

une indication pathogénique. Aux microbes aérobies et aux microbes anaérobies s'adressent des antiseptiques différents; M. Rendu y insiste à propos de la pleurésie putride.

Or la fétidité du pus de la lésion otique ou pulmonaire causale (dilatation des bronches) fera soupçonner l'existence de microbes anaérobies dans le cerveau et engagera l'opérateur à employer le permanganate de potasse, corps oxydant par excellence.

1° ABCÈS D'ORIGINE AURICULAIRE. — *Indication causale.* — En présence d'accidents cérébraux survenant chez un sujet atteint antérieurement d'otorrhée chronique, surtout si l'écoulement a cessé au moment de l'apparition de ces accidents et si on n'en trouve pas ailleurs une explication facile, par exemple dans la syphilis à laquelle il faut toujours penser, il n'y a pas à hésiter: il va falloir intervenir, et rapidement, sous peine de perdre le bénéfice de l'intervention. Les symptômes indicateurs peuvent être très divers (signes d'excitation ou de déficit en foyer, signes de lésion diffuse, méningite, méningisme); ils peuvent même simuler la paralysie générale ou l'hystérie, se manifester brusquement sous forme d'apoplexie. Le diagnostic ferme d'abcès cérébral n'est pas nécessaire pour intervenir; le pus peut être collecté, comme nous le verrons, en dehors du cerveau; les troubles cérébraux peuvent être réflexes; il nous suffit de savoir que le tableau clinique est imputable, dans les conditions susdites, à la rétention du pus, quel qu'en soit le siège.

*Indication symptomatique.* — Supposons maintenant que le médecin, le malade lui-même, ignore l'existence de l'otite suppurée (otite moyenne, ancienne surtout, plus souvent droite pour des raisons anatomiques que nous n'avons pas à éclaircir): quels sont les signes qui fourniront l'indication d'opérer avec le diagnostic? Ce sont les suivants: surdité verbale, à cause de la localisation fréquente de ces abcès dans le lobe temporo-sphénoïdal; surdité bilatérale due d'un côté à la lésion périphérique et de l'autre à la lésion centrale; enfin et surtout association de la fièvre (par poussées intermittentes coïncidant avec des recrudescences de céphalalgie, ou sous forme typhoïde), avec des symptômes de tumeur ou de compression encéphalique.

*Contre-indication opératoire.* — Il n'y a pas, à proprement parler, de contre-indication opératoire; il n'y en aurait qu'une, si on pouvait la saisir, c'est la certitude d'une méningite aiguë suppurée diffuse. La phlébite du sinus latéral, autre complication, n'est plus au-dessus des ressources de la chirurgie.

Peu importe que l'abcès soit cortical, profond ou même extradura-mérien. Nous savons seulement qu'il est ordinairement unique et collecté, enkysté ou non. Quant à son siège, il est variable (tem-

poral, frontal, occipital, pariétal et fréquemment cérébelleux chez l'adulte); mais la question de localisation, que ne peut pas toujours résoudre le diagnostic, est secondaire ici, par exception.

Il est une condition anatomique capitale dont bénéficiera l'intervention, c'est que la continuité des lésions périphériques et centrales guidera le chirurgien dans la recherche du pus. Si cette règle n'est pas absolue, puisqu'on a pu voir l'abcès siéger dans l'hémisphère du côté opposé, elle est du moins, dans la majorité des cas, extrêmement utile. Elle l'est d'autant plus que la simple mastoïdite est facilement confondue avec l'abcès du cerveau. La suppuration des cellules mastoïdiennes peut aussi masquer cet abcès comme elle peut le simuler.

*Où il faut trépaner.* — Ce qui précède a fait prévoir la méthode de choix qu'il faut adopter. Nous savons que l'existence d'un abcès cérébral d'origine otique implique la persistance de la suppuration otique, accompagnée généralement de suppuration des cellules mastoïdiennes. Il faut donc, avant tout, trépaner l'apophyse et la caisse.

Cette méthode, qui s'attaque d'abord à la lésion causale, a été préconisée par Wheeler, puis par A. Broca. Elle est si logique qu'elle a aujourd'hui rallié la majorité des chirurgiens.

Elle offre l'avantage de donner facilement accès sur les régions temporale et cérébelleuse, principaux lieux d'élection de l'abcès du cerveau. Enfin, s'appliquant à tous les cas, elle permet de ne pas temporiser, en l'absence d'un diagnostic précis; l'indication opératoire se trouve posée dès l'apparition des accidents cérébraux; on peut se passer d'une localisation exacte et du diagnostic même de lésion du cerveau.

La trépanation mastoïdienne une fois exécutée, différentes éventualités sont possibles:

1° En poursuivant jusqu'à ses dernières limites la lésion mastoïdienne, on arrive à découvrir la lésion cérébrale dans la région temporale ou cérébelleuse. Une seule opération est alors suffisante.

2° La lésion mastoïdienne est isolée, et il n'existe pas de signe de localisation. En ce cas il faut, dans un premier temps, se borner à la trépanation mastoïdienne.

On sera souvent surpris de voir rétrocéder des accidents cérébraux d'apparence méningitique.

Si, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, l'évidement de la mastoïde n'a pas amené la cessation des symptômes encéphaliques, il faut ouvrir le crâne, par la même voie mastoïdienne, en se dirigeant vers la fosse temporale ou vers la fosse cérébelleuse.

L'opération se fera ici en un ou deux temps, suivant les cas.

3° La lésion mastoïdienne est isolée, mais il existe un signe, tel qu'une monoplégie brachiale, annonçant une localisation éloignée, frontale par exemple. Il faudra pratiquer une seconde ouverture crânienne pour drainer l'abcès du cerveau développé à distance.

Signalons l'usage de la ponction cérébrale exploratrice, soit dans le cas d'abcès profond avec signes de localisation, soit dans le cas de symptômes diffus persistant après trépanation simple de la mastoïde.

MM. A. Broca et P. Maubrac recommandent de trépaner à la gouge et au maillet sur l'antre mastoïdien au lieu d'élection : « dans un carré de 1 centimètre de côté (chez l'adulte), situé à 5 millimètres en arrière de la moitié supérieure de la paroi postérieure du conduit auditif ». Il faut faire sauter le plafond de l'antre et de la caisse, pour ouvrir la fosse temporale; la paroi postérieure, pour ouvrir la fosse cérébelleuse. « Dans ce dernier cas, on passe franchement en dedans et au-dessus du sinus latéral qu'on ne risque pas de blesser. »

Au point de vue opératoire, la voie mastoïdienne est avantageuse, « même quand on a pu diagnostiquer avec précision l'existence d'un abcès cérébral ou cérébelleux », parce qu'elle est plus directe et plus déclive et parce qu'on est certain de ne pas laisser stagner du pus dans une poche extra-durale intermédiaire à la lésion auriculaire et à la lésion cérébrale.

*Résultats opératoires.* — En bloc, on peut considérer qu'il y a environ 50 pour 100 de succès, quelle que soit la méthode employée. La voie mastoïdienne donnerait encore une statistique meilleure.

Mais il faut tenir compte des guérisons incomplètes avec persistance de troubles divers et surtout des récidives possibles.

Le traitement des abcès cérébraux consécutifs à une suppuration quelconque des os du crâne est calqué sur le précédent et nous n'insistons pas.

2° ABCÈS MÉTASTATIQUES. — Les abcès métastatiques du cerveau miliaires (pyémie, endocardite infectieuse) ou plus volumineux (d'origine pulmonaire ou pleurale généralement, ou quelconque, exemple : panaris) sont, contrairement aux précédents, plus souvent multiples et, partant, il faut s'attendre à une action thérapeutique curative bien moins efficace. Il y a indication opératoire toutes les fois que le diagnostic sera établi, surtout au cours de la dilatation des bronches, de la gangrène pulmonaire, de la pleurésie purulente, de la tuberculose pulmonaire cavitaire (infection secondaire), etc., mais la guérison sera exceptionnelle. Ici encore le traitement sera dirigé d'abord contre la lésion causale. Au point de vue opératoire,

il faut savoir que les abcès siègent plus souvent profondément dans la substance blanche.

3° ABCÈS TRAUMATIQUES. — La cause de ces abcès est une fracture compliquée de la voûte ou de la base du crâne, ou une ostéite suppurée des os du crâne consécutive à un traumatisme. Tout malade qui dans ces conditions présente des accidents méningitiques doit être trépané le plus tôt possible. Le but du chirurgien doit être de désinfecter le foyer de suppuration osseuse et le foyer extra-dure-mérien, s'il en existe un, et d'intervenir avant que la méningo-encéphalite suppurée circonscrite ait eu le temps de se diffuser. Or, on le conçoit, si l'indication est possible à remplir en ce qui concerne les traumatismes de la voûte, elle est problématique pour les fractures du rocher, dans lesquelles les foyers osseux et méningo-encéphaliques sont tous deux bien moins accessibles. Dans ce dernier cas, il est donc permis de s'abstenir.

Tout autre est le cas des suppurations tardives, généralement profondes, qui se développent dans le cerveau à la suite des traumatismes crâniens, et même, dit Bergmann, à la suite des plaies du cuir chevelu. Nous retrouvons ici des signes de localisation et de compression, joints à la fièvre de suppuration.

« Si la plaie suppure encore, on trépanera à son niveau » (Glantenay).

Si elle est cicatrisée, on opérera encore à son niveau s'il n'y a pas de symptômes de localisation.

Ce n'est qu'en présence de symptômes de déficit (paralysie) en foyer bien nets, qu'on se laissera guider par eux. Alors, si on est tombé sur le siège exact de l'abcès, on constatera, une fois la dure-mère incisée, le signe de Roser-Braun (disparition des battements cérébraux) qui autorisera à ponctionner le cerveau en différents sens pour reconnaître la direction que devra prendre le bistouri<sup>1</sup>.

**Traitement médical.** — *Traitement préventif.* — Nous avons insisté sur l'importance qu'avait, dans la cure des abcès cérébraux toujours secondaires, celle de la suppuration causale; aussi doit-on ne pas perdre de vue le corollaire de cette loi : la désinfection du foyer primitif sera l'unique moyen d'éviter la formation de ces abcès, et ce sera un moyen efficace aussi bien pour les abcès métastatiques que pour les encéphalites suppurées auriculaires et traumatiques.

1. Nous nous sommes aidé, pour la rédaction de ce paragraphe, des articles de BRISSAUD (*Traité de médecine*), J. RENAULT (*Manuel de médecine*), E. ESTOR (*Traité de thérapeutique*), et des livres de A. BROCA et P. MAUBRAC, de GLANTENAY, de CHIPAULT, etc.

*Traitement symptomatique.* — Le traitement médical de l'encéphalite suppurée sera, d'une façon générale, le même que celui des encéphalites aiguës simples. Quelques symptômes nécessitent cependant une médication spéciale, notamment la céphalée. On emploiera contre elle l'antipyrine, la phénacétine, la morphine, etc. Contre les signes d'excitation, nous avons indiqué les principaux antispasmodiques; il faudra recourir aux stimulants dans les cas où la torpeur et les phénomènes de dépression prédominent. Enfin, certaines formes réclament une thérapeutique particulière, telle est la forme mentale, qu'il nous suffira ici d'avoir mentionnée.

PAUL LONDE.

## ENCÉPHALITES CHRONIQUES

(ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES)

Il est un fait consacré en nosographie moderne, c'est que les encéphalites aiguës simples ou chroniques sont considérées comme des affections de l'enfance. La question de l'encéphalite chez l'adulte est à peine soulevée, et cette appellation, au point de vue clinique surtout, n'est que l'étiquette d'une case presque vide du cadre nosologique.

**Traitement médical.** — Les encéphalopathies chroniques de l'enfance sont de deux ordres: les unes ne sont que le reliquat d'une encéphalite aiguë, souvent passée inaperçue (hémiplegie spasmodique), les autres ont une marche chronique d'emblée (maladie de Little). Les unes ne sont probablement que des lésions cicatricielles (sclérose atrophique), les autres représentent des lésions scléreuses en évolution (sclérose hypertrophique).

La lésion est essentiellement variable (kyste, porencéphalie, hémorragie, ramollissement, méningo-encéphalite) et sans rapport précis avec la cause de la maladie (traumatisme, infection, dystocie, accouchement avant terme, hérédité). Aussi sommes-nous forcé d'adopter une division purement symptomatique, à l'exemple de M. Brissaud, et d'étudier successivement les indications fournies, au cours de la période chronique des encéphalopathies infantiles, par la paralysie, par la contracture, par les mouvements athétosiques et choréiformes, par les convulsions épileptiformes, par les troubles trophiques et par les troubles intellectuels.

Chaque symptôme principal caractérise une forme clinique spéciale: la paralysie est le signe prédominant de l'hémiplegie spasmodique et de l'hémiplegie spasmodique double (diplégie cérébrale typique); la contracture, celui de la rigidité spasmodique généralisée (maladie de Little typique); l'athétose, celui de l'athétose double; la secousse choréiforme, celui de la chorée congénitale; l'épilepsie, celui de certaines encéphalopathies prises pour de l'épilepsie essentielle; l'arrêt de développement intellectuel, celui de l'idiotie; l'arrêt de développement somatique est d'autant plus marqué que la lésion aura été plus précoce et plus profonde en ce qui concerne du moins l'hémiplegie spasmodique.

1° **TRAITEMENT DE LA CAUSE.** — Avant d'entrer dans le détail de ces indications symptomatiques, relevons une indication causale qui doit préoccuper dès l'abord le clinicien. Qu'il s'agisse du syndrome hémiplegie spasmodique ou du syndrome rigidité spasmodique généralisée, il faut toujours se poser la question de la *syphilis héréditaire* (Fournier, Gilles de la Tourette). Si la réponse est positive, on doit administrer le traitement mixte basé sur l'association des frictions et de l'iodure de potassium.

Les autres causes d'encéphalopathies infantiles ne comportent guère qu'un traitement prophylactique.

Chez les prédisposés, il faut reculer, autant que possible, la date d'un accouchement prématuré; il faut remédier à la dystocie en général par les moyens *ad hoc* les plus radicaux, pour empêcher la compression prolongée de la tête au passage et l'asphyxie de l'enfant. Dans ces derniers cas, on a rapporté à une hémorragie méningée et sous-méningée les accidents ultérieurs.

Ajoutons que la cause de l'encéphalopathie (en dehors de la syphilis) est importante à rechercher et à retenir pour établir le pronostic: la naissance avant terme est le facteur étiologique qui comporte la maladie la moins grave; on est alors en droit d'attendre une grande amélioration résultant de l'évolution morbide elle-même. Viennent ensuite les hémorragies méningées superficielles par dystocie, susceptibles d'une atténuation dans les symptômes, mais beaucoup moindre. Les autres lésions sont presque toujours irrémédiables. Le rôle du médecin se bornera alors à éviter les complications.

2° **TRAITEMENT DE LA LÉSION.** — Dans certains cas d'hémiplegie spasmodique, le caractère progressif de la maladie, ainsi que la notion de la continuité du processus morbide (Jendrassik et Marie), impose un traitement révulsif, prolongé au delà de la période aiguë (pointes de feu, vésicatoires), traitement qu'on appliquera à la nuque ou du côté opposé à l'hémiplegie.

3° **TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE.** — A. *Paralysie.* — On aura recours

à l'électricité un mois au moins après la disparition des accidents aigus. Il serait à craindre, avec les courants faradiques, d'augmenter l'état spasmodique. Aussi vaut-il mieux s'en tenir aux courants galvaniques descendants sur la moelle et les nerfs (Lannois). Hammond conseille la galvanisation cérébrale, trois minutes tous les deux jours, les pôles étant appliqués aux apophyses mastoïdes.

On joindra à l'électricité les *frictions* superficielles stimulantes et le *massage* articulaire, les mouvements provoqués.

L'état paralytique est, d'une façon générale, d'autant plus marqué que la maladie s'est déclarée à une période plus éloignée de la naissance, « c'est-à-dire à une époque de la vie où les suppléances fonctionnelles pour les parties du cerveau restées saines sont plus difficiles ».

B. *Contracture*. — Les *bains tièdes*, les *sédatifs* (bromure de potassium), les *bains de boue*, les *eaux peu minéralisées* (Néris, Plombières) sont à peu près les seuls remèdes à employer contre la contracture musculaire.

Les *mouvements provoqués* auront l'avantage de retarder ou d'empêcher la rétraction tendineuse. Celle-ci une fois installée sera traitée chirurgicalement.

Quand la paralysie est absente ou peu marquée ou qu'on a affaire à la rigidité spasmodique généralisée (par exemple : maladie de Little au sens où l'entend M. Brissaud, par accouchement prématuré), on doit entreprendre une *éducation méthodique* des membres atteints : il faut engager l'enfant aux mouvements. On le fera marcher; on le fera courir, en jouant, s'il est possible; on exercera de même ses mains, naturellement maladroites. Cette catégorie de malades, quelle que soit la pathogénie adoptée, est susceptible d'amélioration.

Le sujet se développe mal, en retard aussi bien intellectuellement que somatiquement, mais il se développe, pour peu qu'on l'y aide. M. Vincent a exposé un traitement systématique orthopédique de la maladie de Little<sup>1</sup>. Mais, en général, l'*orthopédie* ne viendra en aide qu'au traitement chirurgical (voir plus loin).

C. — Contre l'*athétose* et les *mouvements choréiformes*, on se contentera d'employer la valériane, les bromures ou l'antipyrine dans les moments où les malades seront plus agités. Nous ne citons que pour mémoire l'élongation des nerfs<sup>2</sup>.

D. — L'*épilepsie* ne comporte pas ici de traitement spécial. Elle est souvent partielle (hémiplégie spasmodique). Généralement elle est

1. VINCENT, *Revue d'orthopédie*, 1896.

2. P. REDARD et P. BEZANÇON, Du traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little (*Ann. de médecine et de chirurgie infantiles*, 1899).

apte à disparaître après trente ans (Bourneville); aussi la démence sera-t-elle relativement rare chez cette variété d'épileptiques.

E. — Contre les *troubles trophiques* (atrophie musculaire, arrêt de développement), on aura recours à la galvanisation, aux bains chauds salés. Mais le séjour aux bords de la mer sera toujours contre-indiqué.

F. — Le traitement *pédagogique* des troubles intellectuels n'est autre que celui des imbéciles et des idiots, et nous n'avons pas à l'exposer ici.

**Traitement chirurgical.** — Il peut intervenir soit contre la rétraction fibreuse, soit contre la lésion centrale.

1° *Des rétractions tendineuses.* — La ténotomie, qui a pour but de permettre au pied, maintenu par les rétractions fibreuses en position vicieuse, de revenir en position meilleure, n'est à employer qu'à partir du moment où la contracture musculaire n'augmente plus. L'équinisme sera corrigé par la section du tendon d'Achille, à laquelle il faudra ajouter parfois l'ablation ou la résection de l'astragale.

On remédiera au valgus par la section de l'aponévrose plantaire. On peut être amené à pratiquer de même la section des demi-tendineux, demi-membraneux et biceps. Le redressement obtenu sera maintenu par un appareil inamovible (plâtré) pendant trente jours. Puis, on fera, s'il y a lieu, usage des appareils orthopédiques pour aider à la reprise des mouvements en bonne position ou pour remédier à une déformation persistante.

2° *De la lésion centrale.* — Parmi les lésions qui ont été signalées, la plus justiciable d'un traitement chirurgical est le *kyste*. Broca et d'autres auteurs (Oppenheim, Sonnenburg) ont obtenu une amélioration. L'épilepsie jacksonienne est le symptôme qui permet d'engager l'action chirurgicale dans l'hémiplégie spasmodique infantile.

Quand il s'agit d'une hémiplégie d'origine *traumatique*, la cure est encore meilleure, témoin le cas de Outtersen Wood et Edw. Cotterel, cité par E. Weill, où l'on trouva un kyste séreux dû à une hémorragie sous-méningée primitive. Il va sans dire que l'intervention aura un effet d'autant plus sûr qu'elle sera plus précoce.

Ces résultats ont permis de poser la question chirurgicale à propos des hémorragies sous-méningées par dystocie. Il s'agit, en somme, du traitement chirurgical de la rigidité spasmodique généralisée ou paraplégique. C'est un problème à réserver avec d'autant plus de prudence que la rigidité spasmodique quadriplégique peut être due à une lésion médullaire (Déjerine).

Paul LONDE.

## PARALYSIE GÉNÉRALE

Il serait enfantin d'avancer que, en l'état actuel de la thérapeutique, on peut prétendre guérir la péri-méningo-encéphalite interstitielle diffuse. Ce n'est pas que nous n'ions la possibilité absolue de la guérison : de temps à autre, on cite des faits, rares à la vérité et d'une interprétation toujours très délicate, mais enfin des faits prouvant qu'il existe des paralytiques généraux ayant retrouvé leur intelligence, leurs forces, leurs capacités.

MM. Doutrebente<sup>1</sup>, Brunet<sup>2</sup>, Ball<sup>3</sup> en ont fait connaître des exemples devant lesquels nous ne demandons pas mieux que de nous incliner; seulement, le pourquoi de ces guérisons nous échappe aussi absolument que la cause intime de la maladie. Aussi, sans vouloir disputer sur la véritable signification de ces résultats heureux, il faut savoir se résigner, pour le moment du moins, à viser dans le traitement de la paralysie générale un but beaucoup plus modeste, mais dont la réalisation est incontestable, je veux dire : la rémission. On appelle ainsi une régression plus ou moins marquée des symptômes psychiques et quelquefois physiques de la paralysie générale, régression qui se prolonge pendant un laps de temps allant de quelques semaines à plusieurs mois, voire même à plusieurs années. Il serait dangereux de s'illusionner sur la véritable valeur de cette atténuation des accidents; en cherchant quelque peu, on découvre que les troubles cardinaux de la maladie et, notamment, l'affaiblissement en masse des facultés intellectuelles, qui en est la marque pour ainsi dire indélébile, subsistent toujours, seulement le tout est considérablement amendé, adouci dans ses angles, à tel point qu'avec de la bonne volonté, d'une part, et l'enthousiasme, de l'autre, on peut croire, dans certains cas, à une véritable guérison. Or, il faut convenir qu'il est déjà très heureux de pouvoir obtenir un pareil amendement dans une maladie dont le pronostic est aussi inexorable.

Pour cette seule raison, le traitement de la paralysie générale mérite sa place dans un Traité de thérapeutique. Avant de l'aborder, rappelons qu'il est nécessaire de tenir grand compte de la période

1. DOUTREBENTE, *Ann. méd.-psych.*, mars 1878, p. 161.

2. BRUNET, *ibid.*, novembre 1882, p. 366.

3. BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, 1890, p. 921.

préparalytique de la périencéphalite diffuse, si bien étudiée par M. Gilbert Ballet, période très longue parfois, et caractérisée par des accidents prenant souvent la forme d'un état neurasthénique. Un traitement bien conduit, dès le début de cette période, donnerait probablement des résultats plus heureux que celui qui s'attaque à une affection déjà constituée. Prévenir vaut mieux que lutter désespérément contre un fait accompli; aussi, faut-il s'attacher à dépister la paralysie générale bien plus tôt qu'on ne le fait actuellement, de façon qu'une thérapeutique rationnelle, appliquée à temps, puisse donner le résultat tant désiré et si rarement atteint.

A l'heure actuelle, le traitement de la paralysie générale est essentiellement symptomatique.

**Traitement symptomatique.** — I. A LA PÉRIODE PRODROMIQUE, l'attention de l'entourage et du clinicien est attirée par une profonde modification dans le caractère, dans l'état cœnesthétique : le malade est tantôt excité, tantôt déprimé. Des ictus épileptiformes ou apoplectiformes sont à craindre dans les deux états. La prolongation même de ces troubles démontre rapidement l'impossibilité pour le paralytique général de conserver sa place dans le milieu social où il a vécu jusque-là. Sans recourir nécessairement à la séquestration — elle ne s'impose que lorsqu'on ne peut empêcher, par un autre moyen, que le malade ne commette des actes compromettants ou délictueux — il faut, avant tout, suspendre toute occupation intellectuelle ou manuelle. On mettra le malade au repos moral et matériel le plus complet, et on lui évitera tout sujet d'excitation, d'irritation ou de discussion.

Le mieux, pour cela, est de l'installer à la campagne, où il ne recevra aucune visite inutile à son état morbide. Les repas seront surveillés de façon qu'ils ne soient pas trop copieux; tout aliment excitant, toute boisson spiritueuse ou simplement alcoolique seront radicalement supprimés.

II. A LA PÉRIODE D'ÉTAT, on est amené à combattre une série de symptômes, parmi lesquels l'agitation maniaque ou la dépression mélancolique, hypocondriaque occupent la première place.

a. Les moyens dont on se sert contre l'agitation des paralytiques sont fort nombreux et pas toujours efficaces. On peut les diviser en moyens externes et internes.

Les *révulsifs* appartiennent à la première catégorie. Le vésicatoire appliqué à la nuque ou sur le cuir chevelu est un moyen démodé, mais peut-être trop injustement abandonné. J'en dirai autant du fameux séton à la nuque. On a recours aujourd'hui à la cautérisation ponctuée à la même région ou même tout le long de la colonne vertébrale pour peu qu'il existe quelques symptômes médullaires qui