

remue sans cesse, fouille ses oreillers, entasse ses couvertures, cherche à saisir des corps qu'il croit voir flotter devant ses yeux (*carphologie*) ; il se lave sans motifs, sans but déterminé. Voulez-vous l'empêcher d'accomplir ces différents actes, il ne discute pas, n'oppose pas de résistance, mais il les recommence presque aussitôt.

Il existe encore des *hallucinations* de la vue, de l'ouïe, du toucher (bruits étranges, visions effrayantes, etc.).

2° Dans le *délire furieux*, toutes les fonctions cérébrales sont surexcitées : le visage est rouge, animé ; les yeux sont brillants, la physionomie est égarée, le malade pousse des cris d'effroi ou de fureur ; il ne reconnaît ni parents, ni amis ; se croyant poursuivi, il s'échappe sans vêtements, se précipite par la fenêtre, il cherche à se suicider : veut-on se saisir de lui, ses forces se décuplent, il se livre à d'incroyables efforts pour rompre ses liens ; sa sensibilité est abolie, il se meurtrit, se déchire, arrache les pièces de son appareil, sans paraître éprouver la moindre souffrance ; il crache, il expulse l'urine et les fèces. Enfin, épuisé par ces efforts, couvert de sueur, la voix rauque, brisé de fatigue, il s'apaise pour un temps plus ou moins long.

— Entre les deux types très tranchés que nous venons de dépeindre, et qui souvent alternent entre eux, se rencontrent mille nuances intermédiaires.

Le délire peut cesser brusquement, ou bien il se calme peu à peu et fait place à un sommeil réparateur. A son réveil, le malade est fatigué, courbaturé ; si le délire a été violent, il n'en a souvent conservé aucun souvenir, tandis qu'il se rappelle les faits et gestes extravagants occasionnés par un délire léger 1.

Diagnostic différentiel. — L'*agitation nerveuse* que présentent les sujets si impressionnables atteints d'une fièvre violente ressemble, jusqu'à un certain point, au délire véritable, mais les malades ont toujours conscience de leurs actes, ils

1. Il en conserve un souvenir semblable à celui que laissent certains rêves.

comprennent les questions qu'on leur adresse et y répondent d'une façon raisonnable ; d'ailleurs, entre cet état d'agitation et le délire, il n'y a qu'un pas.

L'*aliénation mentale* a pour caractère pathognomonique le délire : mais ce désordre mental se distingue de celui que nous étudions ici par les circonstances qui l'accompagnent. En effet, un aliéné est, sauf sous le rapport mental, un homme bien portant, tandis que le délire aigu ne s'observe que dans le cours de maladies fébriles, de lésions traumatiques, d'empoisonnements bien déterminés ; au surplus, quelques jours d'attente suffisent pour lever tous les doutes.

Pathogénie. — Le cerveau étant l'instrument qui préside à l'exercice des facultés mentales, le désordre de ces facultés suppose nécessairement un désordre organique ou dynamique du cerveau 1.

Les circonstances dans lesquelles on observe le délire peuvent se grouper sous quatre chefs : — A. *Allérations organiques* intéressant le cerveau ou même d'autres organes ; — B. *Allérations du sang* (anémie, pléthore, intoxications) ; — C. *Fièvres* ; — D. *Névroses* (hystérie, épilepsie, etc.).

Il est une autre classification qui consiste à diviser le délire en trois variétés : — 1° Délire *symptomatique* d'une altération organique du cerveau ; — 2° Délire *sympathique* et consécutif à l'altération d'un organe autre que le cerveau ; — 3° Délire *essentiel* ou idiopathique.

A. ALTÉRATIONS ORGANIQUES. — Le délire s'observe dans le cours d'une foule de maladies que l'on peut diviser en deux groupes :

1° Les unes portent sur le système nerveux lui-même : le délire est *symptomatique* ; tel est celui qui accompagne les *méningites*, l'*encéphalite*, les *tumeurs cérébrales*, les coups,

1. La nature intime du désordre des cellules cérébrales qui donne lieu au délire est inconnue. Mais on sait que l'activité fonctionnelle de ces cellules est troublée, de façon à produire le délire, par les altérations du sang, les névroses, etc.

les chutes sur la tête (c'est-à-dire les méningo-encéphalites développées sous leur influence). Ici le délire est l'expression directe de l'état de surexcitation dans lequel se trouvent les cellules nerveuses enflammées ¹.

2^o Dans d'autres cas, le délire se produit par *sympathie* ou *action réflexe*, à l'occasion d'une maladie éloignée des centres nerveux : tel est le délire qui suit certaines *opérations chirurgicales*, qui accompagne tout spécialement la localisation de la pneumonie au sommet de l'un des poumons.

B. DÉLIRE PAR ALTÉRATION QUANTITATIVE OU QUALITATIVE DU SANG. — Pour que le cerveau fonctionne régulièrement, il doit recevoir une quantité déterminée d'un sang pur ; cette quantité se trouve-t-elle augmentée ou diminuée, ou bien le sang est-il altéré, le cerveau exprime son état de souffrance par un trouble dans ses fonctions, trouble qui sera tantôt un état de dépression (sommolence, coma, paralysie), tantôt un état d'excitation, c'est-à-dire du délire.

Le délire s'observe donc dans les *congestions cérébrales* produites par n'importe quelles causes, par insolation, par excès de travail intellectuel, par pléthore, par gêne de la circulation cardiaque, surtout lorsque cette gêne s'exerce dans le cœur droit.

On le rencontre dans les *anémies* produites par des hémorragies abondantes, par les fièvres graves, l'inanition, etc.

Mais c'est surtout dans les *intoxications* de toute nature que le délire est fréquent. On sait combien il est ordinaire de le rencontrer chez les *alcooliques* ; chez eux, la plupart des fièvres, des plaies, s'accompagnent de délire ; le *delirium tremens* en est la forme la plus remarquable ².

1. L'état de dépression de ces cellules se traduit par la somnolence et le coma qui peuvent être regardés comme l'opposé du délire.

2. Le *delirium tremens* se présente sous la forme d'accès provoqués souvent par un excès, une blessure, une émotion violente, etc. La face s'injecte, les yeux deviennent brillants et hagards ; la physionomie bouleversée exprime une fureur mêlée d'inquiétude et de terreur ; le malade est en proie à la plus vive agitation ; ses

On l'observe encore dans l'*intoxication saturnine*, dans la plupart des *empoisonnements aigus* (*opium* et ses dérivés, *belladone*, *haschich*, etc.), dans la période de début de la chloroformisation, dans l'*ergotisme*, la *pellagre*, etc.

Il est fréquent dans les *auto-intoxications*, comme l'urémie, l'éclampsie, etc., et, lorsqu'il est très accentué, caractérise la forme cérébrale de ces maladies.

On peut même l'observer dans l'embarras gastro-intestinal.

C. DÉLIRE DANS LES FIÈVRES. — Le délire est très fréquent dans les fièvres et semble dû, tantôt à l'élévation de la température, tantôt à l'action des toxines microbiennes sur le cerveau. Il n'est pas toujours le simple résultat de l'intensité de la fièvre, ni de sa nature, car il tient souvent à la disposition du sujet, comme nous l'avons déjà dit : ainsi, chez les *enfants*, le délire éclate à l'occasion d'une fièvre, même légère ; il est également très fréquent chez les *femmes nerveuses*, impressionnables ; enfin certains individus de souche névropathique présentent à son égard une prédisposition spéciale et peuvent délirer à propos des moindres poussées de température ou à propos de la moindre infection.

Le délire est très ordinaire dans la *fièvre typhoïde*, dans la pneumonie (surtout celle du sommet), dans les *fièvres éruptives*, dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les *fièvres intermittentes*, dans l'érysipèle (notamment dans celui du cuir chevelu), dans les *fièvres septicémiques* (infection purulente, infection putride, etc.), dans la peste.

Le délire qu'on peut observer au cours des maladies infectieuses consiste, pour la plupart d'entre elles, en une série d'idées et d'hallucinations, se suivant rapidement, sans aucun ordre, et disparaissent aussi rapidement qu'elles naissent.

Le délire pesteux est, au contraire, très stable et constant : les

lèvres, sa langue, sa musculature faciale, ses membres sont agités de tremblement : il se démène, parle sans cesse, crie, vocifère, voit devant lui des êtres imaginaires, des rats, des bêtes féroces contre lesquelles il se défend : cet accès peut se prolonger plusieurs jours, puis il se dissipe ; il est fort rarement mortel.

idées qui le constituent, de nature le plus souvent déprimante, et qui sont nées d'hallucinations, se lient intimement l'une à l'autre, de façon à lui donner un certain caractère de continuité et de systématisation.

Sémiotique. — Le délire est un phénomène trop vague, commun à trop de maladies, pour qu'on puisse lui accorder une grande valeur diagnostique : ce sont les circonstances dans lesquelles il se produit qui permettent de déterminer son point de départ ; cependant le *delirium tremens* est, par lui-même, caractéristique.

Au point de vue du **pronostic**, sa signification n'est pas plus précise, bien qu'il doive être regardé comme un symptôme fâcheux ; on ne doit pas non plus attacher une trop grande importance à sa forme, tranquille ou furieuse, car non seulement elles ne sont pas plus graves l'une que l'autre, mais encore elles se substituent fréquemment.

COMA (*κόμα*, sommeil profond).

Le coma est un état de sommeil et d'assoupissement profonds ont il est difficile ou impossible de faire sortir le malade.

Variétés. — Le sommeil morbide se présente avec des différences d'intensité qui ne nécessitent pas de descriptions spéciales, mais que l'on a désignées par des noms particuliers, ce sont :

1° La *somnolence*, état intermédiaire au sommeil et à la veille, et assez facilement interrompu ;

2° Le *sopor*, expression peu usitée, indiquant un état intermédiaire à la somnolence et au coma ;

3° Le *coma*, sommeil profond dont on tire difficilement le malade. Le coma se présente sous deux formes : tantôt le malade est immobile et silencieux (*coma somnolentum*) ; tantôt son sommeil est agité, et, bien qu'ayant les yeux fermés, il prononce des paroles incohérentes (*coma vigil*).

En parlant au malade, en le secouant, on le réveille un instant, on le fait parler, mais il retombe presque aussitôt dans la somnolence.

4° Le *carus* et la *léthargie* expriment un anéantissement encore plus profond et que ne peuvent dissiper, même pour un instant, les plus fortes excitations.

Description. — L'individu plongé dans le coma présente cet état souvent désigné sous le nom d'*apoplexie* ; il semble dormir d'un sommeil profond ; sa respiration est lente, bruyante et stertoreuse ; les battements du cœur et les pulsations artérielles présentent leur rythme habituel ; les membres sont dans une attitude abandonnée, ils ne sont pas paralysés, mais dans un état de résolution complète (l'irritation de la peau peut provoquer quelques mouvements) ; le visage exprime des sensations diverses : tantôt c'est la satisfaction, l'extase, tantôt, au contraire, c'est la stupeur, l'effroi ; les paupières sont demi-closées, les pupilles inégales ou dilatées.

Insensible aux besoins naturels, le malade laisse l'urine et les matières s'accumuler dans la vessie et l'intestin, ou bien leur évacuation est inconsciente ; la déglutition est difficile¹.

Souvent, par un appel plus ou moins pressant, vous réveillez le malade qui prononce quelques paroles, puis retombe dans l'assoupissement ; dans d'autres cas il reste insensible à toute excitation.

Ces caractères sont plus ou moins accentués, et nous avons indiqué les dénominations diverses appliquées aux divers degrés du sommeil morbide.

Il est habituel de rencontrer, en même temps que le coma, d'autres désordres, soit de la motilité (convulsions, paralysies), soit de la sensibilité (anesthésie, etc.) ; ce sont des manifestations de l'état morbide, dont le coma lui-même est un symptôme.

Entièrement subordonné à sa cause, le coma ne présente, ni dans sa marche, ni dans sa durée, rien de fixe, rien qui se prête à une description générale. C'est ainsi que dans le cas

1. Il est dangereux de faire avaler des liquides, car ils descendent souvent dans les voies aériennes et peuvent causer la suffocation.

où il est lié à une infection malarienne, fièvre pernicieuse à forme comateuse, il peut être périodique.

La *syncope*, l'*ivresse*, l'*extase*, le *sommeil profond des convalescents* ressemblent au coma, mais s'en distinguent par plusieurs caractères. — Le peu de durée de la *syncope*, la suspension des battements du cœur, des pulsations artérielles, de la respiration, la font aisément reconnaître. — Le coma lié à l'*ivresse* se reconnaît aux circonstances dans lesquelles il s'est produit, à l'odeur alcoolique exhalée par le malade. — Le sommeil des *convalescents* peut être profond, mais il est doux, paisible ; quand on les éveille, ils répondent convenablement aux questions qu'on leur adresse.

Pathogénie. — Lorsqu'on enlève les lobes cérébraux à un animal, il perd tous les instincts et il reste plongé dans un assoupissement plus ou moins profond ; il est donc naturel de rapporter le coma à une altération organique ou dynamique de ces lobes (surtout de leur portion corticale ou grise). Ces altérations se produisent sous des influences diverses que l'on peut grouper sous trois chefs : — A. *Coma par altérations organiques des hémisphères cérébraux ou d'organes éloignés* ; — B. *Coma par altérations du sang* ; — C. *Coma dans les névroses* ¹.

Tandis que les convulsions et le délire indiquent une surexcitation des centres nerveux, la paralysie et le coma révèlent leur dépression ou leur anéantissement : il n'est donc pas étonnant de voir ces phénomènes se succéder, puisque, en vertu d'une loi qui régit la plupart des actes de notre organisme, une dépense exagérée de forces entraîne consécutivement un anéantissement proportionnel.

A. COMA PAR LÉSIONS ORGANIQUES DU CERVEAU OU D'ORGANES ÉLOIGNÉS. — La plupart des lésions organiques de l'encéphale

1. Certains auteurs admettent trois variétés de coma : 1^o le *coma symptomatique*, c'est-à-dire lié à une lésion cérébrale ; 2^o le *coma sympathique*, lié à des affections dont le siège est hors du cerveau ; 3^o le *coma idiopathique*, indépendant de toute lésion matérielle appréciable (Béhier et Hardy).

peuvent déterminer le coma, car il en est peu qui n'altèrent les conditions nécessaires au fonctionnement des hémisphères cérébraux, — soit en les détruisant ou en les comprimant, ainsi que cela s'observe dans les *hémorragies cérébrales*, le *ramollissement*, les *tumeurs*, l'*hydrocéphalie*, les *fractures du crâne* avec enfoncement ¹, etc. ; — soit en les irritant, comme cela a lieu dans les *méningites* : mais ici le coma est toujours précédé d'une période d'excitation ; il exprime l'état d'épuisement des centres nerveux un instant surexcités.

Le coma s'observe encore dans un grand nombre d'affections ayant leur siège loin du cerveau ; il est la conséquence d'un acte réflexe dont le système vasomoteur est probablement l'intermédiaire ².

B. COMA PAR ALTÉRATIONS DU SANG. — Pour que les hémisphères cérébraux puissent remplir convenablement leurs fonctions, il faut que le sang qu'ils reçoivent soit convenable en quantité et en qualité.

Que la *quantité* soit accrue ou diminuée, il en résulte une suspension fonctionnelle qui se traduit par le coma. C'est ainsi que se produit le coma, — à la suite de l'*embolie*, de la *ligature* ou de la *compression des grosses artères* qui se rendent à l'encéphale, — ou encore après les *grandes pertes de sang* (coma par anémie), — et le coma consécutif à la *congestion cérébrale*, quelle qu'en soit la cause.

C'est aux *altérations qualitatives du sang* que l'on doit rapporter le coma qu'il est si fréquent d'observer dans une foule d'*intoxications* ou de *fièvres*. Pour ne citer que les principales, rappelons le coma survenant dans certaines formes de *fièvres palustres* (fièvre comateuse), dans la *fièvre typhoïde*, l'*urémie*,

1. On se rappellera que l'inextensibilité du crâne permet à un épanchement ou à une tumeur située dans un point quelconque de sa cavité de déterminer la compression d'organes encéphaliques éloignés du siège de la tumeur.

2. On peut admettre qu'une irritation, une impression quelconque, puisse déterminer un trouble dans le système vasomoteur des hémisphères cérébraux et, par suite, une suspension d'action se traduisant par le coma.

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 hémorragie 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'hémorragie 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 flacidité 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'hémianesthésie, 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.

Existe-t-il de la déviation conjuguée de la tête et des yeux ! on peut conclure, tout en tenant compte des exceptions signalées par Landouzy, que la lésion génératrice de l'apoplexie siège du même côté que la déviation (le malade regarde sa lésion) et que l'hémiplégie, si elle apparaît, se manifestera du côté opposé.

Si vous apprenez que, longtemps avant la production de l'ictus, le sujet souffrait de céphalées violentes et tenaces, débutant généralement en un point du crâne, longtemps le même, avant de s'étendre ; qu'il voyait double ou qu'il se plaignait d'un affaiblissement de la vue ; que, dans les jours qui ont précédé l'attaque, le malade était déjà somnolent ; si l'état apoplectiforme s'est développé avec une certaine progression au lieu de se produire brusquement, et surtout s'il est suivi d'une paralysie partielle, vous pourrez, avec beaucoup de vraisemblance, diagnostiquer un néoplasme. Le néoplasme sera probablement une gomme si vous relevez sur le corps des traces de syphilides ou si vous apprenez que le malade a eu un chancre ; vous suspecterez, au contraire, sa nature tuberculeuse s'il s'agit d'un phthisique, etc.

Dans l'apoplexie hystérique, on ne rencontre guère la respiration stertoreuse et l'état vultueux du visage ; on trouve une hémianesthésie sensitivo-sensorielle ; de plus, la suggestion ou les esthésiogènes (les aimants, par exemple) suffisent à faire disparaître tous les troubles. Assez souvent, cette apoplexie hystérique est accessoirement sous la dépendance d'une intoxication saturnine, mercurielle ou alcoolique.

APHASIE.

L'expression d'aphasie s'applique aujourd'hui à tous les cas dans lesquels un malade ne peut employer ou comprendre une partie ou la totalité des différents signes par lesquels l'homme exprime ses sentiments ou ses idées.

Il y a deux variétés d'aphasies :

1° L'aphasie motrice où le malade est incapable d'exprimer ses idées ;

2° L'aphasie sensorielle où il est incapable de comprendre les autres.

Suivant que le trouble portera sur la parole, l'écriture, la lecture, ou la mimique, on aura les diverses formes suivantes, qui peuvent coexister, ou se montrer isolément.

Impossibilité	de transmettre ses pensées	{	par la parole. — Aphasie proprement dite ou aphémie.	}	} Aphasie motrice.
			par l'écriture. — Agraphie.		
	de lire à haute voix. — Alexie.	{	par la mimique. — Amimie.	}	
			d'arranger les mots suivant la syntaxe — Agammatusmus.		
à comprendre	{	le langage parlé — Surdité verbale.	}	} Aphasie sensorielle.	
		le langage écrit. — Cécité verbale.			

Dans tous les cas, l'intelligence peut être intacte ou altérée.

On est arrivé à localiser certains des troubles ci-dessus à diverses parties de l'hémisphère cérébral gauche chez les droitiers, de l'hémisphère cérébral droit chez certains gauchers.

L'aphasie proprement dite reconnaît pour cause une lésion de la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale du côté gauche (circonvolution de Broca) — ou des faisceaux pédiculo-frontaux sous-jacents à cette partie de l'écorce et la reliant au corps opto-strié — ou peut-être aussi de la partie voisine, appelée insula de Reil.

L'agraphie siège au pied de la frontale moyenne gauche ; la surdité verbale à la première temporale et particulièrement à son extrémité postéro-supérieure ; la cécité verbale à la partie postérieure du lobule pariétal inférieur, au voisinage du pli courbe.

Ces divers troubles du langage sont rarement isolés : le plus souvent plusieurs d'entre eux se montrent associés en proportion variable, ce qui se comprend facilement puisqu'ils dépendent d'une altération de parties du cerveau contiguës. Généralement les troubles de l'écriture accompagnent les troubles de la parole. D'après Trousseau, Déjérine, etc., les aphasiques moteurs écrivent aussi mal qu'ils parlent. D'après d'autres auteurs, l'aphasie motrice pourrait se manifester simplement par la perte complète (mutisme) de la parole spon-