

rêve hallucinatoire, un rêve d'actions, pendant lequel il traverse toutes sortes d'événements, en plusieurs actes, reliés les uns aux autres et pleins de confusion. « Le délire alcoolique, a dit Lasègue, n'est qu'un rêve. »

4° La démence, la pseudo-paralysie générale alcoolique, la paralysie générale vraie peuvent se rencontrer aussi.

La pathogénie du délire alcoolique comprend deux éléments : la prédisposition au délire créée par l'alcool lui-même, et la cause déterminante qui peut être un nouvel excès alcoolique ou une intoxication de cause externe, médicamenteuse ou autre, ou une auto-intoxication, etc. C'est ainsi que, chez un alcoolique, le délire va éclater au moindre trouble digestif, à la moindre infection.

Le delirium tremens se lie souvent à une infection secondaire avec hyperémie ou inflammation des méninges; le délire subaigu et chronique, surtout à des auto-intoxications gastriques, hépatiques, etc., ou à un nouvel excès alcoolique; la pseudo-paralysie générale, à des névrites périphériques multiples; la paralysie générale, à une auto-infection qui, à l'encontre du delirium tremens, est chronique<sup>1</sup>.

b. *Délire saturnin*. — Il y a : 1° une ivresse du plomb représentée par un délire aigu; 2° un délire avec confusion mentale, hallucinations, hébétude simulant la démence aiguë entrecoupée d'accès d'excitation et de dépression; 3° une pseudo-paralysie générale relevant probablement autant de lésions des nerfs périphériques que de lésions centrales.

c. *Délire mercuriel*. — Il survient surtout chez les ouvriers des mines et se caractérise comme la deuxième forme que nous citons pour le délire saturnin.

d. *Délire de l'intoxication par le phosphore*. — Il existe une forme nerveuse lente (Tardieu) de l'intoxication par le phosphore qui s'accompagne de troubles nerveux. Elle survient après la période des accidents aigus et s'accuse par un délire avec excitation qui dure jusqu'à la mort. Le foie est profondément lésé et semble jouer un rôle important dans cette forme.

L'oxyde de carbone, l'arsenic et en somme tous les poisons peuvent entraîner le délire.

Les *délires toxiques médicamenteux* sont aussi fréquents que variés (digitale, belladone, opium, salicylate de soude, etc.). Signalons encore les délires qui suivent l'emploi et l'abus de la *morphine* et de la *cocaïne* (*morphinomanie, cocaïnomanie*).

1. KLIPPEEL, Pathogénie du délire alcoolique (*Congrès des aliénistes, la Rochelle, 1893*).

Les délires post-opératoires peuvent provenir de pansements au *sublimé* ou à l'*iodoforme* et rentrer dans les délires toxiques.

IV. DÉLIRES NÉVROPATHIQUES. — Les sujets atteints de névroses sont souvent par hérédité des dégénérés ou des vésaniques. Le délire peut donc se montrer chez eux sous des formes variées. Mais il est des délires névropathiques qui se lient à la névrose et que nous allons étudier et distinguer. Ils sont essentiellement dominés par la maladie première et par conséquent leur pathogénie différera suivant l'idée qu'on se fera de l'hystérie, de l'épilepsie elles-mêmes.

L'origine toxique de ces névroses a été adoptée par quelques-uns, et la forme elle-même du délire qui revêt, en effet, une symptomatologie analogue à celle qui vient d'être décrite dans les intoxications, est sans doute un argument en faveur de cette idée.

a. *Délire épileptique*. — C'est un délire d'actes, ou de paroles, survenant brusquement, souvent avec impulsion violente, s'accompagnant d'hallucinations et de confusion mentale. Il offre à considérer les formes suivantes :

1° *Le délire pré-épileptique*. Avant l'attaque convulsive on voit le malade être pris d'agitation avec mouvements désordonnés ou bizarres, proférant des paroles incohérentes; puis surviennent l'ictus et les convulsions.

2° *Le délire post-épileptique*. Il est plus violent en général que le précédent et peut prendre le caractère de la manie aiguë avec hallucinations de la vue. Le crime peut en être le résultat. Comme son nom l'indique, ce délire suit une attaque d'épilepsie vulgaire.

3° *Le délire épileptique comme équivalent de l'attaque*. Il remplace à lui seul toute l'attaque; il revêt comme signes distinctifs les caractères suivants : son apparition est brusque, il est violent, impulsif et suivi d'une amnésie complète.

Cette forme est fréquente et souvent très grave, le malade devenant d'un danger extrême pour ceux qui l'entourent ou le rencontrent. L'homicide en est souvent la conséquence. Un crime commis brusquement, sans motifs appréciables, doit faire songer à l'épilepsie. Le malade revenu à lui ignore ce qui s'est passé; il n'a conservé aucun souvenir.

4° *La fugue inconsciente*. Le malade sort de chez lui, marche devant lui, fait quelquefois un long trajet, un voyage même, et tout à coup, reprenant connaissance, regarde étonné autour de lui, ne sait où il est, ni comment il est venu.

5° L'épilepsie se complique souvent de démence (*démence épileptique*).

Le délire épileptique névropathique sera différencié de celui de

l'urémie, de l'alcoolisme, du saturnisme qui tous trois peuvent s'accompagner d'attaques d'épilepsie symptomatique, et encore du début de la paralysie générale (forme congestive).

D'après certains auteurs, dans le délire épileptique la toxicité urinaire s'abaisse au-dessous de la normale<sup>1</sup>.

b. *Délire hystérique*<sup>2</sup>. — Le délire hystérique proprement dit n'est autre chose qu'un équivalent d'une attaque d'hystéro-épilepsie dont les phases sont plus ou moins distantes. C'est ainsi que l'attaque peut avoir un début net et se continuer ensuite par le délire. Ce délire s'accompagne d'actes désordonnés et surtout niais ou bizarres, d'hallucinations de la vue, souvent terrifiantes et rappelant ce qu'on voit dans l'alcoolisme. L'incohérence est plus complète que chez les dégénérés.

Le dédoublement de la conscience peut être considéré comme une forme de délire hystérique.

Les stigmates de l'hystérie serviront à établir le diagnostic. Ils peuvent se présenter pendant l'attaque délirante et disparaître après elle. Ce délire cesse quelquefois brusquement avec reprise tous les quelques jours.

Abstraction faite de toute dégénérescence mentale, il laisse après lui un état mental absolument normal.

c. *Délire de la chorée*. — C'est un délire avec actes incohérents motivés souvent par des hallucinations de la vue.

M. Joffroy le considère comme lié à la dégénérescence mentale et comme l'équivalent psychique des mouvements choréiques<sup>3</sup>.

d. *Délire dans le goître exophtalmique*. — Il a les mêmes caractères que le précédent en ce sens que les hallucinations de la vue y tiennent le premier rang. Elles sont fugaces et ne sont pas l'occasion du développement d'un délire vésanique. Récemment M. Joffroy a insisté sur les hallucinations et les troubles psychiques qu'on y observe; M. Ballet y a décrit des idées de persécution; M. Séglas, de la mélancolie; M. Boîteau, MM. Raymond et Sérieux, les hallucinations, la manie, la mélancolie, les associations avec le délire chronique, le délire alcoolique, etc.<sup>4</sup>.

1. Toxicité urinaire dans l'épilepsie. Féré, Deny et Choupe, J. Voisin et A. Péron.

2. Voir LEGRAND DU SAULLE, *État mental des hystériques* et la Thèse de COLIN sur le même sujet (Paris, 1891).

3. JOFFROY (*Semaine médicale*, juillet 1893).

4. Ces travaux sont récents et nous pensons devoir en donner ici la bibliographie suivante : RAYMOND et SÉRIEUX, *Goître exophtalmique et dégénérescence mentale*, p. 198. — BOÏTEAU (Thèse de Paris, 1892). — JOFFROY, *Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow* (*Soc. méd. des hôp.*, 11 avril 1890). — BALLE, *Des idées de persécution dans le goître exophtalmique* (*ibid.*, 29 avril 1890). — SÉGLAS, *Maladie de Basedow et mélancolie* (*Soc. médico-psych.*, juillet 1890). — JOFFROY, *Du rapport de la folie et du goître exophtalmique* (*ibid.*,

e. *Dans la neurasthénie*, enfin, on observe surtout la dépression mélancolique.

V. DÉLIRE PAR TROUBLE DE LA CIRCULATION. DÉLIRE DES CARDIAQUES. — L'anémie cérébrale liée à l'anémie générale ou isolée peut favoriser le délire ou le créer sous forme d'hallucinations avec idées délirantes vagues, rêvasseries, plus rarement excitation, quelquefois dépression.

Le *délire des cardiaques* est lié tantôt aux affections aortiques et tantôt aux affections mitrales. Il est bien connu depuis Corvisart et a été étudié ensuite par de nombreux auteurs<sup>1</sup>.

Parmi les formes générales on remarque surtout la mélancolie dont les accès peuvent se produire chaque fois que le cœur droit se dilate, et guérir par un traitement spécial. La manie et la démence terminale sont plus rares.

Le délire se présente, indépendamment de ces formes générales, sous trois aspects :

- 1° Le délire hallucinatoire avec interprétations délirantes;
- 2° Le délire systématisé dont Saucerotte a rapporté un exemple;
- 3° L'hystéricisme et le délire émotif<sup>2</sup>.

Notons la possibilité du suicide sous l'influence d'une impulsion due à une aggravation des troubles circulatoires.

VI. DÉLIRE DANS LES MALADIES ORGANIQUES CÉRÉBRALES ET CENTRO-SPINALES. — Nous ne faisons qu'indiquer ce titre afin de donner un tableau complet des causes du délire et nous renvoyons aux articles spéciaux consacrés à la méningite tuberculeuse, aux méningites aiguës, au ramollissement cérébral, à l'athéromasie, à la paralysie générale, etc.

VII. DÉLIRE DES DÉGÉNÉRÉS<sup>3</sup>. — Les dégénérés constituent un groupe de malades prédisposés à la folie, mais qui en dehors de son apparition présentent des signes permanents qui permettent de les reconnaître et de les distinguer des vésaniques proprement dits. Leurs délires auraient également des caractères un peu particuliers, mais les signes permanents et le fond sur lequel viennent se greffer

31 mars 1890). — RENAULT, *Troubles cérébraux dans la maladie de Basedow* (*Soc. méd. des hôp.*, 28 mars 1890). — BALL, *Folie névropathique* in *Leçons sur les maladies mentales*, 2<sup>e</sup> éd., 1890.

1. Voir pour la bibliographie jusqu'à 1890 la Thèse de FAUCONNEAU (Paris, 1890). — Voir les récentes leçons de M. HUCHARD sur les affections aortiques.

2. BALL, *Leçon inédite*.

3. Étudié par Morel, puis surtout par Magnan et ses élèves. — Voir en particulier la Thèse de LEGRAND (Paris, 1888).

leurs délires sont d'une importance capitale pour le diagnostic. Ce sont des caractères physiques, intellectuels et moraux.

Signalons d'abord toutes les malformations d'origine congénitale, constituant des arrêts de développement comme le bec-de-lièvre, la scoliose, les malformations du crâne ou des membres, ou même de certains viscères, comme le cœur, et celles des organes génitaux (ectopie du testicule, hypospadias). Le nanisme lui-même rentre dans les caractères physiques de la dégénérescence.

Aux oreilles, il est toute une série de conformations anormales, d'ailleurs très fréquentes et consistant dans l'absence d'hélix ou d'anthélix qui donnent l'aspect d'une oreille dépliée, dans l'adhérence du lobule, dans l'absence ou l'atrophie du tragus et anti-tragus, dans l'inclinaison de l'oreille sur le crâne. Aux mâchoires, c'est le prognathisme et les vices d'implantation, du développement ou de forme des dents.

Au front, c'est l'asymétrie des bosses frontales et des arcades sourcilières; à la voûte palatine, c'est la disposition ogivale et quelquefois la bifidité du palais; à la base du crâne, c'est encore l'asymétrie.

Les troubles intellectuels ne tardent pas à se montrer et nous les résumons par les mots de *déséquilibration mentale*.

Le sens moral est rudimentaire, absent ou perverti; il en est de même des facultés affectives.

Sur ce fond commun se développent des troubles particuliers qu'on nomme généralement les *syndromes épisodiques*. Ils sont constitués par des obsessions, des impulsions et des phénomènes inhibitoires ou d'arrêt. On connaît la folie du doute, le délire du toucher, l'onomatomanie, l'agoraphobie, la claustrophobie, la cleptomanie ou manie du vol, les perversions du sens génital.

Or, fait très important, l'un quelconque de ces troubles se montre presque toujours de bonne heure et, en présence des délires proprement dits que nous allons signaler, on pourra les retrouver en remontant aux antécédents du malade et établir ainsi le diagnostic.

Sur ce fond de déséquilibration apparaissent à des époques irrégulières des *bouffées délirantes*, polymorphes, brusques, rapides, passagères.

Mais en outre, chez les dégénérés, on compte des *délires systématisés* qui sont, eux, de longue durée et qui persistent quelquefois toute la vie des malades. Ce sont, comme dans les bouffées délirantes, des idées de persécution ou mystiques, ou ambitieuses, très souvent réunies chez le même sujet qui arrive ainsi à un délire complexe où ces différentes conceptions sont coordonnées.

La manie raisonnante, les persécutés persécuteurs sont rangés dans les délires des dégénérés.

Or de tels malades doivent être séparés d'un autre groupe de délirants répondant au délire chronique à évolution systématique (délire des persécutions), qui est incurable (voir *Délires vésaniques*).

Le diagnostic de ces différentes formes sera facilement établi dans les bouffées délirantes par les caractères de brusquerie, de rapidité d'évolution, de polymorphie qu'elles présentent; dans tous les cas aussi par les signes physiques et les *syndromes épisodiques*.

Il est rare en effet qu'un dégénéré atteigne l'âge de trente ans sans avoir présenté l'un ou l'autre de ces stigmates qu'on retrouvera en remontant à ses antécédents.

VIII. DÉLIRES VÉSANIQUES. — Nous renvoyons aux descriptions faites plus haut des formes délirantes maniaques, mélancoliques, systématisées et démentes. Ces formes, à l'état de délire vésanique, constituent la folie proprement dite.

M. KLIPPEL.

---

## COMA

**Définition.** — Le *coma* (de *κοιμάω*, je suis assoupi, je dors) est un état pathologique qui consiste en une abolition simultanée de la connaissance, de la sensibilité et du mouvement, les fonctions respiratoires et circulatoires continuant à s'accomplir. Il donne l'image d'un sommeil profond, lourd et tenace; le sommeil chloroformique en est un exemple.

**Description clinique.** — L'individu plongé dans le coma est étendu inerte, habituellement dans le décubitus dorsal. Son visage exprime l'abattement, parfois même la stupeur; la physionomie peut toutefois rester calme et reposée; dans des cas particuliers elle est riante ou prend une expression de béatitude. Les paupières sont closes ou demi-closes. Les pupilles dilatées ou rétrécies, souvent inégales, sont peu sensibles à la lumière. Une salive mousseuse s'écoule des commissures. Les membres sont dans la résolution. Lorsqu'on les soulève, ils retombent inertes sur le lit, sans qu'il y ait