

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

ordinairement de paralysie proprement dite. De temps en temps on y observe des mouvements spontanés, comme il en survient dans le rêve, ou bien encore le malade émet des sons inintelligibles. On peut d'ailleurs provoquer ces mouvements et l'émission de ces bruits vocaux en pinçant fortement la peau du malade ou en le sollicitant de questions pressantes. Car, si la sensibilité générale et la sensibilité spéciale sont abolies, les réflexes sont souvent plus ou moins bien conservés.

Les fonctions du cœur s'exécutent à peu près normalement; le pouls est ordinairement régulier, souvent mou et lent. La respiration est toujours troublée: elle est lente et profonde ou bien fréquente, stertoreuse. Un ronflement plus ou moins fort l'accompagne souvent: il tient soit aux vibrations du voile du palais, soit à l'accumulation d'un liquide visqueux dans le pharynx et le larynx. La miction et la défécation sont compromises; il y a tantôt rétention, tantôt incontinence.

La déglutition s'opère difficilement: la moindre quantité de liquide introduite entre les arcades dentaires risque de pénétrer dans les voies respiratoires.

On distingue dans le coma des degrés différents qui vont de la simple somnolence au coma profond (*carus* des anciens). Dans le premier cas, le malade est tiré de son état de somnolence par la moindre excitation, mais il retombe aussitôt dans l'assoupissement. Dans le *carus*, le malade est insensible à toute excitation; la perte de la connaissance, de la sensibilité et du mouvement est absolue.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Le coma s'installe lentement, progressivement, ou bien il survient brusquement: l'apoplexie n'est qu'un coma à début brusque. Sa marche est continue ou irrégulière: dans le premier cas, il s'accroît peu à peu jusqu'à la mort; dans le second, il apparaît, diminue ou disparaît à plusieurs reprises dans le cours d'une même maladie. Il peut être périodique dans le cas spécial où il relève de l'infection malarienne (fièvre pernicieuse à forme comateuse). La durée est de quelques minutes à plusieurs heures ou plusieurs jours, voire plusieurs semaines.

La terminaison est fréquemment, mais non constamment, mortelle.

**Pronostic.** — Il est d'autant plus grave que le coma est plus profond et qu'il se prolonge davantage. Le ralentissement marqué du pouls, le développement d'un râle trachéal intense, la production d'une sueur abondante et visqueuse, le refroidissement des extrémités sont des signes du plus mauvais augure.

Chez le vieillard, qui tombe facilement dans le coma, la simple somnolence est plus inquiétante que chez l'adulte. Par contre, l'as-

soupissement, si fréquent dans les états fébriles de l'enfance, n'en aggrave pas sensiblement le caractère.

**Diagnostic.** — 1° *Diagnostic du syndrome.* — La *syncope* diffère du coma par la fugacité des accidents et la suspension des battements du cœur. Dans la *catalepsie*, les membres soulevés restent dans la position qu'on leur donne, au lieu de retomber sur le lit. Le *sommeil* profond et prolongé qui s'empare parfois des convalescents ou des individus exténués de fatigue serait distinct du coma; certains auteurs en ont donné les signes différentiels; mais ce sont là des subtilités et l'on ne saurait décider s'il s'agit d'un sommeil normal ou pathologique.

2° *Diagnostic de la cause.* — Le diagnostic étiologique est plus ou moins facile, selon qu'on se trouve dans l'une des deux alternatives suivantes:

A. — On sait ou l'on apprend que le malade est atteint depuis plus ou moins longtemps de l'une des affections qui donnent le plus souvent lieu au coma et qui sont:

1° Les *lésions méningo-encéphaliques*: méningites, hémorragies méningées, hydrocéphalie aiguë (apoplexie séreuse) ou chronique; anémie et congestion cérébrales, hémorragie, ramollissement, tumeur du cerveau; traumatismes crâniens (commotion ou compression cérébrales, épanchements sanguins); lésions du cervelet et du bulbe.

2° Les *infections* et les *intoxications*: fièvres éruptives à toutes les périodes, fièvre typhoïde à la deuxième et à la troisième période, pneumonie surtout chez le vieillard, entérite aiguë des enfants, rhumatisme aigu, fièvre intermittente pernicieuse; les intoxications par l'alcool, le plomb, l'opium, l'oxyde de carbone et tous les empoisonnements en général (phosphore, arsenic, champignons).

L'urémie, la goutte, le diabète occupent une place importante dans ce groupe.

3° Les *névroses*: épilepsie (phase comateuse de la grande attaque); hystérie, qui engendre le coma sous deux formes, apoplexie et léthargie; maladie du sommeil, particulière à la race noire.

Si le malade est atteint de l'une de ces affections, on est autorisé à y voir la cause vraisemblable du coma. La déduction peut cependant n'être pas légitime, car une affection nouvelle peut s'être greffée sur une ancienne: ainsi l'on concevrait fort bien, par exemple, qu'un diabétique ou un épileptique fût frappé d'hémorragie cérébrale.

B. — On ne possède aucun renseignement sur le malade. Le diagnostic étiologique est alors le plus souvent impossible. Toutefois, par un examen systématique du malade, par l'observation des phéno-

mènes que la maladie principale ajoute au coma, on peut acquérir au moins une présomption.

Divers éléments sont susceptibles de mettre sur la voie du diagnostic. Ce sont : la composition de l'urine (glucose, albumine), l'odeur de l'haleine (aldéhyde, acétone), les caractères des matières vomies (boissons alcooliques, substances toxiques), l'état des téguments (éruption, ictère, œdème, traumatismes crâniens), des muqueuses (liséré saturnin, morsure de la langue), des viscères (pneumonie, affection cardiaque).

On devra encore interroger l'état des pupilles fortement dilatées dans le coma belladonné et le coma saturnin, punctiformes dans le coma opiacé et souvent aussi dans le coma alcoolique ; la coloration du visage, pâle dans les hémorragies méningées et chez les saturnins, rouge et vultueux dans l'hémorragie cérébrale ; l'état de la sensibilité cutanée et musculaire (hyperexcitabilité musculaire de la léthargie) ; les particularités de la respiration (rythme de Cheyne-Stokes).

Des paralysies, des convulsions, du délire, surajoutés aux phénomènes comateux, fournissent des éléments de diagnostic de premier ordre. Les paralysies sont difficiles à reconnaître ; cependant, si la résolution musculaire, non uniforme, est plus prononcée dans une moitié du corps ; si les membres d'un côté restent immobiles et absolument flasques, alors que ceux du côté opposé sont animés de quelques mouvements ; si l'une des joues est soulevée à chaque expiration, les traits étant déviés du côté opposé, on ne saurait méconnaître une hémiplegie ayant vraisemblablement pour origine une lésion encéphalique ; la constatation d'une déviation de la tête et des yeux confirmerait ce diagnostic.

Des convulsions et des contractures peuvent s'entremêler aux phénomènes comateux (hémorragie méningée, urémie) ou précéder le coma (épilepsie, intoxication par la strychnine).

Lorsque le délire s'ajoute au coma, on constate un assemblage paradoxal de dépression et d'excitation ; le malade s'agite et parle en dormant ; ses yeux sont fermés, mais il les ouvre au moindre appel. Cette forme de coma, dite *coma vigil*, s'observe surtout dans les fièvres graves, l'alcoolisme aigu et parfois dans l'urémie (délire monotone des urémiques). Le délire précède parfois l'apparition du coma (méningite aiguë, empoisonnement par la belladone et le phosphore) ou bien encore des phases d'agitation et de délire s'entremêlent à des périodes comateuses (stade d'oscillation de la méningite tuberculeuse).

L'examen ophtalmoscopique pourrait rendre des services ; l'apparition de lésions oculaires (congestion de la papille, œdème péri-

papillaire, hémorragies rétinienne) au cours du coma dénoncerait une lésion cérébrale.

**Pathogénie.** — Le coma résulte vraisemblablement d'une entrave au fonctionnement de la substance grise du cerveau. Cet obstacle paraît essentiellement variable et semble pouvoir être rapporté, selon les cas, à l'une des causes suivantes :

1° Destruction de la substance grise (hémorragie cérébrale) ;

2° Compression du cerveau ; ce serait le mode d'action de la congestion cérébrale et des états où celle-ci entre en jeu : ainsi s'expliquerait le coma consécutif aux lésions d'un seul hémisphère, du cervelet ou du bulbe ;

3° Inanition de la substance grise, le plus souvent par ischémie (coma dit *a frigore*, coma des inanitiés, des athrepsiques) ;

4° Épuisement des propriétés cellulaires et paralysie de la substance grise (coma des intoxications).

Toutes ces explications sont hypothétiques.

**Traitement.** — Il doit être surtout préventif. Quand le coma est confirmé, les frictions cutanées, les sinapismes, les lavements émétisés peuvent rendre des services. La saignée n'est indiquée que si les accidents sont évidemment sous la dépendance d'une congestion cérébrale. La compression des carotides, proposée par Trousseau pour remédier à l'hypérémie cérébrale, est un moyen abandonné. Les meilleures indications thérapeutiques sont fournies par la notion de la cause du coma.

M. BOULAY.

## CONVULSIONS

On désigne sous le nom de *convulsions* des contractions brusques et involontaires des muscles. Spasme et convulsion ne sont pas synonymes. Le terme de convulsion est communément employé aujourd'hui comme plus compréhensif que celui de spasme. On a d'ailleurs tenté de séparer ces deux mots, le spasme devant se rapporter aux perversions convulsives de la motilité des muscles de la vie de nutrition, le terme de convulsion étant réservé aux contractions de la vie de relation. Cette distinction n'a pas prévalu. Les convulsions d'un certain nombre de muscles de la vie de relation, tels que ceux des pau-