

le diabète, l'acétonémie, dans les empoisonnements par l'opium, par l'alcool et par tous les narcotiques, etc.

C. COMA DANS LES NÉVROSES. — Nous avons déjà vu dans les divers articles consacrés aux troubles de l'innervation qu'il n'en est pas un seul que les névroses ne puissent produire. Il est donc naturel de rencontrer le coma parmi leurs symptômes : c'est ainsi que les attaques d'épilepsie se terminent par un coma plus ou moins long, que le coma est fréquent dans l'hystérie, la catalepsie, etc.

Sémiotique. — La valeur diagnostique du coma ne peut donc être établie que par l'étude des circonstances qui l'accompagnent et des symptômes concomitants.

Ainsi on reconnaît que le coma se rattache à une lésion de l'encéphale ou à une compression par un épanchement, un corps étranger, etc., lorsqu'il succède à une fracture ou à une contusion du crâne. Survient-il brusquement chez un individu qui, depuis longtemps, souffre de la tête, présente un affaiblissement intellectuel, on peut le rattacher à une nécrobiose ou à une hémorrhagie cérébrale. Accompagne-t-il des paralysies partielles, des accès épileptiformes, il y a lieu de le rattacher à une tumeur cérébrale, etc.

Les vomissements, la constipation, le délire, les convulsions révèlent l'existence d'une méningite. Dans la fièvre typhoïde, le coma ne se manifeste guère avant le second septénaire, c'est-à-dire à une époque où le diagnostic est déjà établi.

Dans l'épilepsie, l'état comateux ne survient guère, qu'après une série d'accès convulsifs subintrants qui permettent d'établir le diagnostic.

Il en est généralement de même de l'hystérie ; de plus, la température reste normale et ne s'abaisse pas comme dans les comas toxiques, ou ne s'élève pas comme dans le coma apoplectique de l'hémorrhagie cérébrale. Une observation attentive permettrait presque toujours, au dire de Gilles de la Tourette, de constater un frémissement vibratoire des paupières qu'on ne rencontre dans aucun autre état comateux ou apoplectique. La découverte d'une zone hystérogène, susceptible de transformer l'état comateux en un accès convulsif, achèverait de fixer le diagnostic.

Dans les régions paludéennes, le coma peut éclater brusquement comme manifestation de l'intoxication palustre et doit être

diagnostiqué immédiatement pour être traité rapidement par une injection sous-cutanée de quinine¹.

Le coma diabétique et le coma urémique surviennent rarement d'emblée et sont le plus souvent précédés de phénomènes convulsifs et de troubles dyspeptiques ou dyspnéiques ; ils s'accompagnent d'un abaissement marqué de la température ; enfin l'urine contient de l'albumine ou du sucre avec ou sans acétone, et, dans le cas de diabète, l'haleine exhale souvent l'odeur chloroformique caractéristique de l'acétonémie.

Dans le coma qui suit l'absorption d'une quantité toxique d'opium, la perte de conscience peut être complète, mais il n'y a pas de stertor, les pupilles sont très resserrées, le pouls est à peine perceptible, le malade est généralement souillé de matières vomies qui, dans l'empoisonnement avec le laudanum, tachent le linge en jaune et répandent une odeur de safran ; lorsque l'empoisonnement est dû à la morphine, l'inspection des téguments permet le plus souvent de relever des traces de piqûres.

Lorsqu'il s'agit d'une intoxication par la belladone, la dilatation permanente des pupilles peut mettre sur la voie du diagnostic.

APOPLEXIE.

L'apoplexie est un coma subit. Elle est caractérisée par la perte de la connaissance, de la sensibilité et des mouvements volontaires ; la respiration et la circulation persistent seules et encore sont-elles fortement troublées.

Description. — L'individu s'affaisse sur le sol, dans une résolution si complète que la vessie ou le rectum ont pu laisser échapper leur contenu ; les membres soulevés retombent flasques et inertes sur le plan du lit, la tête roule indifféremment sur l'une ou l'autre épaule ; la face est congestionnée ; les yeux sont clos, leur pupille est souvent contractée ; la respiration est bruyante, stertoreuse, gargouillante par suite des mucosités qui encombrant le larynx et le pharynx ; le sujet est insensible à toute excitation ; les réflexes sont supprimés.

1. Bien que le fait soit rare, il faut le signaler, vu l'indication pressante de prévenir, par l'administration du sulfate de quinine, un nouvel accès comateux, souvent mortel.

Dans certains cas, cependant, au lieu d'une flaccidité générale, on remarque que tout un côté du corps est contracturé, que les membres supérieur et inférieur de ce côté sont raides et animés parfois de secousses convulsives, et que même la raideur tend à se généraliser au reste du corps.

Il arrive aussi que la tête, au lieu de rouler indifféremment sur une épaule ou sur l'autre, retombe toujours du même côté lorsqu'on la déplace, et que les deux yeux se meuvent symétriquement dans le même sens qu'elle. C'est ce qu'on appelle la déviation conjuguée de la tête et des yeux.

Cet état peut durer quelques heures ou se prolonger plusieurs jours, se terminer par le retour graduel de la connaissance ou par la mort. Ailleurs, le malade succombe après une amélioration passagère.

Dans les cas très graves, l'apoplexie s'accompagne, au début, d'un refroidissement général avec ralentissement du pouls, bientôt suivi d'une élévation rapide de la température qui peut atteindre 42° avec accélération croissante de la respiration et du pouls jusqu'à la mort. — Un autre signe de gravité, moins précoce que l'ascension thermique, consiste dans l'apparition deux à quatre jours après le début de l'ictus, d'une plaque érythémateuse sur le milieu de la fesse, du côté où existera l'hémiplégie (si le malade survit), plaque qui se recouvre rapidement d'une éruption bulleuse à laquelle succède une tache ecchymotique représentant le *decubitus acutus* et à laquelle fera suite une eschare en cas de survie. Mais le plus souvent, comme l'a si bien indiqué Charcot, la mort survient dans les deux ou trois jours qui suivent l'apparition de l'ecchymose. Il est à noter que le *decubitus acutus* a un siège différent des eschares du *decubitus* prolongé qui s'observent d'ordinaire au niveau de la région sacrée.

Lorsque le malade ne succombe pas au cours de l'apoplexie, la température ne dépasse guère 39° dans les premières 24 heures et s'abaisse les jours suivants ; la connaissance revient peu à peu, au plus tard dans les 48 heures qui suivent l'ictus, en même temps que la motilité dans les membres qui ne sont pas paralysés.

S'il s'est produit une hémiplégie, elle devient reconnaissable d'abord, à ce que la joue et la commissure labiale du côté paralysé sont soulevées par la colonne de l'air expiré d'une façon différente de celle observée du côté opposé (le malade fume la pipe à chaque expiration), puis à ce que la bouche se dévie du côté non paralysé surtout lorsque le malade pleure ou rit, enfin à ce que la sensibilité et la motilité reviennent d'un côté pendant qu'elles restent plus ou moins complètement abolies du côté opposé ; si, par exemple, on pique ou on pince comparativement les deux membres supérieurs ou les deux membres inférieurs, on voit se produire, du côté non paralysé un mouvement de défense qui n'existe pas de l'autre côté ou qui est beaucoup moins accentué.

Si, au lieu d'une hémiplégie, il s'est produit une paralysie localisée à l'un des membres ou à la face, elle se traduira de même par le défaut de retour de la motilité volontaire dans la partie paralysée. Souvent alors, cette paralysie partielle s'accompagne de secousses locales d'épilepsie partielle.

Pathogénie. — L'apoplexie est presque toujours le résultat d'une lésion intra-cranienne : *hémorragie cérébrale, embolie, tumeurs, congestion cérébrale, paralysie générale.*

Le *mal de Bright* peut produire l'apoplexie (apoplexie séreuse des anciens).

Enfin Debove et Achard ont montré qu'il existait une apoplexie hystérique (purement psychique), suivie en général d'hémi-anesthésie, d'hémiplégie, parfois d'aphasie, et pouvant faire croire à une lésion organique qui n'existe pas.

Sémiotique. — De même que pour le coma, la valeur sémiologique de l'apoplexie ne peut être établie que par l'étude des phénomènes concomitants.

Ainsi lorsqu'il existe de la contracture de tout un côté du corps, cette contracture précoce, qui est d'un mauvais pronostic, indique une grande hémorragie cérébrale avec inondation des ventricules ou encore une hémorragie méningée agissant sur une certaine étendue de la couche corticale.