

ment le malade de position, qu'au besoin on le fera reposer sur un *matelas d'eau* pour éviter ou retarder la production d'escarres.

L'usage des *eaux alcalines* ou mieux encore des *eaux diurétiques* comme celles d'Évian, Vittel, Contrexéville est indiqué, en raison de leur action sur la nutrition et sur les fonctions rénales, sauf quand il existe une néphrite interstitielle.

L'*iodure de potassium* à petites doses est l'unique médicament dont l'utilité ne soit pas contestable.

Tout écart de régime doit être sévèrement proscrit, car l'indigestion, l'abus des boissons alcooliques sont souvent la cause occasionnelle d'une rupture vasculaire. Les malades doivent restreindre la quantité des matériaux azotés qui entrent dans leur alimentation, faire de préférence usage de lait, des viandes blanches, des légumes verts et ne boire que de l'eau rougie. Ils doivent éviter les excès de toute nature, éviter de passer brusquement à des températures très différentes, de séjourner dans des appartements surchauffés.

Jusqu'à ces dernières années, les hémiplegiques « enfants peu gâtés de la thérapeutique », suivant l'expression de Gilles de la Tourette, étaient à peu près complètement abandonnés à eux-mêmes, après la période initiale de la maladie. On insiste aujourd'hui avec raison sur la nécessité d'employer des moyens qui aident le malade à guérir de son hémiplegie, c'est-à-dire le massage, l'électricité, la mobilisation des membres paralysés, la rééducation des mouvements.

Le *massage*, outre son action trophique sur les muscles, a l'avantage de faire disparaître l'œdème, d'assouplir les articulations, d'atténuer les contractures.

Chaque contracture d'un muscle ou d'un groupe musculaire correspond à une diminution de la tonicité musculaire de leurs antagonistes. Ce sont ces antagonistes qu'il convient de masser et non les muscles contracturés. Chez les hémiplegiques, ce sont les extenseurs des membres inférieurs et les fléchisseurs des membres supérieurs qui sont contracturés; il faut donc masser les fléchisseurs de la jambe sur la cuisse et les extenseurs, et, au membre supérieur, le deltoïde, le biceps brachial, les court et long supinateurs, les radiaux, les extenseurs des doigts et les interosseux. Le massage doit être précoce, dans le traitement des contractures. Quand les antagonistes ont récupéré une tonicité suffisante pour lutter efficacement contre les muscles contracturés, on procède alors à un massage prudent de ces derniers.

Il faut encore pratiquer des *mobilisations précoces des membres paralysés* pour éviter l'arthrite qui limite les mouvements et tient sous sa dépendance directe l'atrophie musculaire (Gilles de la Tourette). On fera, deux fois par jour, une séance de mobilisation; tous les efforts porteront sur le membre supérieur, sur l'articulation de l'épaule, celle qui a le plus de tendance à s'ankyloser.

On mobilisera une à une les articulations des doigts, du poignet et du coude et l'on fera exécuter au bras les mouvements les plus étendus. On terminera par un léger massage des muscles, en allant de leur insertion musculaire à leur terminaison tendineuse.

On procédera de même au niveau des membres inférieurs.

L'*électricité* peut rendre des services chez les hémiplegiques: elle permet d'améliorer la nutrition des muscles, de rendre aux mouvements restés possibles une certaine amplitude, d'empêcher les muscles restés en relation avec des cellules cérébrales intactes, de s'atrophier par inactivité. Si l'électrothérapie est bien conduite, il n'y a nullement à craindre de favoriser l'apparition de phénomènes spasmodiques. On emploiera de préférence le courant faradique à interruptions rares (1 ou 2 par seconde). Pour activer la circulation languissante, on peut également avoir recours à des bains galvaniques locaux, le membre monoplégié étant plongé dans un bassin où arrive l'un des pôles d'un courant galvanique. L'autre pôle sera placé dans le dos du malade. L'intensité du courant ne doit pas dépasser 20 m. a.

Contre les raideurs articulaires, les ankyloses qui peuvent survenir à la longue dans un membre réduit partiellement à l'impotence, la galvanisation continue de l'articulation avec un courant d'intensité élevée (20 à 60 m. a.) peut ramener la souplesse de l'article par résolution des adhérences (Zimmern).

Chez les hémiplegiques droits, dont la paralysie est incomplète, on peut combattre l'agraphie par la *rééducation de l'écriture*.

Quant à la *rééducation des mouvements*, elle a, chez les hémiplegiques, une importance aussi grande que chez les tabétiques. Il faut apprendre au malade à se lever sur son séant, à descendre de son lit, à marcher, d'abord à l'aide de béquilles. On fait exécuter des mouvements de flexion des membres inférieurs en faisant poser le pied sur des petits bancs de différentes hauteurs, ceux d'extension au moyen d'un appareil à traction à double poulie, etc....

On commence, bien entendu, par faire exécuter les mouvements les plus simples et en soulevant le membre pour compenser l'effet de la pesanteur.

Au fur et à mesure que des progrès sont accomplis, on passe aux mouvements plus complexes, exigeant des efforts de coordination. En faisant des mouvements passifs du membre paralysé, pendant que le malade ferme les yeux, on développe chez lui la sensation du mouvement et le sens de l'espace.

#### MÉNINGITES AIGÜES; HÉMORRAGIE MÉNINGÉE

L'étude clinique et étiologique des méningites aiguës, leur diagnostic et même leur traitement ont largement bénéficié de l'application à ces maladies des procédés d'étude empruntés à la technique bactériologique. On peut aujourd'hui différencier aisément, dans un grand nombre de cas, les méningites tuberculeuses d'avec celles qui ne le sont pas, distinguer les méningites proprement dites des accidents pseudo-méningitiques qui les simulent, enfin, appliquer aux méningites non tuberculeuses certains procédés de traitement, qui, pour n'être pas infailibles, ont une efficacité incontestable.

Bien que les méninges constituent trois membranes superposées: dure-mère, arachnoïde, pie-mère, leurs lésions se réduisent à deux groupes bien distincts: les lésions de la dure-mère (méninges dures) qui constituent les pachyméningites, négligeables au point de vue thérapeutique; celles des méninges molles, beaucoup plus fréquentes, qui constituent les méningites proprement dites ou leptoméningites.

Il n'y a pas lieu d'établir une distinction absolue entre les leptoméningites cérébrales et les leptoméningites spinales; en effet, les agents infectieux se propagent facilement