

Liséris bleuâtre du bout libre des gencives; douleurs articulaires et dans la continuité des membres. Si la maladie se prolonge, paralysie des extenseurs des mains, amaurose, ictère saturnin, chute des cheveux, etc. Apyrexie.

Quelquefois il semble exister de l'entérite, et il y a de la fièvre et de la diarrhée. Les coliques végétales du Poitou, du Devonshire, de Madrid, la colique sèche des Antilles, etc., ne sont peut-être que des formes de la colique de plomb.

Colique hépatique. — Déterminée par la présence de calculs dans des points rétrécis des voies biliaires. Douleurs survenant brusquement, très-vives, calmées par la pression; les malades se tordent et se couchent sur le ventre. Vomissements répétés, peu abondants, pénibles; constipation, apyrexie. Au bout de quelques jours, de quelques heures, apparition d'un ictère léger, fugace. Retour fréquent des accès. On ne trouve pas toujours des calculs dans les matières rejetées, ceux-ci remontant souvent dans des points plus larges des voies biliaires.

Colique néphrétique. — Même marche, mêmes accidents; phénomènes morbides du côté de la vessie; urine diminuée ou supprimée, rétraction des testicules. Ordinairement gravelle urique, phosphatique ou autre. Quelquefois hématurie ou urine purulente.

Tumeurs de l'abdomen. — (Voy. p. 579.)

Hématocèle rétro-utérine. — (Voy. p. 600.)

DE LA TEMPÉRATURE DANS LES MALADIES

[[Ce que nous avons dit de l'importance de l'élévation de la température du corps dans le processus fébrile (Voy. p. 12), suffit pour faire pressentir la valeur des mensurations thermométriques dans les maladies; aussi y a-t-il presque lieu de s'étonner de voir qu'il n'y a guère plus de vingt ans que le thermomètre joue un rôle capital dans les procédés d'exploration clinique. Cela est d'autant plus frappant que les anciens, Hippocrate le premier, avec la profondeur d'intuition qui les caractérise, avaient surtout dis-

cerné dans le fait de la fièvre une augmentation de la chaleur animale: vue consacrée du reste par la signification étymologique du mot fièvre ($\piυρεΐς$, *febris*, de *fervere*).

Lors de la renaissance de la médecine, Sanctorius employait assez volontiers le thermomètre. Il en fut de même de Boërhaave, à qui ce mode d'exploration était en quelque sorte dicté d'avance par ses idées iatro-mécaniciennes. Mais ce fut surtout son disciple de Haën qui fit des observations très-intéressantes sur l'augmentation de la température dans la fièvre; il constata notamment que la température s'élève, dès le stade de frisson, dans l'accès fébrile. John Hunter, dans ses expériences sur l'inflammation, James Currie, dans sa thérapeutique si hardie des fièvres éruptives, Brodie, dans les affections nerveuses, eurent recours aux mensurations thermométriques.

Bouillaud, Andral et Gavarret appelèrent à leur tour l'attention sur l'utilité de l'emploi du thermomètre; mais au premier rang, il faut placer les travaux de M. H. Roger (1) qui, se mettant sur le terrain franchement clinique, pratiqua chez les enfants des mensurations thermométriques extrêmement instructives; le premier, il insista sur les indications que fournit le thermomètre dans les fièvres infantiles, dans lesquelles le pouls ainsi que la respiration constituent des signes souvent trompeurs. De là date, à proprement dire, la thermométrie clinique.

Cependant, malgré l'extrême intérêt de ces recherches, elles étaient loin de donner les résultats obtenus depuis; cela tient à la tendance même qui les inspirait, tendance, sauf de rares exceptions, plutôt physiologique que clinique. Les observations thermométriques n'étaient pas relevées d'une façon suivie, pendant toute la durée de la maladie, ni surtout mises suffisamment en parallèle avec l'évolution naturelle de cette dernière. Le procédé existait et on n'en méconnaissait pas la portée; mais on manquait d'un plan régulier, d'une méthode.

Cet emploi méthodique du thermomètre et l'étude suivie et systématique de la calorification dans les maladies, nous les devons surtout à l'école allemande, à von Baerensprung (2),

(1) H. Roger, *De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique*. (Arch. gén. de méd., 1844-1845).

(2) Baerensprung (v.), *Rech. sur la temp. du fœtus et de l'adulte à l'état physiologique et morbide* (Müller's Archiv f. Anat., 1859).

à Traube (1) et à Wunderlich. Les recherches des deux premiers observateurs, faites surtout au point de vue de la pathologie générale et de l'analyse du syndrome fièvre, établirent cette donnée fondamentale, à savoir que, bien plus que la fréquence du pouls, la mensuration thermométrique donne la mesure de l'intensité et rend compte de la marche de la fièvre. Un autre fait capital qui se dégagait de ces recherches fut la réhabilitation des vues anciennes et délaissées sur certains caractères du mouvement fébrile, sur l'existence et la signification des crises et des phénomènes critiques, notamment : le thermomètre fournit ainsi la confirmation éclatante sinon des théories, du moins des faits proclamés par les plus illustres de nos devanciers, et trop méconnus par l'école exclusivement anatomique.

Wunderlich et ses disciples, par des recherches cliniques portant sur plus de vingt mille malades et des mensurations thermométriques qui s'élèvent à plusieurs millions, montrèrent que la température suit une marche constante, toujours semblable à elle-même, dans les diverses maladies fébriles ; ils montrèrent que dans les maladies cycliques, à évolution régulière et préétablie, comme le sont la plupart des pyrexies, l'élément fixe et invariable entre tous, celui qui par excellence caractérise la maladie et en accuse le type, c'est l'élément thermométrique.

Cela est si vrai, que telle maladie, la pneumonie par exemple, ou la rougeole, peuvent être en quelque sorte diagnostiquées par la simple inspection du tracé graphique, de la *courbe thermométrique* qui représente la marche de la température ; et, à défaut de preuves fournies par l'étiologie, par la contagion, par la symptomatologie, etc., en faveur de l'autonomie et de la permanence des pyrexies, la marche typique de la température dans ces maladies suffirait pour en affirmer l'*essentialité*, comme disaient les anciens, ou la spécificité.

Non-seulement l'exploration thermométrique facilite singulièrement le diagnostic des fièvres en permettant de recueillir un tracé connu d'avance et, pour ainsi dire, pathognomonique ; mais encore, par les écarts mêmes de ce

(1) Traube, *Mémoire sur les effets de la digitale dans les maladies fébriles* (*Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin*, 1830).

tracé, par ses anomalies et ses dérogations au type normal, le médecin est mis sur la voie des variantes que peut présenter la maladie, ou des complications qui viennent s'y ajouter ; bien plus, l'observation thermométrique devient, dans la plupart des cas, la source d'indications thérapeutiques pressantes, en même temps qu'elle permet de s'assurer, heure par heure, de l'efficacité du traitement institué.

Telle est la portée, à la fois doctrinale et pratique, de l'étude de la température morbide ; et, sans être taxé d'exagération, il est permis, avec M. Jaccoud, de rapprocher la révolution ainsi opérée dans la pyrétologie de celle qu'a entraînée, dans la détermination des lésions locales, la découverte de la percussion et de l'auscultation.

En dehors des pyrexies et des phlegmasies fébriles, l'emploi du thermomètre fournit également des données précieuses dans le diagnostic des névroses, des affections convulsives, des intoxications, de l'urémie, etc. C'est ce qui ressortira surtout de l'exposé rapide des principaux faits particuliers.]]

On se sert habituellement, pour les recherches cliniques, de thermomètres à mercure dont l'échelle ne porte que l'intervalle de 20 degrés centigrades, de 25° à 45°. Cette échelle est graduée de façon qu'on puisse lire facilement les divisions des degrés par dixièmes. [Les thermomètres à mercure demandent un plus long temps pour s'échauffer que ceux à alcool coloré, mais ils sont plus fidèles et exposent moins à la rupture et à la segmentation de la colonne liquide ; il faut donc les employer de préférence. Il est inutile d'ajouter qu'il faut de temps en temps vérifier l'exactitude de son instrument et s'assurer que le zéro n'a pas subi de déplacement. Une autre précaution consiste à se servir du même thermomètre pour le même malade pendant toute la durée de l'affection, afin que les mensurations soient exactement comparables.]]

Quel que soit l'instrument qu'on ait choisi, il est impor-



Fig. 20.

tant de s'assujettir dans son emploi à certaines précautions à défaut desquelles les recherches thermométriques sont nécessairement entachées d'inexactitude. Le thermomètre doit être appliqué soit à l'aisselle, soit à l'intérieur d'une cavité naturelle : bouche, rectum, vagin. C'est ordinairement à l'aisselle qu'on l'applique. Il faut avoir soin de le laisser en place pendant quinze ou vingt minutes, en l'appliquant aussi étroitement que possible dans le creux axillaire, et en le garantissant contre tout contact de l'air extérieur. Si l'on veut arriver plus rapidement au résultat, on chauffe le thermomètre en le tenant dans la main pendant quelques minutes avant de l'appliquer.

L'introduction du thermomètre dans la bouche, dans le rectum n'est qu'exceptionnelle. Dans certains cas elle est nécessaire. Dans les maladies algides, le choléra, par exemple, il est indispensable de connaître la température des parties profondes.

Pour inscrire les observations thermométriques, on se sert de tableaux particuliers qui, au moyen d'une disposition fort simple, permettent de relever deux fois chaque jour les variations de la température. On peut facilement arranger ces tableaux de manière à relever en même temps le nombre des pulsations, et celui des respirations qu'on a soin de noter avec des lignes de couleur ou d'aspect variables. Enfin rien n'empêche d'y adjoindre des courbes représentant les variations du poids du malade, celles des urines, etc., et l'on arrive ainsi à substituer des mesures exactes aux évaluations approximatives et à embrasser d'un seul coup d'œil presque toute l'histoire de la maladie. C'est d'après cette méthode que Lorain a relaté l'épidémie de choléra qu'il a observée à l'hôpital Saint-Antoine, et nous pouvons citer ses livres comme un exemple et un modèle des études de ce genre (1).

Dans les conditions normales la température de l'homme prise dans l'aisselle est de 37° cent. (2). Cette température

(1) Lorain, *Études de médecine clinique. Le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine*. Paris, 1868, gr. in-8°. — *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*, publication faite par Brouardel. Paris, 1877.

(2) Le professeur Jürgensen, de Kiel, a publié le résultat de 17,000 mensurations thermométriques pratiquées sur l'homme sain, le thermomètre étant placé dans le rectum. En prenant la moyenne de ce

subit quelques oscillations physiologiques dont les plus grands écarts ne dépassent pas 1° centigr., et sont ordinairement comprises dans des limites très-inférieures. Cette fixité de la température normale montre l'importance que prennent les variations qu'elle présente dans les différentes maladies. Ce sont ces variations qui doivent principalement fixer notre attention.

Des variations morbides de la température.

La température chez l'homme vivant, enseigne Wunderlich (1), présente des oscillations qui ne dépassent guère la limite de 8° centigrades. Il est rare que la température axillaire s'abaisse au-dessous de 32° (choléra) et encore dans ces cas la température rectale est souvent trouvée normale, quelquefois même exagérée (Doyère, Lorain). La température maxima que l'on ait constatée sur l'homme vivant est de 44° 73, dans un cas de tétanos (Wunderlich). Mais des températures de 42 à 43° sont déjà exceptionnelles; c'est donc entre 33° et 42° qu'oscille habituellement la température axillaire. Dès que celle-ci atteint d'une façon durable 38° on peut dire qu'il y a fièvre.

On a essayé de prendre la température animale comme base de classification des maladies et on a ainsi établi trois groupes. Le premier comprend toutes les affections où il y a élévation de la température (fièvres); le second, les maladies s'accompagnant d'abaissement de la température (algidités); enfin le troisième, constitué par exclusion, comprend les états morbides où la température n'est pas sensiblement modifiée. C'est surtout l'élévation fébrile de la température qui est intéressante à étudier, et c'est par elle que nous allons commencer cet exposé succinct de l'état actuel de la thermopathologie.

chiffre considérable de mensurations, il fixe la température normale de l'adulte, prise dans l'anus, à 37° 87 (*Die Körperwärme des gesunden Menschen*. Leipzig, 1873).

(1) Wunderlich, *De la température dans les maladies*, trad. de l'allemand par Labadie-Lagrave.

De la température dans les maladies aiguës et spécialement dans les pyrexies.

Si l'on étudie la marche de la température pendant un accès franc de fièvre, ce

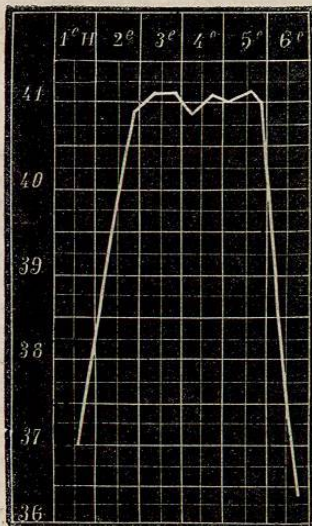


Fig. 21. — Fièvre intermittente.

Curve de la température pendant un accès dont la durée est de cinq heures. La température normale ou même un peu au-dessous. (Voy. fig. 21.)

Ces trois phases se retrouvent, avec des variantes de durée et d'intensité, dans toutes les affections fébriles, même les plus prolongées ; dans toutes on trouve une période d'*augment* ou d'*invasion*, une période d'*état* ou d'*acmé* et enfin une période de *déclin* ou de *déservescence*, qui dans les cas funestes est remplacée par ce que Wunderlich appelle la période *agonique* ou *agonale*.

Dans un certain nombre de maladies fébriles, ces diffé-

accès franc de fièvre, celui de la fièvre intermittente, par exemple, on constate trois stades thermiques correspondant assez exactement aux trois stades cliniques de l'accès fébrile, aux stades de frisson, de chaleur sèche et de sueur. La température *monte* dès le début du frisson, et c'est à la fin de ce dernier qu'elle atteint son maximum. Ce maximum se maintient, avec de très-faibles oscillations, pendant la durée du stade de chaleur ; puis, avec l'apparition de la sueur, on voit la température s'abaisser graduellement, d'une façon généralement plus lente que l'ascension, pour revenir à la

rentes périodes présentent des caractères constants, propres à chaque maladie, si bien qu'on peut, pour ainsi dire, diagnostiquer celle-ci à la simple inspection du tracé thermométrique qui la représente. C'est cette marche typique de la température dans ces diverses maladies que nous allons rapidement passer en revue.

Fièvres intermittentes. — La figure 21, que nous avons donnée comme le type de l'accès fébrile en général, est le tracé d'un accès de fièvre intermittente. Nous avons vu

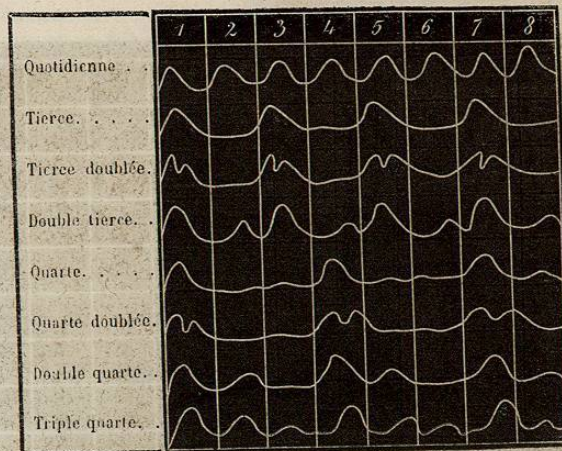


Fig. 22. — Schéma des divers types de la fièvre intermittente (Wieger).

plus haut (pag. 41) qu'il existait dans le retour de ces accès, dans leur périodicité, une série de combinaisons assez compliquées, constituant ce qu'on appelle le *type* de la fièvre. Le tracé (fig. 22), purement schématique, permet d'embrasser d'un coup d'œil ces divers types et interprète leur nomenclature. On y voit, par exemple, que le type double quarte présente un grand accès le 1^{er} et le 4^e jour, un paroxysme plus faible au 2^e et au 5^e jour, de l'apyrexie au 3^e et au 6^e, etc.

Pneumonie franche, lobaire. — Cette phlegmasie offre cette particularité de présenter une fièvre à évolution cyclique comme les pyrexies. En 24 ou 36 heures la fièvre atteint son fastigium, qui est de 39° 5, 40°, plus rarement 41°. La température se maintient à cette hauteur pendant 4 à 6 jours, offrant des rémissions matutinales insignifiantes; la défervescence est rapide comme l'invasion; en 36 ou 48 heures la température est revenue à son chiffre normal; quelquefois cette défervescence brusque, ou *crise*,

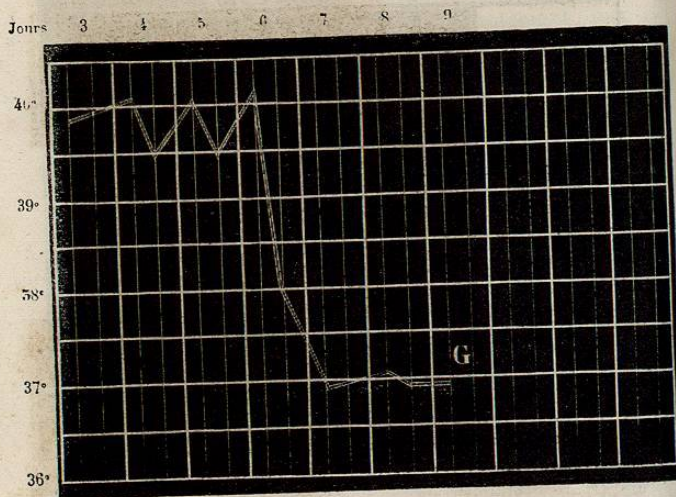
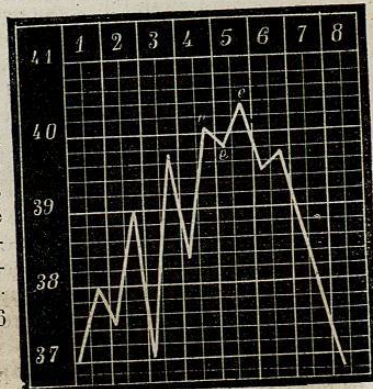


Fig. 23. — Pneumonie lobaire. Guérison. (Charcot, d'après Ziemssen.)

comme l'appelle Traube, est précédée, la veille du jour où elle doit se faire, d'une température plus élevée que la température habituelle de la période d'état; c'est ce qu'on appelle l'*ascension procritique*. Cette défervescence se fait du 5° au 9° jour, sans avoir, contrairement à l'opinion de Traube, de prédilection pour les jours impairs (Thomas) (fig. 23).

Rougeole. — La température présente une ascension lente dépassant rarement 40°. Au 5° jour généralement il y a une ascension procritique coïncidant avec la terminaison de l'éruption rubéoleuse. La défervescence, dans les cas simples et en l'absence de complications inflammatoires, est brusque et se fait complètement en 12, 24 ou 36 heures (fig. 24).



Scarlatine (fig. 25). — Dans cette pyrexie exanthématique on constate une ascension thermique très-brusque; en moins de quelques heures, à la suite souvent d'un frisson intense, la température atteint 39° 5 à 40° 5. L'éruption se

montre habituellement dès le 2° jour; elle est donc remarquablement précoce; la fièvre conserve son acmé ou bien présente de légères exacerbations pendant les 2 ou 3 jours que l'exanthème met à se généraliser. Pendant ce temps, c'est à peine si l'on constate d'insignifiantes rémissions du matin. La défervescence ne se fait que très-exceptionnellement par crises, en 12 ou 24 heures. La règle est qu'elle se fasse en terrasse, dans un espace de temps qui varie de 3 à 8 jours. Il n'est pas rare de voir la température descendre au-dessous de la normale, à 36°, et s'y maintenir pendant plusieurs jours (Wunderlich).

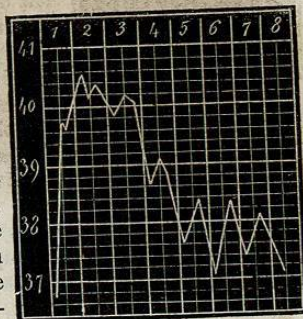


Fig. 25. — Scarlatine légère.

Variole. — La maladie commence par un frisson général et la température atteint brusquement, en 24 heures, son acmé qui est 40 ou 41 degrés ; ou bien, ce qui est plus fréquent, le début est plus insidieux et le fastigium n'est atteint que successivement, au bout de 2 ou 3 jours. Du 3^e au 5^e jour apparaissent les premiers boutons de l'exanthème et aussitôt la défervescence se produit, défervescence rapide et s'opérant quelquefois en plusieurs heures, ou en un jour au plus. L'apyrexie est complète et elle dure pendant 1 ou 2 jours ; mais elle ne tarde pas à être suivie d'une nouvelle recrudescence fébrile, liée cette fois à la suppuration de l'exanthème ; cette *fièvre secondaire* a tous les caractères de la fièvre de suppuration ; son intensité et sa durée dépendent du nombre (confluence) des pustules. (Voy. fig. 27.)

Ainsi, défervescence rapide et complète à la fin du 4^e ou du 5^e jour de l'invasion, apyrexie de 30 à 48 heures, puis nouvelle ascension thermique, telle est la marche caractéristique de la *variole discrète*.

Dans la *variole confluente*, la marche de la température s'écarte un peu de ce type si net. La défervescence provisoire ne se produit pas dès le début de l'apparition de l'exanthème ; elle ne commence que plus tard

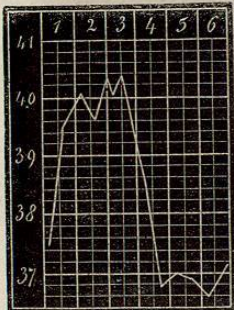


Fig. 26. — Varioloïde.

et par conséquent n'a pas le temps d'arriver à l'apyrexie franche ; il en résulte que la rémission est incomplète et que la fièvre d'éruption se confond et se continue avec la fièvre de suppuration. Ce qui caractérise anatomiquement la *varioloïde*, c'est l'absence de suppuration de l'exanthème ; ce qui la caractérise thermométriquement, c'est précisément l'absence de la fièvre de suppuration. Au lieu d'être provisoire comme dans la variole vraie, la défervescence qui se fait au moment de l'éruption est *définitive* dans la varioloïde. Pour tout le reste, rien ne distingue la marche et les caractères de la fièvre de la varioloïde d'avec celle de la fièvre d'éruption de la variole. (Voy. fig. 26.)

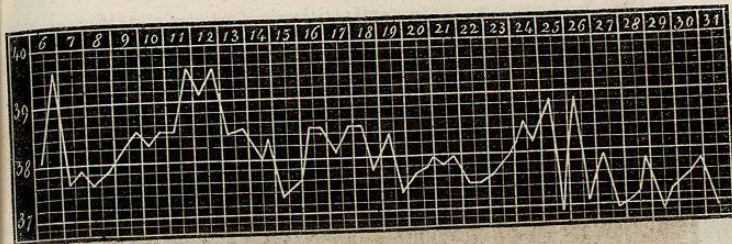


Fig. 27. — Variole vraie, discrète (Wunderlich).

Fièvre typhoïde. — C'est cette pyrexie qui a été l'objet des observations thermométriques les plus assidues et où l'on est arrivé aux résultats les plus importants, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic.

Le mode d'invasion de la maladie est, à lui seul, caractéristique.

Le début de la fièvre typhoïde présente une marche lente et régulièrement ascendante ; chaque soir la température s'élève d'un degré à 1° 20' ; le lendemain matin, elle redescend de 1/2 à 3/4 de degré, de sorte que vers le 3^e ou le 4^e soir elle a atteint 40° environ (Voy. fig. 28). Alors commence la période d'état.

Cette marche de la fièvre typhoïde à son début permet de formuler les aphorismes suivants (Wunderlich) :

Toute maladie qui, au premier ou au second jour de son évolution, offre une température de 40°, *n'est pas une fièvre typhoïde*.

Toute maladie qui, au soir du 4^e jour, n'a pas atteint 39° 5', *n'est pas une fièvre typhoïde*.

La *période d'état* offre une durée variable entre 10 à 30 jours. La température reste sensiblement stationnaire, présentant un chiffre très-voisin du maximum atteint à la fin du stade d'invasion (40°). La température du soir est en général d'un demi-degré plus élevée que celle du matin. Dans les cas graves ou marqués par une complication quelconque, la fin de la période d'état est troublée par des allures insolites de la température, qui se manifestent vers la fin du 3^e ou le commencement du 4^e septénaire et qui consistent en des rémissions et en des exacerbations irré-

gulières et en quelque sorte illégitimes ; cette période troublée, qui dure environ une semaine, et qui est définitivement suivie soit de la mort soit de la défervescence, a été appelée par Wunderlich *période amphibole*.

La défervescence est toujours lente et graduelle ; elle

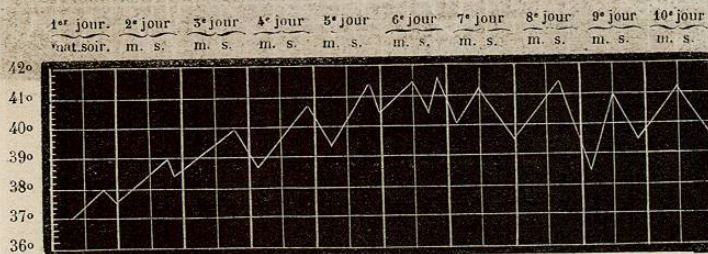


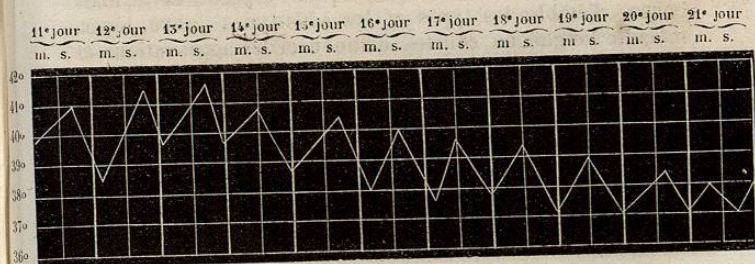
Fig. 28. — Fièvre typhoïde

s'opère d'après trois modes différents : dans un premier mode, la température du soir continue à rester élevée, celle du matin descendant chaque jour, jusqu'à ce qu'elle atteigne la normale ; alors la température du soir fléchit à son tour et rapidement pour atteindre elle aussi la normale. Dans un second mode, les amplitudes des oscillations thermométriques restent les mêmes, mais chaque jour la moyenne s'abaisse ; c'est le type parfait de la descente en gradins. Enfin, un troisième mode de défervescence est celui qui a lieu presque exactement par septénaire ; les amplitudes restent les mêmes pendant un septénaire, ainsi que la moyenne ; mais celle-ci s'abaisse d'un degré environ au commencement de chaque septénaire (Wunderlich).

Lorsque la maladie se termine par la mort, l'agonie est précédée soit d'une recrudescence considérable de la température, 42°, rarement 43°, soit d'un abaissement subit (collapsus).]

L'étude de la marche thermométrique de la fièvre typhoïde fournit des données de la plus haute importance pour le pronostic. Ainsi, une immense expérience a montré à Wunderlich que, lorsque dans le second septénaire les températures du soir se maintiennent entre 39° et 40°, la

maladie est généralement bénigne et il est permis d'augurer que la convalescence se montrera dans la troisième ou la quatrième semaine. Quand la température du soir se maintient dans la seconde semaine entre 40° et 40°, il est rare que la convalescence se montre avant la quatrième



Fièvre typhoïde (Hirtz).

semaine. Si la température du matin atteint 40°, et celle du soir 41°, on peut avec certitude diagnostiquer un cas grave. Au commencement de la troisième semaine on distingue facilement les cas légers des cas graves. Dans les cas légers, les rémissions du matin se prononcent. Dans les cas graves, la température reste dans les mêmes limites que pendant la deuxième semaine.

Les oscillations non motivées par quelque complication, lors même qu'il y a abaissement de température, sont toujours un indice de cas grave.

[[Notre intention ne saurait être d'exposer ici la marche thermométrique de toutes les maladies fébriles ; nous n'en avons pu étudier que les plus importantes et les plus répandues dans nos climats, et nous renvoyons, pour les autres, aux traités spéciaux et surtout au livre classique de Wunderlich. Mais quelque incomplets qu'ils soient, les détails dans lesquels nous sommes entrés suffisent pour nous faire voir la portée capitale de ce nouveau mode d'investigation dont s'est enrichie la science. La thermométrie appliquée aux maladies nous donne la notion la plus exacte sur les échanges moléculaires de l'économie, sur le degré et l'intensité de la combustion fébrile ; elle nous per-

met de prédire l'imminence de certains phénomènes graves, tels que le délire, le collapsus, ou de phénomènes favorables, tels que les crises. En nous montrant que les pyrexies suivent une marche cyclique, normale en quelque sorte, les mensurations méthodiques nous permettent souvent, non-seulement de diagnostiquer l'espèce fébrile, mais encore d'établir les types et les sous-types (grave, léger, maladie longue ou courte), d'annoncer les aggravations et de pressentir les complications ou les rechutes. Disons enfin que la thermométrie nous fournit le moyen le plus sûr et le plus exact de nous assurer de l'efficacité et du mode d'action de l'intervention thérapeutique.

Température dans les maladies du système nerveux.

Une des névroses les plus intéressantes au point de vue thermométrique est le *tétanos*. Il s'accompagne d'une élévation considérable de la température, et, chose remarquable, cette température s'accroît encore pendant les premières heures qui suivent la mort.]] Ainsi en 1861, Wunderlich trouva chez un tétanique, une heure après la mort, la température énorme de 43°4.

Des observations recueillies tant sur l'homme que sur les animaux ont montré que dans cette maladie le thermomètre accusait son maximum de température quelque temps après la mort : une à deux heures généralement.

Faut-il chercher avec Leyden dans la chaleur développée par la contraction musculaire l'explication de ces hautes températures observées dans le tétanos ? Tiennent-elles, comme le veut Wunderlich, à l'épuisement des centres nerveux et à la désorganisation chimique rapide des tissus, qui en serait la conséquence ; désorganisation produisant une énorme quantité de chaleur ? Sont-elles la conséquence de la paralysie du centre médullaire d'où émanent les nerfs vaso-moteurs (Ladame) ? Peut-être toutes ces causes concourent-elles à la production du phénomène.

On avait observé également chez les cholériques, quelques temps après la mort, une augmentation notable de température qui persiste pendant une demi-heure environ. Lorain a montré que c'était surtout chez les sujets

morts dans l'état algide qu'on observait cette augmentation de température *post mortem* (1).

[[M. Charcot et ses élèves, particulièrement M. Bourneville, ont appelé l'attention sur des modifications très-intéressantes de la température dans certaines affections nerveuses (2). Ces recherches portent sur l'état de la température centrale (rectale), dans l'hémorrhagie et le ramollissement du cerveau, dans l'urémie et l'éclampsie puerpérale, dans l'épilepsie et l'hystérie.

Dans l'*hémorrhagie cérébrale*, la température présente un *abaissement initial*, plus ou moins accusé ; quand l'hémorrhagie est foudroyante, on peut même ne constater que cet abaissement initial.

Quand l'hémorrhagie se termine rapidement (de 10 à 20 heures) par la mort, l'abaissement initial est suivi d'une élévation *rapide* et durable de la température.

Quand le malade survit, la température, d'abaissée qu'elle était au moment de l'attaque, revient à 37°5, à 38°, et oscille pendant quelques jours entre ces chiffres. Si la guérison doit se faire, la température revient au chiffre physiologique ; si au contraire la température s'élève rapidement, c'est l'indice d'une terminaison fâcheuse à bref délai.

Dans le *ramollissement cérébral*, l'abaissement initial de la température, au moment de l'attaque, fait défaut ou n'est pas aussi prononcé que dans l'hémorrhagie cérébrale ; souvent, peu après l'attaque, la température s'élève rapidement à 39°, même à 40° ; puis elle baisse, offre des oscillations irrégulières, pour revenir, au bout de quelques jours, au chiffre normal ; quand la terminaison est mortelle, la température terminale est moins élevée dans le ramollissement que dans l'hémorrhagie.

Sans s'exagérer la valeur de ces signes tirés de l'examen de la température, qui peuvent présenter de nombreuses variantes, il importe cependant d'en tenir compte dans le diagnostic si difficile de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement.

(1) Lorain, *Études de médecine clinique. Le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine*. Paris, 1868.

(2) Bourneville, *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*. Paris, 1873.

Dans l'*éclampsie urémique*, la température centrale est abaissée constamment, et pendant toute la durée de l'accès. Dans l'*éclampsie puerpérale*, au contraire, elle s'élève rapidement, dès le début des accès. « Ces différences s'accroissent encore aux approches et au moment même de la mort : dans l'urémie, la température descend *très-bas*, bien au-dessous du chiffre normal (28°1) ; dans l'*éclampsie puerpérale*, elle arrive, au contraire, à un chiffre très-élevé (43°). » (Bourneville.)

Cette différence si radicale entre la température dans les accès urémiques et l'*éclampsie puerpérale* est très-importante au point de vue de la pathogénie de cette dernière affection que l'on a, d'une manière trop générale, cherché à rattacher aux accidents d'origine urémique.

Dans les accès isolés d'*épilepsie*, la température centrale est augmentée ; dans l'*accès hystérique*, au contraire, la température ne varie guère ; elle augmente cependant dans les attaques *hystéro-épileptiques*, ou, comme M. Charcot les appelle avec raison, dans les accès d'hystérie épileptiforme.

Dans l'*état de mal épileptique*, c'est-à-dire dans les attaques subintrantes d'*épilepsie*, la température s'élève rapidement à un chiffre élevé (40°, 41°), sans s'abaisser dans les intervalles, très-courts du reste, des accès ; cette élévation persiste et s'accuse encore aux approches de la mort. Dans l'*état du mal hystéro-épileptique*, la température est moins élevée et ne dépasse guère 38°.]

De la température dans les maladies chroniques.

Ce point de l'étude de la température a beaucoup moins attiré l'attention des observateurs. C'est surtout chez les tuberculeux que la température a été étudiée. Les résultats auxquels on est arrivé ne font que confirmer ce qu'on sait de la fièvre hectique, des exacerbations vespérales, de l'augmentation de chaleur qui accompagne l'apparition des complications. Il faut toujours tenir compte dans ces observations des effets de l'inanition qui tend à faire baisser le chiffre de la température, de telle sorte que, dans certains cas, la fièvre et l'inanition agissant en sens inverse, on

arrive à une température dont le chiffre est normal et qui est cependant pathologique.

Dans les paralysies, on a remarqué que la température baissait quand la paralysie était d'origine cérébrale ou d'origine périphérique. Au contraire, la température augmente dans les membres paralysés toutes les fois que la paralysie est d'origine spinale (Schiff).

Maladies dans lesquelles la température est diminuée. Jusqu'ici nous ne nous sommes occupés que de l'augmentation de la température. Dans certains cas pathologiques la température s'abaisse plus ou moins au-dessous de la normale. C'est surtout dans le choléra et le sclérème que cet abaissement de la chaleur a été étudié.

On a admis longtemps que dans le choléra il y avait un abaissement considérable de la température, au moins dans la période algide. Nul doute que dans cette maladie la température des parties excentriques ne soit considérablement abaissée. C'est non-seulement aux extrémités, mais dans l'aisselle, mais sous la langue que l'on constate ces résultats. Il n'en est plus de même si l'exploration thermométrique porte sur les parties profondes. M. Doyère (1) a montré que le thermomètre introduit profondément dans le rectum des cholériques algides accusait ordinairement une élévation de température considérable et qui atteignait dans certains cas le chiffre de 42°. Ces résultats ont été confirmés par les recherches de M. Marey (2) ; et dans ses remarquables travaux, P. Lorain (3) a montré que dans le choléra la température du rectum oscillait dans des limites étroites et était presque constante, tandis que la température de la peau et celle de l'aisselle oscillaient au contraire dans des limites très-larges. Aussi dans cette maladie toutes les recherches thermométriques doivent-elles être faites au moyen de l'exploration rectale, sous peine d'être entachées d'erreurs considérables.

Ces remarques nous forcent à mettre en suspicion les re-

(1) Doyère, *Mémoire des savants étrangers à l'Institut*, 1838.

(2) Marey, *Essai de théorie physiologique du choléra* (*Gazette hebdomadaire*, 1863).

(3) Paul Lorain, *Études de médecine clinique. Le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine*. Paris, 1868, grand in-8° avec figures. — *De la température du corps humain et de ses variations dans les diverses maladies*. Paris, 1877.