

cherches thermométriques qui ont été faites sur le sclérome des enfants. Le refroidissement considérable constaté dans cette maladie par les observateurs les plus autorisés, et en particulier par M. H. Roger, existe-t-il dans les parties profondes ? C'est ce qu'on ne pourra affirmer qu'à la suite de recherches faites de la même manière que pour le choléra. Notons dès à présent, tout en indiquant cette lacune, que le thermomètre appliqué dans l'aisselle a constaté des abaissements de température de 15° au-dessous de la normale, soit 22°5. — Même remarque pour toutes les maladies dans lesquelles on a observé l'algidité : période asystolique des maladies du cœur ; état asphyxique déterminé par les maladies pulmonaires, urémie chronique (Hirtz) (1). Dans tous ces cas il y a un refroidissement périphérique incontestable. Mais ce refroidissement paraît intimement lié, au moins pour les maladies cardiaques et pulmonaires, aux troubles de la circulation. La question est de savoir si la température profonde, centrale, est diminuée. Notons enfin l'inanition dont un des plus remarquables effets est l'abaissement de la température (Chossat).

Dans la convalescence, la température hyponormale est un phénomène passager qui disparaît avec la cause qui l'a amené.

En terminant cet exposé rapide des résultats obtenus par l'exploration thermométrique dans les maladies, nous devons mentionner en peu de mots les travaux faits par M. Henri Roger sur la température dans les maladies des enfants (2) et ceux de M. Charcot (3) sur l'état fébrile des vieillards.

Voici les conclusions du travail de M. Roger :

Chez les nouveau-nés, dès le lendemain de la naissance, la moyenne de la température prise à l'aisselle est de 37°08.

Dans la plupart des maladies des enfants, l'œdème algide excepté, les variations de température se maintiennent sensiblement dans les limites où elles oscillent chez l'adulte. Cette remarque ne s'applique pas aux nouveau-nés qui se

(1) Hirtz, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Chaleur*.

(2) Henri Roger, *De la température chez les enfants à l'état physiologique et à l'état pathologique* (*Archives générales de médecine*, 1844).

(3) Charcot, *De l'état fébrile chez les vieillards* (*Gazette des hôpitaux*, 1866).

refroidissent facilement, et d'autant plus qu'ils sont moins vigoureux. De même chez eux les maladies aiguës n'amènent pas une augmentation de température aussi considérable que chez les enfants plus âgés.

Le maximum de la température chez l'enfant a été observé dans un cas de méningite cérébro-spinale. Le thermomètre donna 42°5 chez un petit malade de dix ans.

On peut dire que la mort est imminente quand le thermomètre atteint 42°. — Le maximum de 40° n'est pas souvent atteint.

Quand la température tombe au-dessous de 32°5, dans l'aisselle, la mort est également la règle.

M. Roger fait cette remarque : que chez l'enfant la fièvre typhoïde est la seule maladie dans laquelle on voit une forte chaleur : 41 et 42°, coïncider avec une accélération modérée du pouls. Il en résulte qu'une température de 40°, constatée chez un enfant dont le pouls bat entre 100 et 110, est un indice presque infaillible de l'existence d'une dothiérientérie ; tandis que le même maximum de chaleur coïncidant avec un nombre de pulsations supérieur à 130 fera plutôt incliner vers une méningite dans les cas si fréquents où l'on hésite entre les deux maladies.

Un abaissement de température (35 ou 36°), intermédiaire à deux périodes d'exaltation chez un enfant atteint de phénomènes cérébraux, indique presque certainement une méningite.

Dans les cas où le diagnostic hésite entre une bronchite capillaire et une pneumonie lobulaire au début, le thermomètre peut lever tous les doutes. S'il atteint 40°, il s'agit d'une pneumonie. Il n'est pas besoin d'insister pour démontrer l'importance capitale que présentent de pareils résultats, et la certitude qu'ils donnent au diagnostic souvent si difficile des maladies infantiles.

[[Pour ce qui est de la température dans les maladies aiguës fébriles chez le vieillard, M. Charcot a signalé quelques particularités remarquables. Les vieillards frissonnent peu, comme l'avait déjà observé Beau ; pendant la défervescence la température descend, plus volontiers que chez l'adulte, au-dessous du chiffre normal, sans cependant s'accompagner des phénomènes de collapsus qu'avec un semblable abaissement on signalerait chez les individus d'un âge moins avancé. Chez l'adulte, la pneumonie franche,

lobaire, qui a été principalement l'objet des recherches thermométriques de M. Charcot, quand elle doit se terminer par la mort, présente une élévation insolite de la température qui va en augmentant jusqu'au terme fatal. Chez le vieillard au contraire, la mort a quelquefois lieu avec tous les signes d'une défervescence trompeuse, la température s'abaissant progressivement en pleine phlegmasie, jusqu'à atteindre le chiffre normal.

Enfin la régularisation et la distribution uniforme de la chaleur est moins parfaite chez le vieillard qu'aux autres époques de la vie ; de là chez lui surtout, la nécessité de distinguer le résultat de la thermométrie axillaire de ceux que donne l'exploration rectale. Chez l'adulte, ces deux courbes sont toujours parallèles et quelquefois elles se confondent presque ; chez le vieillard, elles présentent souvent un écart considérable, la température extérieure s'abaissant, celle des parties centrales s'élevant au contraire de plusieurs degrés.]

Nous ne pouvons prolonger davantage ces considérations sur la température. Le sujet a des proportions tellement vastes, que nous n'avons dû en prendre que ce qui se rapportait directement à la séméiotique et au diagnostic des maladies. Ces considérations suffisent cependant à prouver que l'étude de la température est dès à présent indispensable au clinicien désireux d'arriver à des connaissances positives. Elles montrent qu'il n'y a pas entre le pouls et la température une concordance absolue qui permette de juger l'une par l'autre. Une même température peut coïncider avec des pouls très-différents ; et, bien qu'habituellement le pouls s'élève dans les maladies où sont atteints les chiffres thermométriques les plus élevés, cependant les exceptions ne sont pas rares.

Le dernier mot de ces recherches n'est certainement pas dit encore. La voie est ouverte à ceux qui, pénétrant plus avant dans l'étude des phénomènes pathologiques, voudront connaître les rapports qui existent entre la température produite et les différents produits excrétés : gaz expirés, exhalation cutanée, urée, etc., pendant la période fébrile.

LIVRE QUATRIÈME

DE QUELQUES PROCÉDÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES D'EXPLORATION CLINIQUE

Tous les jours les sciences accessoires apportent à la médecine clinique le tribut de leurs recherches et lui font hommage de nombreux moyens d'exploration. Comme il est de l'intérêt de nos lecteurs de connaître tous les procédés qui se rapportent au diagnostic, nous voulons donner l'indication de ceux qui dérivent de la physique et de la chimie.

Les modes d'exploration dont il va être question n'étant utilisables, chacun en son particulier, que pour des points restreints de l'observation médicale, et n'ayant pu rentrer dans les livres précédents, parce qu'ils sont d'un ordre différent, nous en avons fait l'objet d'un livre séparé.

Nous donnerons ici le résumé des résultats fournis par l'*ophthalmoscope*, le *laryngoscope*, le *microscope*, et par les procédés nombreux et importants que la *chimie* fournit à la clinique ; nous avons, dans un autre lieu, parlé de la *dy-namoscopie* (page 126).

CHAPITRE PREMIER

DE L'OPHTHALMOSCOPIE.

L'examen de l'intérieur de l'œil, et plus spécialement celui de la rétine, est, à notre avis, une des plus précieuses conquêtes de la science moderne. Bien que le champ des recherches soit restreint, il suffit pour donner un aperçu des actes intimes de l'organisme : là se dévoilent et se ré-