

QUATRIÈME PARTIE
DE L'AFFECTION ET DE LA MALADIE

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATIONS PATHOLOGIQUE ET NOSOLOGIQUE

Nous appelons *affection l'ensemble des phénomènes morbides qui évoluent sous l'influence d'une même lésion, abstraction faite de sa cause*; elle répond au *παθος* des Grecs; chaque organe peut être le siège d'autant d'affections qu'il peut s'y développer de lésions; leur classification est donc des plus simples.

Nous distinguerons, par exemple, dans l'appareil respiratoire, la congestion, l'inflammation, la gangrène, l'embolie, les névroses, l'atrophie, les plaies et les néoplasies du poumon, des bronches et du larynx; de même dans l'appareil digestif, dans l'appareil urinaire et dans tous les autres.

Il y aurait lieu d'établir, dans ces différents groupes d'affections, un grand nombre de variétés; on sait, par exemple, que l'inflammation d'une même partie peut se présenter sous des formes très diverses sans que l'on puisse pénétrer la raison de ces différences; le fait est de toute évidence pour les inflammations cutanées qui comprennent l'érysipèle, l'ecthyma, l'eczéma, le pemphigus, l'impétigo, les dermatites exfoliatrices, les érythèmes papuleux et noueux, les herpès, etc.: il n'est pas douteux que les inflammations viscérales ne puissent revêtir des formes aussi différentes; c'est ainsi que la bronchite chronique des asthmatiques se distingue de celle qui conduit à la dilatation des bronches et de celles que provoquent les inhalations de poussières; il y a des recherches intéressantes à faire dans cette direction.

Nous appelons *maladie (νσσος) l'ensemble des phénomènes morbides qui évoluent dans l'organisme sous l'influence d'une même cause initiale.*

Cette cause, ordinairement complexe, demeure souvent, en partie au moins, indéterminée, de telle sorte que l'on ne peut arriver à une classification satisfaisante; la cause *vraie* n'est pas seulement l'influence extérieure qui le plus souvent a été le point de départ des accidents; il faut tenir compte aussi du mode de réaction de l'organisme; c'est dans le *conflit* entre la cause externe et l'organisme que réside la *cause prochaine*, et la nature de ce conflit est loin d'être toujours connue. C'est donc seulement à titre d'essai que nous proposons la classification suivante:

Maladies traumatiques. . .	{	Traumatismes des téguments. — des os. — des viscères, etc.
Maladies a frigore.	{	Des poumons. Des articulations. Des reins, etc. Variole. Rougeole. Scarlatine. Fièvre typhoïde, fièvre récurrente. Choléra.
Maladies infectieuses.	{	Diphthérie. Septicémie. Érysipèle. Fièvre jaune. Malaria. Tuberculose, rage, morve, lèpre, mycosis fongique, rhinosclérome, etc.
Maladies parasitaires	{	Hydatides, gale, poux, teignes, etc. Athrepsie.
Maladies d'inanition.	{	Scorbut. Rachitisme. Obésité.
Maladies par ralentissement de la nutrition (Boucharde).	{	Lithiases biliaire et urinaire. Rachitisme, ostéomalacie. Goutte, rhumatisme. Diabète.
Maladies d'excès et de fatigue.	{	Certaines myélites, encéphalites, arthrites et myosites, etc.
Maladies diathésiques.	{	Généralisées. { Goutte. Rhumatisme. Herpétisme. Systématisées. { Névropathies. Endartérites. Localisées. { Tumeurs. Malformations.

Maladies d'évolution . . .	}	Chlorose.
		Rachitisme.
		Cancer.
Maladies par intoxications.	}	Tératomes.
		Hydrargyrisme.
		Saturnisme.
Maladies de cause inconnue	}	Alcoolisme, etc.
		Goître exophtalmique, maladie d'Addison,
		cirrhose hypertrophique du foie, certaines dermatoses parmi lesquelles le psoriasis, le lichen plan, le pityriasis rubra pilaris, etc.

Nos définitions n'établissent pas un antagonisme entre les affections et les maladies; la pneumonie, considérée en elle-même, est une affection; la pneumonie *a frigore* et la pneumonie infectieuse sont des maladies; le prurigo est une affection, la gale et la phthiriasis sont des maladies. Ce sont les mêmes faits considérés à un point de vue différent. Dans la maladie, on comprend l'ensemble d'un processus morbide; l'affection est un ensemble de phénomènes subordonné à une lésion et considéré d'une manière abstraite.

CHAPITRE II

ÉVOLUTION DES MALADIES

En étudiant les processus morbides et les symptômes, nous avons fait connaître les éléments des *affections*; il nous reste à montrer quelle est l'*évolution* des *maladies*. Elle diffère suivant que la maladie est *aiguë* ou *chronique*.

ARTICLE 1^{er} — ÉVOLUTION DES MALADIES AIGUES

On peut leur distinguer une période d'*incubation*, une période d'*invasion*, une période d'*état* et une période de *déclin* à laquelle fait suite la *convalescence*.

§ 1. — Incubation.

La période d'*incubation* est celle qui s'écoule entre le moment où l'organisme subit l'influence de la cause morbifique et celui où se manifestent les premiers symptômes de la maladie; elle est surtout prononcée dans les maladies infectieuses; sa durée varie dans des limites assez restreintes pour chacune d'elles; elle est d'environ

12 jours pour la rougeole, 10 jours pour la variole, de 12 à 20 jours pour les oreillons; il semble que l'agent infectieux doive, avant d'agir sur tout l'organisme, subir une élaboration, soit au point d'inoculation comme dans la vaccine et la pustule maligne, soit peut-être dans le sang; en quoi consiste cette élaboration? s'agit-il d'une multiplication locale des microbes infectés? Le fait peut être considéré comme démontré pour la pustule maligne, puisque sa destruction empêche les accidents généraux; on peut vacciner avec succès un sujet en incubation variolique, preuve qu'à cette période la maladie n'est pas encore généralisée à tout l'organisme et que par conséquent l'incubation y est locale.

Dans les maladies accidentelles que provoquent les traumatismes ou les modifications brusques du milieu ambiant, la durée de l'incubation est beaucoup moindre et souvent nulle.

§ 2. — Types des maladies.

La maladie, une fois déclarée, peut être *intermittente*, *rémittente* ou *continue*.

L'*intermittence* s'observe surtout dans les affections liées à l'infection palustre, mais elle peut également se présenter dans le cours des septicémies, dans certaines inflammations, dans les névralgies, dans l'hystérie, etc. Les accès se reproduisent souvent à des intervalles qui demeurent fixes ou se modifient régulièrement en s'accroissant ou en diminuant; la cause continuant à résider dans l'organisme, on peut s'expliquer cette marche, dans les maladies infectieuses, par la production à intervalles réguliers d'une nouvelle quantité de matière pyrogène ou d'une nouvelle génération de microbes; dans les affections du système nerveux, il faut invoquer l'épuisement que provoquent les douleurs ou les convulsions dans l'activité des centres.

La *rémittence* s'observe dans la plupart des maladies aiguës d'une certaine durée; à l'état physiologique, la température du soir dépasse toujours de quelques dixièmes de degrés celle du matin; cette différence s'accroît beaucoup dans les maladies fébriles, et il n'est pas rare de voir la rémission matutinale ramener la chaleur au voisinage de la normale, alors que le soir elle atteint encore 40°. Il est de règle que, dans la fièvre typhoïde, ces rémissions du matin s'accroissent davantage à mesure que la maladie se prolonge, quand elle doit guérir.

Le type *continu* est celui que, dans nos contrées, affectent la plupart des maladies aiguës.

§ 3. — Invasion.

L'*invasion* peut être *Brusque* ou *graduelle* : tandis que, chez un pneumonique ou un varioleux, le thermomètre monte dès le premier jour à 40° ou au-dessus, la température d'un typhique ne s'élève d'ordinaire que graduellement et n'atteint qu'au bout de trois jours au plus tôt son maximum ; de même chez un rhumatisant, la maladie peut débiter par des douleurs vagues dans un petit nombre de jointures pour se généraliser ensuite. Le début de la méningite tuberculeuse est, dans la plupart des cas, graduel et insidieux.

§ 4. — Période d'état.

La période d'état est celle dans laquelle la fièvre se maintient au voisinage de son chiffre le plus élevé ; sa durée est très variable ; de quelques heures seulement dans l'accès intermittent, elle peut se prolonger pendant des semaines chez un typhique. Certaines maladies ont une marche cyclique ; leur durée est à peu près constante, si bien que l'on peut dire, sauf le cas de complications imprévues : la fièvre tombera de tel à tel jour. Il en est ainsi pour la rougeole, pour la variole, pour la pneumonie franche, pour la goutte aiguë ; d'autres maladies au contraire ont tendance à se prolonger, soit que la maladie envahisse de nouvelles parties comme dans la broncho-pneumonie, dans la pleurésie, dans le rhumatisme articulaire aigu, soit que les affections secondaires qu'elle a provoquées durent plus longtemps qu'elle.

§ 5. — Période de déclin.

La période de *déclin* prend le nom de *crise* quand elle évolue rapidement, et celui de *lysis* quand elle évolue lentement.

A. *Crise*. — Les anciens attribuaient à la crise une importance considérable ; ils la regardaient comme « le dernier combat livré par la nature médicatrice au principe morbifique » (1) ; l'évacuation des humeurs peccantes par la peau ou les reins y jouait un rôle capital. La théorie a été abandonnée ; mais les faits cliniques res-

(1) Hecht, article *Crise* du *Dictionnaire encyclopédique*. — Hirtz, article *Crise* du *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*. — P.-E. Chauffard, *Principes de pathologie générale*. Paris, 1862. — A. Chauffard, *Des crises dans les maladies*, 1836.

tent, et une observation attentive a permis de constater dans la crise la plupart des phénomènes qui nous ont été signalés par les vieux auteurs.

Il y a lieu de distinguer dans la crise trois phases qui correspondent, la première (*procritique*) à sa préparation, la seconde (*critique*) à sa réalisation, la troisième (*épicrotique*) à son parfait achèvement.

a. *Phase procritique*. — La phase *procritique* est caractérisée par une légère rémission ; la température, s'il s'agit d'une maladie fébrile, s'élève un peu moins haut ; le malaise général est moins prononcé, la peau devient moite ; la durée de cette rémission est ordinairement de 12 à 24 heures ; elle est suivie d'une aggravation passagère ; la température remonte aux chiffres les plus élevés de la période d'état, et quelquefois les dépasse ; le malade est agité ; son malaise augmente de nouveau ; puis, au bout de quelques heures, la défervescence commence. La perturbation peut marquer le début de la crise, sans être précédée par la rémission.

b. *Phase critique proprement dite*. — La phase *critique proprement dite* est caractérisée par la chute rapide de la température ; le thermomètre peut descendre au chiffre normal ou même au-dessous en l'espace de quelques heures ; il en est ainsi non seulement dans l'accès intermittent, mais aussi dans beaucoup de pneumonies franches, d'érysipèles et de rougeoles ; d'autres fois le retour à la température normale n'est complet qu'au bout de 36, de 48 ou 60 heures ; l'ascension vespérale peut manquer le jour où se fait la défervescence. Les malades éprouvent dès ce moment une sensation marquée de mieux ; ils dorment ; leurs forces commencent à se relever ; l'aspect de leur physionomie devient plus favorable. Le pouls tombe à la normale ou au-dessous ; il n'est pas rare de le trouver à 50 pulsations par minute ; la langue redevient humide. C'est alors que l'on voit se produire assez souvent ces évacuations qui avaient attiré si vivement l'attention des anciens ; elles se font surtout par la peau et par les reins.

La sudation peut commencer dès le début de la crise, au moment même où la température commence à s'abaisser ou même avant (Hecht) ; elle ne peut être considérée comme la cause de la défervescence, car on l'observe souvent dans la période d'état ; il en est ainsi, par exemple, dans le rhumatisme articulaire aigu ; peut-être cependant contribue-t-elle à modérer la fièvre. Elle se produit dans les défervescences passagères provoquées par les médicaments aussi

bien que dans les défervescences spontanées. On l'observe constamment quand la température s'abaisse sous l'influence de la kairine, et elle cesse d'avoir lieu si l'on empêche la chaleur de s'élever de nouveau en continuant l'usage du médicament. Elle est donc liée à la défervescence sans être la cause.

On a considéré comme critiques les éruptions qui se produisent parfois au moment de la défervescence; cette interprétation ne peut plus être admise; le développement de ces affections cutanées paraît dû soit à la sudation, soit au trouble que la fièvre provoque dans la nutrition des téguments, soit à la pénétration dans le derme de matières septiques.

Les urines sont éliminées en plus grande quantité; elles laissent déposer d'abondants sédiments uratiques. On y a constaté parfois une augmentation des matières extractives ou de l'urée. Les chlorures qui avaient presque entièrement disparu pendant la période d'état deviennent surabondants; il en est de même de la potasse et de la soude. Dans une observation de M. Bouchard la toxicité de l'urine, considérable pendant le cours de la maladie, est devenue énorme au moment de la crise pour décroître progressivement et tomber le cinquième jour au-dessous de la normale.

On a admis, sans preuves, des diarrhées et des vomissements critiques; quant aux hémorragies, elles sont le plus souvent accidentelles, et, si elles peuvent favoriser la crise, elles ne doivent pas être considérées comme une de ses manifestations.

Le professeur Hayem (1) a signalé, à la fin des maladies aiguës, une modification subite et profonde dans la constitution anatomique du sang; il admet que ce phénomène présente, par sa constance, par l'époque de son apparition, par son intensité, par sa durée éphémère, les caractères d'une véritable crise: c'est la crise hématique, caractérisée essentiellement par une accumulation passagère d'hématoblastes dans le sang. A l'état normal, on compte en moyenne un hématoblaste contre vingt globules rouges; dans les maladies aiguës, le nombre des hématoblastes devenant relativement plus grand, cette proportion s'élève sensiblement; elle est alors représentée par des chiffres qui varient entre 18 et 12; puis tout à coup, à un certain moment, le nombre des hématoblastes augmente rapidement, tandis que celui des hématies devient à peu près invariable; en quarante-

(1) Hayem, *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang.*

huit heures, le chiffre des hématoblastes est doublé, mais vingt-quatre heures plus tard il a déjà beaucoup diminué et il ne tarde pas à revenir d'une manière définitive à son point de départ. Il en résulte que, lorsqu'on représente les fluctuations dans le nombre des éléments sous une forme graphique, la courbe des hématoblastes prend l'apparence d'un pic à sommet très aigu.

La crise hématique débute vers la fin de la maladie, en général au moment où la température fléchit; elle atteint presque toujours très exactement son *fastigium* le jour où la chaleur redevient pour la première fois la même qu'à l'état physiologique. Quels que soient le nombre initial des hématoblastes et celui des globules rouges, le rapport anormal constaté entre ces éléments à l'époque de la plus forte accumulation des hématoblastes est représenté presque toujours par le même chiffre, il est en moyenne de sept, et il n'oscille que dans d'étroites limites comprises entre huit et six.

Ces modifications quantitatives dans la constitution du sang, observées à l'époque de la défervescence critique, peuvent être interprétées ainsi qu'il suit. Pendant le cours des maladies aiguës, la rénovation sanguine est entravée, elle est en tout cas moins active qu'à l'état sain; mais au moment où le cycle morbide arrive à son terme, il se fait un effort de réparation qui débute par une production abondante de globules rouges nouveaux, c'est-à-dire d'hématoblastes. Bientôt ces éléments, encore imparfaitement développés, se transforment en hématies, et la proportion relative des hématoblastes et des globules rouges redevient progressivement normale. Ce n'est toutefois qu'au bout d'un temps relativement assez long que l'équilibre sanguin se rétablit complètement. L'augmentation dans le nombre des hématoblastes est suivie d'une multiplication notable des globules rouges; ceux-ci atteignent en général leur minimum au début de la crise hématique, au moment où les hématoblastes commencent à s'accumuler dans le sang, puis ils se multiplient progressivement pendant le cours même de la crise et surtout au fur et à mesure que les hématoblastes retombent à leur chiffre initial; mais ces globules de nouvelle formation sont moins riches en hémoglobine que les hématies normales et adultes. La crise hématique est en définitive un fait d'évolution; elle représente l'effort de réparation sanguine qui survient à la fin des maladies aiguës.

c. *Phase épicrotique.* — Dans la phase *épicrotique*, la température peut rester un peu inférieure à la normale; il en est de même de la

fréquence du pouls; la diaphorèse continue souvent à être abondante; l'appétit revient, et les forces se relèvent; les malades éprouvent une sensation de bien-être et de soulagement.

L'époque à laquelle commence la crise est soumise à des règles qui varient pour chaque maladie; les anciens admettaient qu'elle débutait constamment les mêmes jours, et particulièrement les jours impairs; cette manière de voir a été soutenue par Traube; cet auteur affirme, par exemple, que, dans la pneumonie, la défervescence a lieu le cinquième, le septième ou le neuvième jour; les observateurs qui ont entrepris de contrôler l'exactitude de ses assertions ne sont pas arrivés aux mêmes résultats.

On peut dire seulement que, dans cette affection, la défervescence a lieu presque toujours du cinquième au neuvième jour, comme, dans la rougeole non compliquée, elle se produit le troisième jour après l'éruption.

Dans les maladies à marche non cyclique, la crise peut avoir lieu au bout d'un laps de temps très variable; il en est ainsi dans la pleurésie, dans le rhumatisme articulaire, dans la broncho-pneumonie et dans l'érysipèle; il semble que, dans ces maladies, il se fasse une série de poussées successives par l'extension du processus à de nouvelles parties et que chacune d'elles, en amenant une recrudescence de la fièvre, retarde le début de la crise.

On s'est occupé de déterminer à quelle heure la crise commence le plus souvent. Les anciens pensaient que c'était le matin ou vers la fin de la nuit. Thomas, de Leipzig, a reconnu que les premiers indices de défervescence se manifestent d'ordinaire à la fin de la soirée, de neuf heures à minuit.

B. *Lysis*. — Dans la terminaison par *lysis*, la perturbation critique n'a pas lieu, ou du moins elle ne se produit que d'une manière insensible; la défervescence, au lieu de se faire en vingt-quatre ou quarante-huit heures, est graduelle, et ce n'est qu'au bout de quatre, cinq ou six jours qu'elle est complète (voyez page 732); c'est peu à peu seulement que l'état général s'améliore, que les forces se relèvent, et que les sécrétions reprennent leurs caractères normaux.

ARTICLE II — ÉVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES

Elle varie essentiellement avec la nature de la maladie; il est nécessaire d'en distinguer à ce point de vue plusieurs espèces.

Dans certains cas, il s'est développé, dans le cours d'une affection

aiguë, une lésion indélébile qui donne lieu par elle-même à des accidents persistants: telle est l'altération qui trouble le jeu des valves à la suite d'une endocardite aiguë, tel est le rétrécissement que peut subir l'œsophage après une brûlure, ou l'urèthre à la suite d'une blennorrhagie; en ce cas, l'organisme lutte contre l'obstacle, et tant que ses fonctions s'accomplissent avec une activité suffisante, la lésion ne donne pas lieu à des troubles appréciables; mais il vient un moment où les organes qui compensent par un surcroît d'énergie les effets de la lésion se fatiguent ou s'altèrent, et alors commence une série d'accidents qui ne peuvent guère que s'aggraver, à moins que l'intervention chirurgicale ne puisse lever l'obstacle: c'est ainsi que la vessie se dilate dans le cas de rétrécissement de l'urèthre et que les cavités du cœur se distendent en amont de la lésion.

D'autres fois, il s'agit d'une inflammation qui tend incessamment à faire des progrès; telles sont souvent les lésions du foie, du rein et de la moelle épinière. Cette ténacité ne peut pas d'ordinaire s'expliquer par la persistance des causes qui ont provoqué le début de l'affection; la cirrhose du foie continue à se développer alors que le malade qui en est atteint a renoncé à tout excès alcoolique, les myélites ont tendance à envahir incessamment de nouvelles parties en l'absence de toute provocation appréciable; peut-être faut-il attribuer la marche envahissante de ces lésions à la disposition que présente le tissu cellulaire des organes qui en sont le siège.

Toute cause persistante d'irritation inhérente à l'organisme peut engendrer des troubles persistants; nous avons vu l'épilepsie se manifester sous l'influence des excitations partant d'une cicatrice étendue; M. Brown-Séguard la provoque par la section des sciatiques; il est bien probable qu'elle a constamment pour point de départ une cause le plus souvent méconnue d'excitation susceptible d'être transmise au bulbe.

Certaines néoplasies ont tendance à augmenter indéfiniment de volume et à se multiplier en allant former par la voie des vaisseaux lymphatiques ou sanguins des dépôts secondaires; tels sont en première ligne les épithéliomes cancéreux et ensuite les sarcomes.

Dans les maladies infectieuses, la chronicité est due à la persistance et au développement dans l'organisme de l'agent spécifique; elles se traduisent alors le plus souvent par des accidents constants et tendent incessamment à s'aggraver: il en est ainsi pour la morve, la lèpre et la gale; d'autres procèdent par poussées que séparent

des périodes quelquefois prolongées de latence plus ou moins complète: telle sont la syphilis et la malaria.

Il est pas rare de voir des manifestations graves de la syphilis se produire chez des sujets qui ont eu vingt ou trente ans auparavant leur accident primitif et qui depuis longtemps ne présentaient plus d'accidents; même dans les premiers temps de cette maladie, alors que son développement est en pleine activité, on peut constater qu'il se fait une série d'éruptions à des intervalles relativement peu éloignés; il se produit ainsi une série d'affections dont chacune évolue et guérit en un laps de temps généralement assez court, si ce n'est dans les formes malignes; et encore si l'on étudie le mode de développement d'une lésion circonscrite tertiaire, on peut constater qu'elle est complexe et que les séries d'éléments éruptifs dont elle se compose guérissent successivement après avoir donné naissance à des éléments semblables. S'il agit, par exemple, d'un groupe d'ulcérations disposées en plaques, on voit que les plus anciennes sont cicatrisées; ce n'est donc pas, en pareil cas, l'affection qui est de longue durée, c'est la maladie.

Il est loin d'en être toujours ainsi; les ulcérations de la scrofule et de la tuberculose, par exemple, ont peu de tendance à la guérison et persistent pendant de très longues périodes; il en est de même des manifestations osseuses et pulmonaires de ces maladies; il en est de même aussi du cancer et d'une manière générale de toutes les tumeurs; elles n'ont aucune tendance à la guérison spontanée.

Une dernière catégorie de maladies chroniques comprend celles qui sont engendrées ou entretenues par les diathèses: ce sont les affections oculaires cutanées et ganglionnaires chez les scrofuleux, les affections cutanées et articulaires chez les arthritiques; suivant que la puissance de la diathèse est plus ou moins grande, les manifestations sont graves ou légères, passagères ou persistantes; il n'est pas rare de voir des arthropathies goutteuses et des affections cutanées persister pendant des années. Dans certains cas, la prédisposition peut être limitée à un organe ou à un tissu; il en est ainsi dans ces psoriasis invétérés qui paraissent indépendants de toute influence diathésique.

Les maladies chroniques guérissent difficilement; elles deviennent une fonction de l'organisme, une fonction morbide et une habitude également morbide (Peter) (1).

(1) M. Peter, *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 417.

CHAPITRE III

DE LA CONVALESCENCE (1)

ARTICLE 1^{er} — CONVALESCENCE RÉGULIÈRE

Lorsque les symptômes propres d'une maladie ont cessé de se produire et que ses lésions essentielles sont en voie de régression, le sujet n'est pas dans son état normal; il faut un certain temps pour que les désordres se réparent, que les lésions s'effacent complètement, que les troubles de nutrition dont tous les tissus ont été le siège disparaissent, que les fonctions se rétablissent et que les forces se relèvent; cette période est désignée sous le nom de *convalescence*; on ne l'observe qu'à la suite des maladies qui ont provoqué des troubles de la santé générale. On peut admettre qu'elle débute au moment où la défervescence est complète, bien que les lésions puissent persister encore un certain temps après.

Sous l'influence de la fièvre, de l'inanition, de la perte de matériaux organiques et de l'altération des organes hématopoiétiques (G. Sée), il s'est produit de l'amaigrissement, une prostration des forces et une dégénérescence de tous les tissus; dans le cas où la maladie a été grave et de longue durée, le sujet est pâle et amaigri; sa voix est souvent affaiblie; le moindre effort musculaire lui est pénible; s'il veut se lever, il chancelle comme le ferait un homme ivre, la tête lui tourne et il tomberait s'il n'était soutenu; il a peine à rester longtemps assis.

On peut noter souvent un affaiblissement des facultés intellectuelles; la lecture ne peut être continuée que pendant quelques instants; la puissance d'attention est surtout atteinte (Brochin); certains malades ont perdu la mémoire.

La sensibilité psychique est accrue; les sujets s'émeuvent facilement; ils sont impatients et irritables; ils ont une grande sensibilité au froid; leurs sens sont impressionnables: c'est l'état de *faiblesse irritable*, décrit par les Anglais.

L'énergie des contractions cardiaques est diminuée, et cependant

(1) Fernet, article *CONVALESCENCE*, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et Brochin, *Dictionnaire encyclopédique*. — Rathery, *Des accidents de la convalescence*, Paris, 1875. — Janets, *Considérations sur la convalescence des maladies aiguës*. Thèse de Paris, 1866.