal ®) (barbiturique) Premier grand anticonvulsivant moderne, longtemps utilisé comme traitement standard. Plus efficace et mieux toléré que les bromures.
1938	Phénytoïne (Diphantoïne ®) Premier antiépileptique non-sédatif, révolutionne le traitement en permettant une vie plus active.
Années 1950–60	Nouveaux médicaments : carbamazépine (Tegretol ®) (1960), valproate de sodium (Depakine ®) (1967) Meilleure efficacité pour certaines épilepsies, début d'une personnalisation des traitements selon les types de crises.
Années 1970–80	Clonazépam (Rivotril ®) , vigabatrine (Sabril ®) , ethosuximide (Zarontin ®) Élargissement de l'arsenal thérapeutique, traitements ciblés selon les syndromes.
Années 1990	Nouvelle génération : lamotrigine (Lamictal ®) , topiramate (Topamax ®) , gabapentine (Neurontin ®) , levetiracetam (Keppra ®) Moins d'effets secondaires, meilleure tolérance, associations possibles.
2000–2020	Multiplification des antiépileptiques (lacosamide, perampanel, brivaracétam, etc.) Stratégie combinatoire, ajustements personnalisés selon profil du patient.
Aujourd'hui	Médicaments antiépileptiques modernes, chirurgie (résection, stimulation cérébrale), neuromodulation (VNS, RNS), régime cétogène Approche multimodale : pharmacologique, chirurgicale et diététique. Objectif = liberté de crises avec qualité de vie préservée.
En résumé :	en 1909, on était encore dans "l'ère des bromures", juste avant la révolution du phénobarbital (1912), puis de la phénytoïne (1938).

Centre Belge d'information pharmacothérapeutique ou CBiP

Les antiépileptiques (aussi appelés médicaments anticonvulsivants) peuvent être classés en fonction de différents critères. Une classification appropriée d'un point de vue clinique est celle basée sur le spectre d'activité (30. 08. 2025).

1. ANTIÉPILEPTIQUES AVEC UN LARGE SPECTRE D'ACTIVITÉ, EFFICACES DANS PLUSIEURS TYPES DE CRISES:

- 1.1. acide valproïque et valproate
- 1.2. lamotrigine
- 1.3. lévétiracétam et brivaracétam
- 1.4. topiramate
- 1.5. pérampanel
- 1.6. zonisamide.

2. ANTIÉPILEPTIQUES AVEC UN SPECTRE D'ACTIVITÉ ÉTROIT, PAR EXEMPLE EFFICACES DANS LES CRISES FOCALES OU DANS LES CRISES TONICO-CLONIQUES SANS MYOCLONIES ET SANS ABSENCES:

- 2.1. carbamazépine et oxcarbazépine
- 2.2. gabapentine
- 2.3. prégabaline
- 2.4. phénobarbital et primidone
- 2.5. phénytoïne
- 2.6. tiagabine
- 2.7. lacosamide
- 2.8. cénobamate.

3. ANTIÉPILEPTIQUES À USAGE LIMITÉ:

- 3.1. éthosuximide
- 3.2. felbamate
- 3.3. fenfluramine
- 3.4. rufinamide
- 3.5. stiripentol
- 3.6. vigabatrine
- 3.7. certaines benzodiazépines



Paul BONERT

E-mail : info@svq-diekirch.lu
Site web : www.svq-diekirch.lu