

regard est d'une fixité étrange. La peau est devenue absolument sèche. Le malade voit troublé devant ses yeux; ses oreilles bourdonnent; il ne se tient plus d'aplomb; il titube, il chancelle, il tombe comme une masse inerte, sans connaissance. Sa figure est maintenant d'une pâleur cadavérique; la respiration, superficielle, suspicieuse, s'interrompt par moments; le pouls est imperceptible. Si une intervention appropriée ne se produit pas à temps, le malade est voué à une mort certaine;

2° Une *forme paralytique et dyscrasique*. Elle débute d'emblée par une perte subite de la connaissance. Le malade est dans un état comateux; sa figure est blême; les oreilles et les lèvres sont cyanosées; la peau, absolument sèche, est brûlante; la sensibilité et les mouvements réflexes sont abolis. La température interne marque 40°5, ou davantage. Par instants, le malade est pris de nausées; aux soubresauts et aux secousses musculaires du début font suite de véritables convulsions. Les mouvements respiratoires, très superficiels, finissent par s'arrêter et le malade succombe en état d'asphyxie, si on n'intervient pas à temps.

3° Une *forme psychopathique*. Les troubles psychiques dominant le tableau morbide. Le malade vient en proie à des hallucinations, à des manifestations délirantes, qui revêtent de préférence les dehors du délire des persécutions. Cette forme se rencontre surtout chez des sujets qui ont abusé des boissons alcooliques. Elle peut avoir comme dénouement une tentative de suicide.

Une statistique, publiée par Hiller, nous renseigne sur la fréquence relative de ces trois modalités cliniques du coup de chaleur. Sur un total de 470 cas :

329	=	70%	se rapportaient à la première forme.
119	=	25,3%	— — — seconde —
22	=	4,7%	— — — troisième —