sont minimes. Comme exemple, nous citerons la courbe que Liebermeister a construite d'après les mensurations faites sur lui-même (fig. 7).

Les conditions qui régissent les fluctuations quotidiennes de la température de l'homme sain sont inconnues. Dans tous les cas, celles-ci ne dépendent pas seulement de l'exercice et de l'alimentation, puisqu'elles existent également chez des individus qui gardent un repos absolu et une abstinence complète. Si l'opinion de Krieger est juste, c'est-à-dire si l'on peut renverser la marche des fluctuations de la température en dormant le jour, et au contraire en veillant, en mangeant et en travaillant la nuit, ce serait là un premier pas dans la voie des explications.

Tous les autres facteurs exerçant quelque influence sur la température de l'homme bien portant comparés à ceux dont nous venons de parler, ne présentent qu'un médiocre intérêt. C'est ainsi que les *bains chauds* élèvent artificiellement, d'une manière passagère, la température des sujets bien portants. L'*ingestion des aliments après une abstinence prolongée*, élève aussi la température. Disons en passant que l'*effort physique* peut faire monter la température passagèrement de plus de 2° C. Obernier a trouvé une température rectale de 39°,6 C. chez un coureur qui fit deux lieues et demie en l'espace d'une heure. Chez d'autres individus, au bout de marches accélérées ayant duré une demi-heure, il trouva une augmentation de 0°,4 à 0°,5 C. de la température rectale, et après des marches d'une heure et demie une augmentation de 1°,2 C.

---

3. — Valeur diagnostique de l'hyperthermie.

L'élévation permanente de la température est désignée sous le nom de fièvre. Les anciens avaient déjà vu dans l'augmentation de la chaleur du corps le symptôme cardinal de la fièvre. Quoique sous l'influence de Boerhaave et de son école, on fût d'avis, au siècle passé, que l'existence de la fièvre reposait surtout sur l'accélération du pouls d'après laquelle elle devait être évaluée, on est revenu dans les temps modernes, et à juste titre, à l'interprétation des anciens. Au lit du malade, on est habitué à identifier l'hyperthermie avec la fièvre.

En revanche, il faut se garder de chercher la fièvre uniquement dans l'élévation de la température. La fièvre répond à un ensemble de symptômes parmi lesquels l'hyperthermie est, il est vrai, le plus constant et en même temps le plus dangereux, mais dont la réunion seule constitue l'état fébrile. Ce sont l'accélération des mouvements respiratoires, l'augmentation de fréquence du pouls, les modifications de la composition chimique des urines (et notamment l'augmentation considérable de l'urée, de l'acide urique, de la créatinine et des sels de potassium, en opposition avec la disparition de chlorures dont il ne reste que des traces), l'anorexie et les troubles digestifs produits en partie par les altérations des sucs gastrique et intestinal, la polydipsie, la lassitude et la faiblesse musculaire générales, parfois des troubles dans les fonctions cérébrales. Quoique l'hyperthermie favorise le développement des autres phénomènes fébriles, ceux-ci conservent cependant une certaine autonomie qui se révèle soit par l'absence de l'un ou l'autre de ces symptômes, soit par le défaut de proportion entre leur acuité et la hauteur de la température.

Le degré qu'atteint la température dans son mouvement d'ascension est ce que l'on appelle la *hauteur de la température*. Wunderlich a établi le tableau suivant, qui contient une échelle fébrile éprouvée par la pratique et adoptée presque partout :

I. Température normale : 37° à 37°,4 C.
II. Température subfébrile : 37°,5 à 38° C.
III. Température fébrile :
  a) Fièvre légère : 38° à 38°,4 C.
  b) Fièvre modérée : 38°,5 à 39° C. le matin.
  — — — à 39°,5 le soir.

c) Fièvre notable : 39°,5 C. le matin et jusqu'à
— — 40°,5 C. le soir.
d) Forte fièvre : plus de 39°,5 C. le matin.
— — plus de 40°,5 C. le soir.

L'hyperthermie constitue un grand danger, car l'observation clinique et les expérimentations faites sur les animaux, apprennent que la vie n'est possible que jusqu'à une certaine limite de température (1). Le danger se révèle surtout, mais non exclusivement, par certaines altérations moléculaires que l'élévation exagérée de la température provoque dans les différents tissus. Ces altérations consistent en une dégénérescence granulo-graisseuse qui atteint très rapidement les organes essentiels de la vie. Certes, à côté de cela, on trouve encore en jeu certaines substances nocives qui sont le produit, soit de l'affection fondamentale elle-même, soit des modifications intra-organiques anormales créées par l'état fébrile. Le pronostic d'une maladie devient fâcheux lorsque, pendant plusieurs jours, la température dépasse 41°,75 C. ; enfin, l'on ne peut plus conserver d'espoir lorsque le thermomètre se maintient d'une façon continue à 42°,5 C. Ces températures excessives portent le nom de *températures hyperpyrétiques*.

Eu égard à l'importance pronostique considérable qui revient aux températures dépassant 40° C., on comprend la valeur de chaque dixième de degré ; tandis que dans les températures inférieures à ce niveau, un dixième de plus ou de moins ne signifie pas grand'chose.

Ce n'est que dans les cas où l'exagération de la température est de très peu de durée que la vie est compatible avec une augmentation plus considérable encore de la chaleur du corps. Tels sont les phénomènes qu'on observe notamment dans la fièvre intermittente et la fièvre récurrente, dans cette dernière presque toujours peu de temps avant la production de la crise. Hirtz (de Strasbourg) a publié une observation de fièvre intermittente tierce où la température atteignait passagèrement, au moment de l'accès, 44° C. Dans une observation de J. W. Teale (*Lancet*, 1875) qui a trait à une jeune femme qui fut atteinte, à la suite d'une chute de cheval, de fracture des 5e et 6e côtes gauches avec contusion de la 6e vertèbre cervicale, et qui présenta durant cinq mois des élévations considérables de la température, on nota à plusieurs reprises des exacerbations vespérales allant jusqu'à 50° C. (122° F.). C'est la température la plus forte que l'on ait jamais observée d'une façon certaine chez l'homme. Malgré cela, la malade guérit.

Lorsque l'on suit la *marche de la fièvre* pendant une journée, on trouve, dans le plus grand nombre des cas, la température matinale plus basse

(1) Cette idée que, dans une maladie fébrile, ce qui fait le danger, c'est l'élévation excessive de la température, est très discutable. Quand la température devient très élevée, cela est évidemment un mauvais signe, mais n'est qu'un mauvais signe. Il n'en résulte pas que le meilleur moyen de guérir le malade, c'est de le refroidir. Du reste, les médicaments dits antipyrétiques ne font peut-être tomber la fièvre que parce qu'ils s'adressent à la cause même qui la produit.

que la température du soir. Comme à l'état normal, il se produit une ascension graduelle vers le soir. On désigne sous le nom de *rémission* le moment de la journée où la température fébrile est relativement peu élevée, et sous le nom d'*exacerbation* le moment où la température monte.

Le point le plus bas qu'atteint, au moment de la rémission, une température observée d'une façon continue, se nomme minimum diurne; le maximum diurne correspond au niveau le plus élevé de l'exacerbation fébrile. La différence des deux constitue la différence thermométrique de la journée. Ordinairement la rémission cesse vers 9 heures du matin. Elle est suivie du stade d'exacerbation, qui atteint la plupart du temps son summum entre 3 et 6 heures du soir. Du reste, l'ascension et la chute de la fièvre peuvent se produire soit d'une façon ininterrompue, continue, soit par poussées et élévations et descentes secondaires.

La marche de la fièvre présente rarement des exacerbations matinales et des rémissions vespérales. Traube a proposé de donner à ce genre de processus fébrile le nom bien choisi de *type inverse*. Il l'a observé spécialement dans la phtisie pulmonaire; d'autres auteurs ont confirmé plus tard ses observations (Brunnicke, Debcynski) (1). J'ai rencontré fréquemment la fièvre à type renversé dans le stade de guérison de la fièvre typhoïde, le processus fébrile ayant présenté dans les septénaires précédents sa marche quotidienne ordinaire, cette particularité ne pouvait être imputée à des complications particulières de la maladie.

Un fait important à connaître en pratique, c'est que l'exacerbation survient, dans quelques rares cas, à midi ou vers minuit, la fièvre étant peu prononcée ou même nulle le matin et le soir. En ne procédant, en ce cas, qu'à des mensurations biquotidiennes, on s'expose naturellement à considérer comme apyrétique un état pathologique qui ne l'est pas en réalité (2). Il y a déjà longtemps que Griesinger a décrit un cas de typhus abdominal où le maximum de la température se produisait à midi. Moi-même j'ai fait des remarques semblables chez des typhoïdiques de la clinique de Zurich, dont on prenait quotidiennement la température toutes les deux heures. Alvarenga a publié le fait intéressant d'une femme atteinte de faiblesse générale et d'anorexie, qui paraissait absolument apyrétique et ne présentait aucune altération organique. Le cas ne fut éclairci qu'à l'aide de la recherche continue et même nocturne de la tem-

(1) D'après Brunnicke (de Copenhague), la constatation du type inverse aurait une grande importance au point de vue du diagnostic. On ne l'observerait guère que dans la phtisie aiguë à forme typhoïde et dans la pyohémie. La pyohémie est généralement facile à diagnostiquer. Mais il n'en est pas de même de la phtisie aiguë qu'on confond souvent avec la fièvre typhoïde. Dans les cas douteux, la constatation du type inverse devrait faire pencher le diagnostic vers la phtisie aiguë. Mais la plupart des auteurs, et Eichhorst lui-même dans le passage qui suit, ont apporté des faits qui diminuent beaucoup la valeur de ce signe. M. Jaccoud (*Clinique de la Pitié*, t. III) a rapporté un cas de fièvre à type inverse dans la dothiénentérie.

(2) C'est ce qui est parfois arrivé pour la fièvre typhoïde, dont on a décrit des cas apyrétiques qui n'étaient peut-être que des faits où l'hyperthermie, fugace et irrégulière, n'était pas reconnue. (V. la discussion de la *Soc. méd. hôp.*, janvier 1900.)

pérature; tous les quatre jours, à 11 heures du soir, il se produisait une violente fièvre qui cependant n'empêchait pas la malade de dormir. Celle-ci n'avait aucune conscience de son état; cependant le thermomètre monta jusqu'à 40°,2 C. Il s'agissait donc là d'un cas de fièvre quarte, où les accès se produisaient, contre la règle, pendant la nuit. J'ai traité, il y a quelque temps, une dame atteinte de pleurésie séreuse gauche, qui ne présentait des températures fébriles allant jusqu'à 39° C. que de 11 heures du matin à 2 heures du soir.

La variation diurne d'une fièvre constitue ce que l'on appelle le *type fébrile*. On distingue quatre types de fièvre : la fièvre continue, la fièvre rémittente, la fièvre intermittente et la fièvre récurrente.

La *fièvre continue* existe lorsque la variation diurne ne dépasse pas 1° C. En général, les fièvres ne possèdent le type continu que lorsque le thermomètre indique au minimum 39° C. (fig. 8).

Certains auteurs divisent la fièvre continue en fièvre continue vraie, alors que la variation diurne n'atteint que 5 dixièmes de degré, et en fièvre subcontinue, lorsque la variation oscille entre 0°,5 et 1° C. La fièvre continue dure-t-elle plusieurs jours, on la désigne sous le nom de fièvre continue synoque ou continente (1).

Dans la *fièvre rémittente*, il se produit des différences diurnes qui dépassent 1° C. Vu la hauteur de la température normale et le maximum ordinaire de la température fébrile, il est aisé de comprendre pourquoi les oscillations de cette fièvre ont lieu ordinairement entre 1° et 3° C.

Certains auteurs désignent sous le nom de *fièvre hectique* une forme de fièvre rémittente où l'exacerbation est exagérée, alors que pendant le stade de rémission la température tombe quelquefois de plusieurs dixièmes au-dessous de la normale (2). On observe la fièvre hectique principalement dans les suppurations et les processus septicémiques et pyohémiques. Dans certains cas, l'existence d'un état fébrile de ce genre peut appeler l'attention sur le développement d'un abcès profond ou d'une affection septique ou pyohémique. On observe encore très souvent le type hectique dans le stade de convalescence de la fièvre typhoïde, de sorte que Traube a proposé pour cette période de la maladie le nom très significatif de stade hectique (fig. 9).

La fièvre intermittente et la fièvre rémittente ne sont, en règle générale, causées que par des organismes bien définis ou, plus exactement, par leurs produits de sécrétion (toxines). Dans la fièvre intermittente nous avons affaire aux plasmodies malariques, dans la fièvre récurrente il s'agit de spirilles de la récurrente (spirochètes) habitant le sang.

Ce n'est que dans des cas extrêmement rares que la marche de la fièvre

(1) M. Jaccoud fait observer avec raison que cette forme serait mieux dénommée subcontinue; car la fièvre continue devrait avoir pour tracé idéal une ligne horizontale que l'on ne constate jamais en clinique. La fièvre est continue quant à sa persistance; elle ne l'est pas quant à son degré.

(2) Ainsi qu'on le verra plus loin, la fièvre hectique serait mieux dénommée *fièvre intermittente symptomatique*, dénomination qui prévaut actuellement en France.

dans d'autres maladies simule celle de la fièvre intermittente ou récurrente. C'est ainsi que, au point de vue de la fièvre, la *tuberculose miliaire*, l'*endocardite ulcéreuse* et la *pyohémie* ressemblent d'une manière si frappante à la fièvre intermittente, que le diagnostic ne peut être établi que consécutivement à la recherche des plasmodies malariques dans le sang. Quant à la *pseudo-leucémie*, la marche de la température dans cette affection peut ressembler du tout au tout à celle de la fièvre récurrente. Dans des cas douteux, c'est encore à la recherche dans le sang des microorganismes pathogènes (ici il s'agit de spirochètes d'Obermayer) que l'on aura recours pour asseoir un diagnostic ferme.

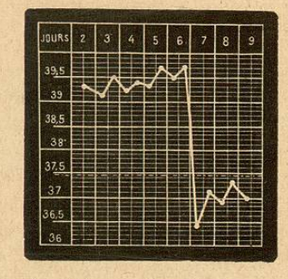

Fig. 8. — Fièvre continue dans la pneumonie fibrineuse. (Obs. personnelle.)

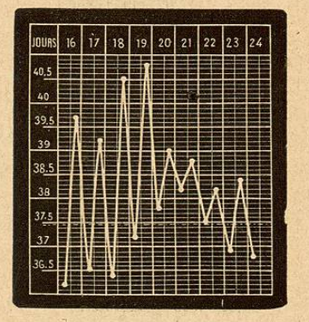

Fig. 9. — Fièvre rémittente hectique. 3e septénaire d'une fièvre typhoïde. (Obs. personnelle.)

La *fièvre intermittente* est caractérisée par de violents accès de fièvre durant plusieurs heures, débutant le plus souvent par un frisson et se terminant par d'abondantes sueurs (1). L'intervalle apyrétique a été nommé période d'apyrexie; le temps de l'accès porte le nom de pyrexie ou de paroxysme fébrile. Ce paroxysme se produit-il tous les jours, la fièvre est dite quotidienne (fig. 10); les deux accès sont-ils séparés par un repos de 48 heures, on a affaire à une fièvre tierce (fig. 11). Une apyrexie de 72 heures crée la fièvre quarte, etc. (2).

Dans la plupart des cas, les paroxysmes fébriles surviennent toujours à la même heure. Si, au contraire, l'accès consécutif se produit d'une façon permanente un peu plus tôt que le précédent, il s'agit d'une fièvre intermittente antéponente; le contraire a-t-il lieu, la fièvre est dite postponente (3).

(1) Chaque accès de fièvre intermittente se partage en trois temps, que l'on nomme *stades* ou *périodes*, qui se succèdent dans le même ordre : d'abord le stade du frisson, du froid, puis le stade de chaleur, enfin le stade de sueur.

(2) Les types indiqués par Eichhorst offrent quelques variétés qu'il importe de connaître. On appelle *double quotidienne* la fièvre qui présente deux accès par jour, *double tierce* celle qui a un accès tous les jours, mais un jour l'accès est atténué. Les autres types (*double quarte*, etc...) sont de rares exceptions.

(3) Ce qui précède a trait à la fièvre intermittente causée par la malaria. A côté de ce type,

Le type de la *fièvre récurrente* consiste dans l'apparition, après un frisson, d'une fièvre violente et généralement continue, durant cinq à sept jours, fièvre qui cesse très rapidement pour faire place à l'état normal en s'accompagnant de phénomènes critiques qui nous restent encore à décrire. Cet état normal, apyrétique, dure de cinq à huit jours. Puis la fièvre reparaît avec le même cortège de symptômes, pour s'évanouir encore au bout de cinq à sept jours en donnant lieu à des phénomènes critiques. Il arrive que ces alternatives de fièvre et d'apyrexie se renou-

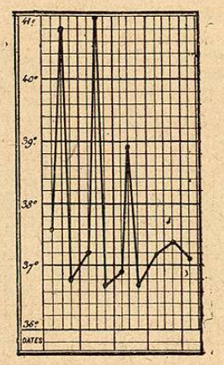

Fig. 10. — Fièvre intermittente quotidienne. (Obs. personnelle.)

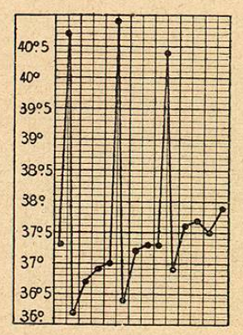

Fig. 11. — Fièvre intermittente tierce. (Observation personnelle.)

vellent encore plusieurs fois, en perdant cependant de plus en plus le type initial grâce à la diminution de durée et de netteté des symptômes (fig. 12).

On a divisé les maladies fébriles, selon la *durée de la fièvre*, en maladies fébriles aiguës, subaiguës et chroniques. Cette division nous vient des

qu'on peut appeler *fièvre intermittente simple* ou *vraie*, il faut placer le groupe des *fièvres symptomatiques intermittentes*. Toutes les suppurations, surtout les suppurations profondes, les suppurations viscérales, peuvent donner lieu à des accès intermittents, qui diffèrent des accès impaludiques en ce qu'ils sont vespéraux et surviennent vers quatre heures de l'après-midi. Cette fièvre intermitente symptomatique s'observe dans les suppurations tuberculeuses, la dilatation bronchique, la pyélo-néphrite, l'angiocholite suppurative. Celle-ci, qui a été bien étudiée par Frerichs, Monneret, Charcot, Magnin, Regnard, est le propre des vieux calculeux ; elle s'accompagne ordinairement d'ictère chronique, et diffère de l'intermittente vraie par l'horaire (l'accès vient le soir), par l'absence de tuméfaction de la rate, l'inefficacité du sulfate de quinine, et surtout par le caractère des urines. Au lieu que dans l'accès impaludique l'urée est augmentée, dans l'accès hépatique elle diminue énormément (Regnard). Enfin, la fièvre intermittente hépatique peut ne revenir qu'à de longs intervalles. D'après Charcot, la plupart des fièvres septanes, octanes, décrites par les vieux auteurs, pourraient bien n'être que des fièvres intermittentes hépatiques. Charcot a aussi insisté sur ce fait que la migration vulgaire d'un calcul peut être accompagnée par un accès de fièvre (fièvre hépatalgique) qui remplace en quelque sorte la colique hépatique. On tend à admettre actuellement que ce n'est pas là un phénomène nerveux, réflexe, mais la marque d'une petite infection biliaire atténuée et transitoire.

anciens. Une affection fébrile qui a des tendances à guérir avant la fin du second septénaire est une pyrexie aiguë. La fièvre traîne-t-elle plus longtemps, jusqu'à la fin de la sixième semaine environ, l'on a affaire à une pyrexie subaiguë; la durée de l'état fébrile est-elle plus longue encore, on se trouve en présence d'une pyrexie chronique. Toutefois, comme pour tout phénomène clinique, il ne faut pas oublier qu'alors même que la plupart des cas obéissent aux règles données, la nature offre des variations extrêmement nombreuses et s'écarte très fréquemment des schémas construits à grand renfort de soins et de patience.

La fièvre *éphémère* est une pyrexie — le plus souvent violente — qui dure de un à trois jours, la plupart du temps sans cause objective connue.

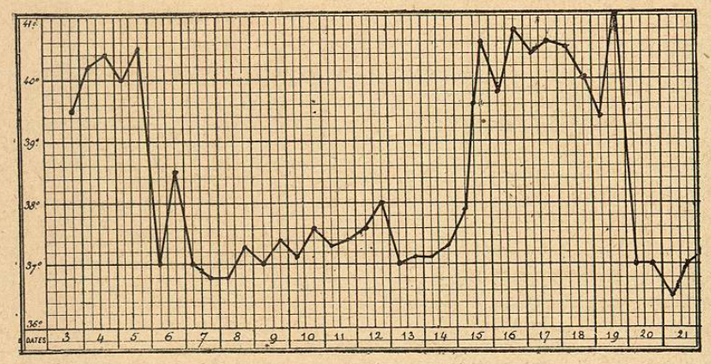

Fig. 12. — Fièvre récurrente. — Crise incomplète après le premier accès, perturbation critique après le second. (Obs. personnelle.)

On la rencontre surtout chez les enfants, probablement parce que leur organisme délicat répond, par des troubles graves de la régulation thermique, à des influences même légères.

Dans le développement d'une affection fébrile, il ne faut évidemment pas supposer que les modifications de la température se produisent tout à coup pour disparaître avec la même soudaineté : il faudra donc distingues dans la durée totale de la maladie des *stades* ou *périodes fébriles* (cycle thermique).

Le stade pendant lequel les phénomènes fébriles se développent d'une façon plus ou moins rapide est appelé *stade pyrétogène*, *ou période initiale*, *ou période d'augment* (1). Le *temps pendant lequel la fièvre reste à*

(1) L'augment est brusque ou lent. Il est *brusque* dans l'accès de fièvre intermittente, l'érysipèle, le typhus pétéchial, la variole, la scarlatine, la pneumonie franche, la méningite. Il est *lent et régulier* dans la fièvre typhoïde, la pneumonie lobulaire, la rougeole. Il est *lent et irrégulier* dans les affections dites catarrhales, le rhumatisme articulaire aigu, certaines pleurésies, certaines péricardites.

sa hauteur maxima constitue la *période d'état, l'acmé* ou *le fastigium* de la fièvre (1). Dans beaucoup de pyrexies, on trouve à la fin de cette période un espace de temps, précédant la crise finale, pendant lequel se produisent de fortes fluctuations de la température et que l'on nomme *stade amphibole*. Lorsqu'une maladie fébrile approche de son terme, son issue même donnera lieu à la distinction d'une période de guérison ou d'un stade à tournure fatale. En cas de terminaison favorable, l'hyperthermie prend fin d'une façon tantôt rapide, tantôt progressive. La température fébrile tombe-t-elle dans l'espace de 12 à 36 heures, on désigne cette chute du nom de *crise* (*défervescence rapide*) (2); ne tombe-t-elle que graduellement, pendant plusieurs jours, la chute prend le nom de *lysis* (*défervescence lente*) (3). Le dernier stade de la maladie se rattachant à la défervescence est celui de la *convalescence*, où, au début, la température s'abaisse de quelques dixièmes au-dessous de la normale. Cela n'empêche pas qu'au commencement de cette période la moindre influence peut provoquer une nouvelle ascension de la température, le plus souvent passagère. Les excitations psychiques, la première sortie du lit, les premiers aliments solides, surtout la viande (*febris carnis*), la constipation, peuvent donner lieu à l'élévation de la température. Si cette élévation persiste, il faudra songer à une rechute (récidive) de la maladie ou à une complication fébrile; d'où la nécessité de continuer les mensurations thermométriques pendant un certain temps encore après l'entrée en convalescence.

Lorsque la marche de la pyrexie prend une tournure fatale, il se produit des irrégularités de la température tout à fait insolites et n'obéissant à aucune règle (stade préagonique); dans certains cas, la température prend le caractère hyperpyrétique si justement redouté (*issue fatale à type ascendant*) ; dans d'autres, elle baisse subitement et d'une façon anormale elle devient hyponormale, tandis qu'au contraire le pouls devient extrêmement fréquent et mou (*issue fatale à type descendant*, ou *collapsus*); dans d'autres, enfin, l'on voit survenir des variations thermométriques s'écartant complètement de la marche typique de la fièvre (*issue fatale à type irrégulier*). Ces modifications de la courbe de chaleur se réalisent même pendant l'agonie.

La température *post mortem* n'est pas la même pour tous les cas : elle est en rapport partiel avec la température préagonique et agonique. Si la mort a été précédée d'un fort abaissement de la chaleur, cet abaissement persiste ordinairement sans interruption après la cessation de la vie. De

(1) Le fastigium est *court* dans la fièvre intermittente, l'éphémère, l'érysipèle simple, parfois dans la pneumonie (de quelques heures à deux ou trois jours). Il est *long et à oscillations régulières ou irrégulières* dans la fièvre typhoïde, le typhus exanthématique, la variole, la scarlatine.

(2) La défervescence est brusque ou critique dans la pneumonie, la varioloïde, la rougeole régulière, l'accès de fièvre intermittente, le typhus exanthématique, l'érysipèle.

(3) La défervescence est lente (lysis) dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu.

même dans les maladies hyperpyrétiques, la température peut encore augmenter durant les premières heures qui suivent la mort : le cadavre ne se refroidit que lentement et peut présenter douze heures après une température plus élevée encore que celle de l'homme bien portant. Ce fait se produit surtout dans les affections du système nerveux central, et notamment dans le tétanos. Enfin, l'on a fait la même observation sur des cadavres de cholériques.

A propos du stade initial des pyrexies, il faut ajouter que beaucoup d'entre elles débutent par un *frisson*. Les malades frissonnent, claquent des dents et deviennent la proie de mouvements musculaires convulsifs tellement violents, que le corps se trouve plus ou moins fortement ébranlé. La peau prend une teinte pâle, bleuâtre ; elle est fraîche au toucher ; la figure est décomposée. Contrairement aux sensations subjectives des malades et à l'abaissement objectif de la température cutanée, la température interne du corps, comme de Haen l'a montré le premier, est considérablement augmentée. Habituellement le frisson cesse lorsque les températures interne et cutanée sont arrivées au même degré. En général, on peut s'attendre d'autant plus à un frisson initial dans une maladie fébrile, que la température du corps monte plus haut et plus rapidement, ce qui est surtout le cas des affections aiguës. On n'a pas encore éclairci la question de la relation causale existant entre le frisson et le développement de la fièvre ; quoi qu'il en soit, la fièvre n'est pas la condition unique sous l'influence de laquelle on observe la production du frisson. Le cathétérisme de l'urètre est fréquemment suivi de frisson, sans qu'il existe une élévation de température ; cet exemple chirurgical a du reste été étudié avec beaucoup de soin par Roser, de Marburg.

Plus le début d'une pyrexie est aigu et plus sa durée est courte, plus il y a de chances pour qu'elle se termine par des *phénomènes critiques*. Comme prototype d'une affection débutant par un frisson, ne durant que rarement plus d'un septénaire et se terminant par une crise, il convient de citer la *pneumonie fibrineuse*, qui offre en même temps les occasions les plus nombreuses d'étudier la crise dans toutes ses modalités (1).

La rapidité avec laquelle survient la crise, c'est-à-dire avec laquelle la température descend au niveau de la normale, varie considérablement suivant la nature de la maladie et suivant le cas spécial pour une même affection. Pour la fièvre récurrente, Fraentzel a prouvé que la crise est terminée au bout de 6 à 8 heures ; la durée est moindre encore pour un accès isolé de fièvre intermittente. Dans le plus grand nombre de cas, la crise commence dans la soirée et suit sa marche pendant la nuit. Il n'est pas rare de voir la température, dans les premiers jours qui succèdent à la crise, tomber au-dessous de la normale (fig. 13).

(1) On trouvera dans la thèse d'agrégation de A. Chauffard (*Des crises dans les maladies*, Paris, 1886) un excellent tableau de la crise pneumonique.