

Ὁ κ. Στυλιανὸς Σεφεριάδης ἐξελέγη ὑπὸ τῆς Τάξεως τῶν Ἡθικῶν καὶ Πολιτικῶν Ἐπιστημῶν Ἀντιπρόεδρος αὐτῆς τοῦ ἔτους 1938.

ΚΑΤΑΘΕΣΙΣ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Ὁ Γενικὸς Γραμματεὺς καταθέτει τὰ πρὸς τὴν Ἀκαδημίαν ἀποσταλέντα συγγράμματα.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ.—Recherches cliniques sur le traitement de l'épilepsie essentielle*, par Michel Catsaras.

L'épilepsie dite essentielle n'a pas de lésions cérébrales pathognomoniques, elle se distingue néanmoins de l'épilepsie symptomatique par quelques traits négatifs, c'est-à-dire par l'absence de lésions inflammatoires, traumatiques, syphilitiques etc., qui pourraient provoquer une irritation épileptogène directe. L'épilepsie essentielle donc est caractérisée au point de vue anatomopathologique par la présence de certaines lésions communes à toutes les épilepsies et l'absence de toute lésion évidemment irritative.

Il paraît aujourd'hui établi que les lésions principales qu'on trouve dans les cerveaux des épileptiques ne sont ni la cause de l'épilepsie essentielle, ni de l'accès épileptique, mais sont plutôt les conséquences de l'accès épileptique et particulièrement la conséquence des troubles vasculaires, qui précèdent l'attaque épileptique.

Les spasmes vasculaires précédents les attaques provoquent des lésions parenchymateuses plus ou moins étendues, qui touchent non seulement l'élément ganglionnaire, mais aussi la substance grise nerveuse et les fibres tangentielles. Ces lésions secondaires constituent le substratum anatomique de la démence épileptique, d'un état chronique akinétique, des syndromes psychiques durables etc.

Ainsi tous les symptômes durables de l'épilepsie en dehors des attaques comitiales sont des symptômes secondaires, ils constituent un syndrome post-épileptique analogue au Parkinsonisme, qui constitue un syndrome post-encéphalitique.

Au point de vue physiopathologique l'accès épileptique est, d'après

* ΜΙΧΑΗΛ ΚΑΤΣΑΡΑ.—Κλινικά ἔρευναι ἐπὶ τῆς ἰδιοπαθοῦς ἐπιληψίας.

Foerster, un symptôme d'excitation, c'est la décharge d'un élément moteur frappé par l'excitation primaire et ensuite l'irradiation de l'excitation sur les éléments voisins. Il ne s'agit pas, comme quelques auteurs l'admettent encore, d'une réaction de libération des centres inférieurs par paralysie des centres supérieurs, mais comme l'expérience électrique peut le démontrer à chaque instant, d'un effet d'excitation directe.

L'exploration électrique de l'écorce cérébrale aussi bien que la clinique montrent la réponse donnée par chaque territoire cortical et comment cette excitation s'étend sur le voisinage.

L'onde excitatoire de la crise épileptique produit une décharge tellement explosive et il conduit à de tels troubles secondaires aussi vasculaires de l'écorce, qu'il provoque la paralysie de toute fonction corticale, dont la conséquence nécessaire devient la perte de connaissance.

Comme nous ne connaissons pas de lésion anatomopathologique primaire de l'épilepsie essentielle, plusieurs auteurs ont recherché le fond humoral et biochimique du phénomène épileptique, ils ont fait diverses constatations sérologiques, humorales et urinaires, qui étaient longtemps au premier plan. Nous partageons l'opinion de Wuthe, Georgi et Steck, que les faits dûment établis et confirmés n'ont pas de rapports causaux directs avec l'épilepsie, mais sont d'une part des faits concomitants, des altérations preparoxystiques de l'organisme et, d'autre part, l'expression de l'oscillation continue et du rétablissement de l'équilibre troublé par l'attaque épileptique.

Pour bien traiter un malade atteint d'épilepsie il faut savoir à fond que nous devons combattre par tous les moyens l'accès épileptique pour empêcher la création de l'habitude épileptique, comme nous l'apprenait déjà Sahli et comme Govvers a dit avec raison que chaque crise épileptique est la conséquence de la crise précédente et la cause de la crise suivante.

Mais combattant la crise épileptique nous empêchons aussi la création des lésions anatomopathologiques secondaires, que nous venons d'exposer et qui sont la base de la démence, d'un état akinetique, des syndromes psychiques chroniques et de tous les symptômes durables de l'épilepsie.

La crise épileptique est manifestée par les cinq formes cliniques suivantes: a. par la grande attaque spasmodique, b. par le vertige épileptique, c. par l'absence épileptique, d. par la psychose épileptique instantanée, dont les caractères cliniques sont: l'invasion subite, la véhémence, les diverses actions, tantôt insignifiantes, étranges ou ridicules, tantôt dangereuses ou

criminelles, la cessation subite et particulièrement la perte de conscience parfaite. Souvent ces actes présentent les manifestations cliniques du *somnambulisme*. Le malade revenant à soi s'étonne, ne conservant aucun souvenir de tout ce qu'il a fait.

e. La crise épileptique est manifestée par la forme de *psychose épileptique prolongée*, qui se lance en règle après l'accès épileptique d'une forme quelconque, parfois avant lui. Rarement la psychose épileptique prolongée survient sans crise épileptique se substituant à celle-ci.

Ajoutons que les plus significatifs caractères de la psychose épileptique prolongée sont trois: la brièveté de sa durée (1-3 semaines), le début et la fin subite et la perte de conscience parfaite qui en règle suit l'accès. Le fol épileptique est pour la plupart très violent et très dangereux. Enfin notons bien que presque toujours la psychose épileptique prolongée récidive, la seconde attaque étant en règle générale la copie exacte de la première.

Les moyens thérapeutiques très efficaces que nous employons pour le traitement de l'épilepsie essentielle sont les suivants:

1° *La médication pharmaceutique*.—De ma longue expérience il résulte, que parmi tous les médicaments que j'ai employé pour combattre l'accès épileptique les plus efficaces sont le Luminal, la Borosodine Lumière et rarement la médication polybromurée.

Nous commençons par le Luminal, qui est inévitable, à la dose de 0,25 centigrammes par jour en deux cachets, de 0,12 1/2 centigrammes chaque: le malade doit prendre le premier à 10 h., le second à 22 h. et au moins deux heures après le dîner. Il est absolument nécessaire d'augmenter après 15 jours la dose du Luminal à 0,30 centigrammes par jour en deux cachets et aux mêmes heures.

Si le malade n'a plus d'accès, nous n'augmentons pas la dose du médicament, mais si l'accès récidive, nous devons augmenter la dose du Luminal à 0,35 centigrammes par jour en deux cachets et toujours aux mêmes heures. Si la crise épileptique cesse, le malade doit continuer le Luminal à la dose qui a fait disparaître l'accès. Mais si la crise épileptique récidive, il faut ajouter au Luminal l'emploi de la Borosodine Lumière, qui est un tartrate boricosodique et non un tartrate boricotassique, elle est aussi la meilleure composition du bore, à la dose de 2 cuillerées à café par jour: la première à 8 h., la seconde à 17 h. dans un demi verre d'eau. Le malade doit continuer le Luminal et la Borosodine sans aucune interruption, même

après la disparition complète de l'accès épileptique, qu'on obtient en règle générale.

Seulement deux fois la crise épileptique n'a pas cessé et nous avons été obligé de remplacer la Borosodine par la médication Polybromurée en utilisant une solution de Bromure de potassium, de sodium et d'ammonium à 10 grammes pour 250 grammes sirop de fleurs d'oranges et sirop de menthe à la dose de 2 cuillères à bouche par jour: la première à 8 h. et la seconde à 17 h. dans un demi verre d'eau. Cette dose journalière doit être dépassée de une cuillère par semaine jusqu'à 4 aux mêmes heures, puis revenir en sens inverse jusqu'à 2 et ainsi de suite sans aucune interruption.

Nous conseillons toujours outre ces médicaments spécifiques pour ainsi dire de la crise épileptique, de tonifier l'organisme de l'épileptique et nous conseillons de prescrire les remèdes suivants:

a. Le sirop iodotannique, qui doit s'administrer à la dose de 3 cuillères à bouche par jour: 1 cuillère avant chaque principal repas pendant un mois. Ensuite:

b. La Liqueur Pearson (arsenic) qu'on prend par jour à la dose de 10 gouttes à chacun des 3 repas dans un peu d'eau le deuxième mois. Les mois suivants le malade doit refaire le même traitement sans interruption. En cas d'anémie nous remplaçons le mois de la Liqueur Pearson par l'Hémoglobine seule ou, mieux encore, associée aux glycérophosphates et au cola comme l'Hémoneurol Cognet, que nous administrons à la dose de 1 cuillerée à café avant chaque repas trois fois par jour. Après 4 mois d'emploi de l'Hémoneurol on doit revenir à la Liqueur Pearson. Ajoutons y qu'il faut toujours examiner si des parasites existent afin d'appliquer le traitement antiparasitaire.

La médication pharmaceutique à la deuxième enfance doit s'administrer: le Luminal à la dose de 0,12 à 0,24 centigrammes par jour en deux cachets et aux mêmes heures, la Borosodine Lumière à la dose de 1 cuillerée à café à 8 h. et $\frac{1}{2}$ cuillerée à 17 h., le Sirop iodotannique à la dose de 3 cuillères à compote par jour et la Liqueur Pearson à la dose de 6 gouttes à chacun des 3 repas. A la première enfance on doit administrer le Luminal à la dose de 0,4 à 0,10 centigrammes par jour en deux cachets et aux mêmes heures, la Borosodine à la dose de $\frac{1}{2}$ cuillerée à café à 8 h. et $\frac{1}{2}$ cuillerée à 17 h., le sirop iodotannique à la dose de 3 cuillerées à café par jour et la Liqueur Pearson à la dose de 4 gouttes à chacun des 3 repas.

Dans l'*état de mal*, qui est caractérisé par une série d'accès épileptiques, accompagnée parfois de fièvre, ce qui aggrave la situation du malade et mette en danger sa vie, nous conseillons de prescrire les purgations salines, les injections de sérum artificiel ou de sérum glycosé, lavements alimentaires, somnifère en injections sous-cutanées (2 à 4 c. c.) et la solution de Bromure de potassium et de chloral à 30 grammes à 250 grammes de sirop de menthe à la dose de 1 cuillère à bouche, la seconde cuillère après une heure et la troisième après deux heures, si les accès persistent.

Outre la médication pharmaceutique, qui est indispensable, les autres moyens thérapeutiques très efficaces que nous employons sont les suivants :

2° L'hydrothérapie pendant l'été et le mois de septembre sous forme de douches froides en jet brisé dirigé sur tout le corps sauf la tête, ou enveloppements froids de 2 minutes de durée tous les jours le matin, sauf un jour de repos par semaine, pendant les deux derniers mois de l'automne et du printemps, sous forme de douches Ecossaises, c'est à dire en jet brisé dirigé sur tout le corps sauf la tête tiède de 33° à 34° C. de 2 minutes de durée et immédiatement après presque froid de 30° à 31° C. de 1 minute de durée, ou bien sous forme d'enveloppements tièdes de 33 à 34 C. de 2 minutes et presque froids de 1 minute tous les deux jours dans la matinée et, pendant l'hiver et le mois de mars, sous forme d'une douche chaude de 35° C. en jet brisé dirigé sur tout le corps sauf la tête, ou enveloppements chaude de 35° C. de deux minutes de durée seulement et une compresse froide sur la tête trois fois par semaine et toujours dans la matinée. Les bains de mer sont sévèrement défendus comme très dangereux. Si le malade persiste de prendre parfois des bains chauds ou froids chez soi ou ailleurs, il doit être surveillé, c'est justement pour cela que, en ce qui concerne l'hydrothérapie, qui est si efficace dans le traitement de l'épilepsie on doit préférer les formes de douches ou des enveloppements que nous venons de décrire.

3° *Le régime*. Il faut sévèrement défendre au malade : a. le vin, la bière et tous les boissons alcooliques, dont il ne faut prendre pas une seule goutte, b. le tabac, l'épileptique ne doit fumer pas une seule cigarette, c. le café, le thé et le chocolat, d. un régime tonique et préférer la cuisine au beurre, l'huile crue étant à sa disposition, éviter les mets salés et la viande hachée, qui n'est pas grillée. Si le malade est arthritique, ce qui est fréquent, on lui prescrit aussi un régime antiarthritique, mais toutefois tonique.

Il faut interdire la bicyclette, la conduite d'autos, les agrès d'un navire, d'aérostate, la chasse, les exercices physiques, la gymnastique, les travaux professionnels dangereux etc.

4° *La régulation Hormonale.* De l'époque de la puberté la satisfaction des désirs vénériens faite d'une manière normale et tous les sept jours est nécessaire pour avoir l'Hormone génitale si utile aux fonctions de l'organisme en général et spécialement du système nerveux.

De mes longues recherches il résulte qu'après cinq, huit, dix, douze, quinze années de suppression de l'accès épileptique, l'abandon de la médication pharmaceutique a provoqué la récurrence de l'épilepsie et souvent même sous forme plus intense, ce qui prouve d'une manière très claire, que *l'épileptique doit être sous l'influence continue du traitement antiépileptique*, c'est ce que nous avons obtenu avec ma méthode suivante :

1° Après deux années de suppression parfaite de l'accès épileptique nous supprimons la médication pharmaceutique aussi bien les médicaments pour ainsi dire spécifiques à la dose du succès obtenus que les remèdes toniques un jour par semaine, le lundi, parce qu'on doit bien fixer le jour.

2° Après trois années de suppression de la crise épileptique sous toutes ses formes nous supprimons toute la médication pharmaceutique 2 jour par semaine, le lundi et le mardi.

3° Si quatre années passent et l'accès épileptique ne survient pas, nous supprimons la médication pharmaceutique 3 jours par semaine, le lundi, le mardi et le mercredi. On renonce à l'emploi des remèdes toniques, mais *le malade doit continuer les mêmes médicaments spécifiques de la crise épileptique et à la même dose*, que nous avons obtenu la suppression de l'accès épileptique, *les autres quatre jours de la semaine, le jeudi, le vendredi, le samedi et la dimanche et pendant toute sa vie.* Il doit accomplir aussi très exactement tous les autres moyens thérapeutiques, l'hydrothérapie, le régime etc.

C'est avec cette méthode et seulement avec celle-ci que nous avons réussi à faire disparaître l'accès épileptique et à vaincre avec succès cette affreuse maladie.

ΠΕΡΙΛΗΨΙΣ

Φαίνεται τανῦν παραδεδεγμένον ὅτι αἱ κυριώτεραι ἀλλοιώσεις, αἵτινες ἀπαντῶσιν ἐπὶ τῶν ἐγκεφάλων τῶν ἐπιληπτικῶν, δὲν εἶναι μήτε ἡ αἰτία τῆς ἰδιοπαθοῦς ἐπιληψίας, μήτε τῆς ἐπιληπτικῆς προσβολῆς, ἀλλ' εἶναι μᾶλλον αἱ συνέπειαι τῆς ἐπιληπτικῆς προσβολῆς καὶ ἰδιαζόντως ἡ συνέπεια τῶν ἀγγειακῶν διαταραχῶν, αἵτινες προηγούμεναι τοῦ ἐπιληπτικοῦ παροξυσμοῦ.

Αἱ δευτερογενεῖς δὲ αὐταὶ ἀλλοιώσεις συνιστῶσι τὴν ἀνατομικὴν ὑπόστασιν τῆς ἐπιληπτικῆς ἀνοίας, μιᾶς χρονίας ἀκινήτικῆς καταστάσεως, μονίμων ψυχικῶν συνδρομῶν κλπ. Οὕτω πάντα τὰ μόνιμα συμπτώματα τῆς ἐπιληψίας, ἐκτὸς τῶν ἐπιληπτικῶν προσβολῶν εἶναι συμπτώματα δευτερογενῆ, συνιστῶσιν ἓν σύνδρομον μετεπιληπτικόν.

Ἀπὸ φυσιοπαθολογικῆς ἀπόψεως ἡ ἐπιληπτικὴ προσβολὴ εἶναι ἓν σύμπτωμα ἐρεθισμοῦ καὶ ἡ ἀκτινοβολία τοῦ ἐρεθισμοῦ ἐπὶ τῶν γειτνιώντων στοιχείων. Αἱ ἡλεκτρικαὶ πειραματικαὶ ἐρευναι τοῦ ἐγκεφαλικοῦ φλοιοῦ καθὼς καὶ ἡ κλινικὴ καθιστῶσι πρόδηλον τὴν ἀπάντησιν τὴν διδομένην ὑφ' ἐκάστου ἐδάφους τοῦ φλοιοῦ καὶ τὸν τρόπον, καθ' ὃν ὁ ἐρεθισμὸς οὗτος ἐκτείνεται εἰς τὰ γειτνιώντα κέντρα αὐτοῦ.

Τὸ ἐρεθιστικὸν κύμα ἐκάστης ἐπιληπτικῆς προσβολῆς προκαλεῖ ἔκλυσιν τοσοῦτον ἐκρηκτικὴν καὶ ἄγει εἰς τηλικαύτας διαταραχὰς δευτερογενεῖς ἐπίσης ἀγγειακάς τοῦ φλοιοῦ, ὥστε προκαλεῖ τὴν παράλυσιν πάσης φλοιώδους λειτουργίας, ἣς ἀναγκαία συνέπεια καθίσταται ἡ ἀποβολὴ συνειδήσεως.

Πλεῖστοι συγγραφεῖς ἔστρεψαν τὰς ἐρεῦνας αὐτῶν πρὸς τὴν χυμικὴν καὶ βιοχημικὴν ὑπόστασιν τοῦ ἐπιληπτικοῦ φαινομένου καὶ ἐδημοσίευσαν διάφορα πορίσματα ὀρολογικά, χυμώδη καὶ οὐρητικά. Συμμεριζόμεθα τὴν γνώμην τοῦ Wuthe, τοῦ Georgi καὶ τοῦ Steck, καθ' ἣν τὰ προσηκόντως ἐγκατασταθέντα καὶ βεβαιωθέντα γεγονότα δὲν ἔχουσιν εὐθείας αἰτιολογικάς σχέσεις πρὸς τὴν ἐπιληψίαν, ἀλλ' εἶναι τοῦτο μὲν γεγονότα συνυπάρχοντα ἢ ἀλλοιώσεις προπαροξυντικαὶ τοῦ ὀργανισμοῦ τοῦτο δὲ ἡ ἐκδήλωσις τῆς συνεχοῦς διακυμάνσεως καὶ τῆς ἀποκαταστάσεως τῆς ἰσορροπίας τῆς διαταραχθεΐσης ὑπὸ τῆς ἐπιληπτικῆς προσβολῆς.

Ἴνα εὐστόχως θεραπεύσωμεν ἀσθενῆ πάσχοντα ἐπιληψίαν, ὀφείλομεν νὰ πολεμήσωμεν διὰ πάντων τῶν μέσων τὸν ἐπιληπτικὸν παροξυσμόν, ἵνα ἀναχαιτίσωμεν πρῶτον μὲν τὴν γένεσιν ἐπιληπτικῆς συνηθείας, καθότι ἐκάστη ἐπιληπτικὴ προσβολὴ εἶναι ἡ συνέπεια τῆς προηγουμένης προσβολῆς καὶ ἡ αἰτία τῆς ἐπομένης προσβολῆς, δεύτερον δὲ ἵνα ἀναχαιτίσωμεν ἐπίσης τὴν γένεσιν τῶν δευτερογενῶν ἀλλοιώσεων, αἵτινες ἀποτελοῦσι τὴν βᾶσιν πάντων τῶν μονίμων συμπτωμάτων τῆς ἐπιληψίας.

Ὁ ἐπιληπτικὸς παροξυσμὸς ἐκδηλοῦται διὰ τῶν ἐξ ἀκολουθίαν μορφῶν: α'. διὰ τῆς μεγάλης σπασμωδικῆς προσβολῆς, β'. διὰ τοῦ ἐπιληπτικοῦ ἱλίγγου, γ'. διὰ τῆς ἐπιληπτικῆς ἀφαιρέσεως, δ'. διὰ τῆς στιγμαίας ἐπιληπτικῆς φρενίτιδος, ἣς αἱ πράξεις πολλὰκις ἐμφανίζουσι τὰς κλινικάς ἐκδηλώσεις τῆς ὑπνοβασίας, καὶ ε'. διὰ τῆς παρατεταμένης ἐπιληπτικῆς φρενίτιδος, ἣς περιγράφομεν τοὺς κλινικοὺς χαρακτῆρας.

Τὰ ἀποτελεσματικώτατα θεραπευτικὰ μέσα, ἅτινα μεταχειρίζομεθα διὰ τὴν θεραπείαν τῆς ἰδιοπαθοῦς ἐπιληψίας εἶναι τὰ ἐξῆς:

1^{ον} Ἡ φαρμακευτικὴ ἰατρεία.—Ἐκ τῆς μακρᾶς μου πείρας συνάγεται, ὅτι μεταξὺ πάντων τῶν φαρμάκων, ἅτινα μετεχειρίσθην πρὸς καταπολέμησιν τοῦ ἐπιληπτικοῦ παροξυσμοῦ, τὰ ἀποτελεσματικώτερα εἶναι τὸ Luminale, ἢ Borosodine Lumière καὶ σπανίως ἡ πολυβρωμιούχος σκευασία, τὰ εἰδικὰ οὕτως εἰπεῖν φάρμακα τοῦ ἐπιληπτικοῦ παροξυσμοῦ. Ἐκθέτομεν δ' ἐν τοῖς πρόσθεν διὰ μακρῶν τὸν τρόπον τῆς χρήσεως αὐτῶν.

Συμβουλευόμεν δ' αἰέποτε ἐκτὸς τῶν εἰδικῶν τούτων φαρμάκων νὰ τονώσωμεν τὸν ὀργανισμόν τοῦ ἐπιληπτικοῦ διὰ τῶν ἐξῆς φαρμάκων: τοῦ ἰωδοταννικοῦ σιροπίου

καὶ τοῦ ὕγραυ Pearson, ἐν περιπτώσει δ' ἀναιμίας καὶ τοῦ Hémosteuirol ἀναγράφοντες ἐκτενῶς ἐν τοῖς πρόσθεν καὶ τὸν τρόπον τῆς χρήσεως αὐτῶν.

Ἐκτὸς τῆς φαρμακευτικῆς ἱατρείας, ἥτις εἶναι ἀναπόφευκτος, τὰ ἄλλα θεραπευτικὰ μέσα εἶναι τὰ ἐξῆς:

2^{ον} Ἡ ὑδροθεραπεία.—Ὅσον ἀφορᾷ τὴν ὑδροθεραπείαν, ἥτις εἶναι τοσοῦτον λυσιτελεῖς εἰς τὴν θεραπείαν τῆς ἐπιληψίας, ὀφείλει τις διὰ τοὺς λόγους, οὓς ἀνωτέρω ἐκθέτομεν, νὰ προτιμᾷ τὰς μορφὰς τῶν καταιονήσεων ἢ τῶν περιτυλίξεων, ἃς περιεγράφαμεν.

3^{ον} Ἡ δίαιτα.—Δέον νὰ συστήσωμεν δίαιταν τονωτικὴν καὶ νὰ ἀπαγορεύσωμεν αὐστηρῶς ὅσα λεπτομερῶς ἐξεθέσαμεν.

4^{ον} Ἡ ὁρμονικὴ ρύθμισις.—Ἐκ τῶν πολυετῶν κλινικῶν ἐρευνῶν μου συνάγεται, ὅτι ὁ ἐπιληπτικὸς ὀφείλει νὰ εἶναι ὑπὸ τὴν συνεχεῇ ἐπίδρασιν τῆς ἀντιεπιληπτικῆς θεραπείας, ἄλλως ἢ ὑποτροπὴ τῆς ἐπιληψίας εἶναι βεβαία. Τοῦτο δ' ἐπιτυγχάνομεν διὰ τῆς ἡμετέρας μεθόδου ὡς ἐξῆς:

α'. Μετὰ δύο ἔτη τελείας ἄρσεως τοῦ ἐπιληπτικοῦ παροξυσμοῦ παύομεν τὴν φαρμακευτικὴν ἱατρείαν, τὰ τε εἰδικὰ οὕτως εἰπεῖν φάρμακα εἰς τὴν δόσιν τῆς ἐπιτευχθείσης ἐπιτυχίας ὡς καὶ τὰ τονωτικὰ μίαν ἡμέραν τῆς ἐβδομάδος, τὴν δευτέραν.

β'. Μετὰ τρία ἔτη ἐξαφανίσεως τῆς ἐπιληπτικῆς κρίσεως ὑπὸ πάσας αὐτῆς τὰς μορφὰς αἴρομεν πᾶσαν τὴν φαρμακευτικὴν ἱατρείαν δύο ἡμέρας τῆς ἐβδομάδος, τὴν δευτέραν καὶ τὴν τρίτην.

γ'. Ἐὰν παρέλθωσι τέσσαρα ἔτη καὶ ὁ ἐπιληπτικὸς παροξυσμὸς δὲν ἐνσκήπτει, παύομεν τὴν φαρμακευτικὴν ἱατρείαν τρεῖς ἡμέρας τῆς ἐβδομάδος, τὴν δευτέραν, τὴν τρίτην καὶ τὴν τετάρτην. Ἐγκαταλείπομεν τὴν χρῆσιν τῶν τονωτικῶν φαρμάκων, ἀλλ' ὁ ἀσθενὴς ὀφείλει νὰ ἐξακολουθήσῃ λαμβάνων τὰ αὐτὰ εἰδικὰ φάρμακα τῆς ἐπιληπτικῆς κρίσεως καὶ εἰς τὴν αὐτὴν δόσιν, δι' ὧν ἐπετύχομεν τὴν ἄρσιν τοῦ ἐπιληπτικοῦ παροξυσμοῦ, τὰς ἄλλας τέσσαρας ἡμέρας τῆς ἐβδομάδος, τὴν πέμπτην, τὴν παρασκευὴν, τὸ σάββατον καὶ τὴν κυριακὴν καὶ δι' ὅλου τοῦ βίου του καὶ ὀφείλει ἐπίσης νὰ ἐκτελῇ ἀκριβέστατα πάντα τὰ ἄλλα θεραπευτικὰ μέσα, ὑδροθεραπείαν, δίαιταν κλπ.

Διὰ τῆς μεθόδου ταύτης καὶ μόνον διὰ ταύτης ἐπετύχομεν νὰ ἐξαφανίσωμεν τὸν ἐπιληπτικὸν παροξυσμὸν καὶ νὰ νικήσωμεν μετ' ἐπιτυχίας τὴν φρικτὴν ταύτην νόσον.

ΚΩΝΣΤ. ΡΑΛΛΗ.—Περὶ τῶν ἀγίων λευφάνων καὶ τῶν ἐπ' αὐτῶν νομικῶν σχέσεων*.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΜΗ ΜΕΛΩΝ

ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΦΩΤΕΙΝΟΥ.—Περὶ τοῦ ἡμετέρου θεραπευτικοῦ συστήματος καὶ τῆς ἐπικτήτου συμφύλidos.*

* Θὰ δημοσιευθῶσιν εἰς προσεχὲς τεῦχος τῶν Πρακτικῶν τῆς Ἀκαδημίας.