

que la phase convulsive : l'état de mal hystérique épileptiforme se rapproche alors beaucoup de l'état de mal épileptique vrai. Il y a cependant des différences importantes : c'est tout d'abord que dans l'hystérie, les accès sont plus nombreux que dans l'épilepsie vraie. Chez une malade du service, par exemple, le nombre des accès avait été de huit mille en quinze jours ; chez une autre, ce nombre avait dépassé vingt et un mille en vingt-six jours ; une autre malade, en état de mal, avait eu un jour cinq cents accès et le lendemain plus de quinze cents.

Cette multiplicité des attaques est importante au point de vue du diagnostic : malgré ce nombre considérable, il n'y a chez les hystériques ni sécheresse de la langue ni tendance aux eschares, et surtout pas d'élévation de température ; ce dernier point est capital, car il permet d'affirmer que le malade n'est pas en danger. En outre, dans l'épilepsie, l'affection ne dépasserait pas neuf jours, tandis que chez l'hystérique elle peut aller jusqu'à vingt-six jours. Ainsi, dans ce dernier cas, non seulement les attaques sont beaucoup plus nombreuses, mais la série a une durée beaucoup plus longue.

Il existe d'autres différences notables : dans l'épilepsie les malades ne se réveillent jamais ; dans l'hystérie, il peut y avoir, après une centaine d'attaques, un réveil momentané, on voit alors la malade parler, sourire, souvent même elle demande à uriner, car c'est là un fait contraire à ce que l'on observe dans l'épilepsie, les hystériques souillent très rarement leur lit ; de plus elles continuent à s'alimenter d'une façon suffisante. Enfin, dans l'intervalle de ces séries d'attaques il se produit souvent un phénomène quelconque révélant sûrement leur nature hystérique. Toutefois les moyens qui réussissent ordinairement à arrêter les attaques, comme la compression des ovaires ou des points hystérogènes, ne donnent ici aucun résultat.

On voit donc que s'il y a de grandes ressemblances entre l'état de mal hystérique et l'état de mal épileptique, il y a aussi de notables différences qui permettent de porter un diagnostic dont l'importance est considérable en raison de la diversité du pronostic.—*J. de med. et de chir. prat.*

Formes bénignes et latentes de la fièvre typhoïde.—Il est beaucoup de cliniciens qui, pour prononcer le mot de fièvre typhoïde, exigent un ensemble de symptômes caractéristique et complet.

Ils supposent des différences essentielles de nature intime, entre la fièvre typhoïde proprement dite, et ce qu'ils nomment fièvre continue, fièvre gastrique, fièvre synoque. A plus forte raison ne veulent-ils pas admettre de fièvre typhoïde sans fièvre, sans élévation de température qui soit perceptible au thermomètre.

M. Noël Guéneau de Mussy n'est pas de ceux-là ; il reconnaît, comme dépendant d'une même cause, à côté des formes bien accusées et d'une évolution complète, d'autres formes bénignes, atténuées, abortives, qui sont les prétendues synoques, etc.

A l'occasion d'une discussion à l'Académie de médecine, nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'à nos yeux ces atteintes légères d'une même contagion devaient certainement être acceptées, comme faits s'imposant, particulièrement quand elles se produisent dans le cours d'une épidémie sévissant avec énergie dans un village.

Nous avons cité des exemples qui montrent qu'en effet, alors, les