

ques-uns des symptômes que nous venons d'énumérer, *il est indiqué de prendre la température*, afin de s'assurer non seulement de l'existence, mais encore du degré de la fièvre.

Il y a *hypothermie* dans le *collapsus*; la température descend à 35° et même 33°. — En même temps, le pouls devient très fréquent.

Dans un certain nombre de maladies, la température suit une marche régulière, typique; nous en donnons les tracés ci-dessous.

#### Pneumonie lobaire.

Le début est *brusque*, caractérisé par un frisson violent. La température s'élève pendant le *frisson initial* au-dessus de 39°.

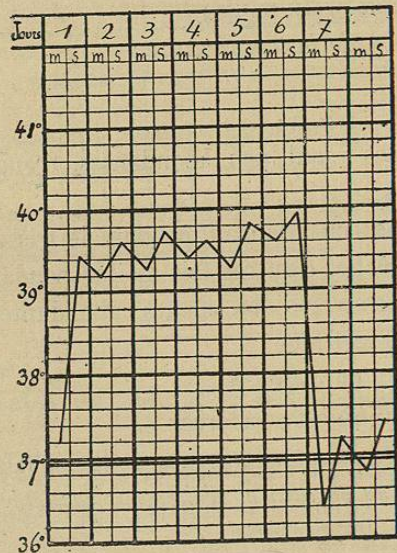


Fig. 38. — Marche de la température dans la *pneumonie lobaire*.

La fièvre se maintient entre 39° et 40° (*fièvre continue*) pendant cinq ou six jours, et généralement du sixième au septième jour se produit la *crise*, accompagnée d'une *transpiration abondante*, et d'une diminution de fréquence du pouls et de la *respiration*.

Dans l'*angine*, la température suit une marche semblable à celle de la *pneumonie*;

Le début est moins brusque;

Il y a des oscillations pendant la période d'état.

#### Rougeole.

Il y a une incubation de dix jours;

La maladie elle-même comporte en moyenne sept jours, divisés en trois périodes :

1° Une période prodromique de trois jours, caractérisée

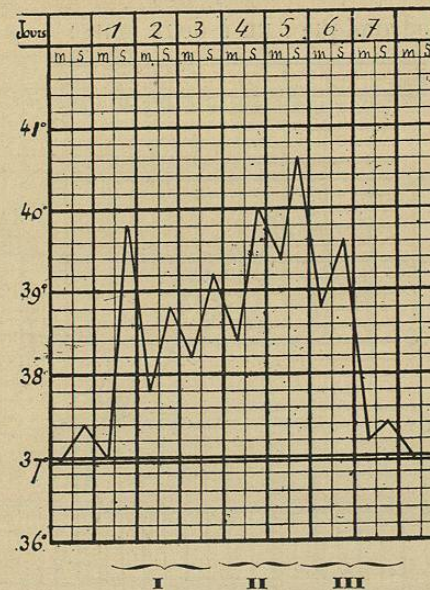


Fig. 39. — Marche de la température dans la *rougeole*.

par une brusque élévation de la température (fièvre prodromique), suivie d'une défervescence pouvant atteindre parfois la normale. Pendant cette première période se produisent les manifestations catarrhales (conjonctives, muqueuse du nez, muqueuse trachéale);

2° La période d'éruption, accompagnée d'une nouvelle élévation de température plus lente, mais plus accentuée que dans le premier stade; c'est la fièvre d'éruption, qui coïncide avec l'apparition de l'exanthème à la face; la fièvre d'éruption ne dure que deux jours; elle ne persiste donc pas pendant toute la durée de l'exanthème;

3° La période critique, survenant du sixième au septième jour.

**Scarlatine.**

Incubation de quatre à sept jours;

1° Stade prodromique : un à deux jours;

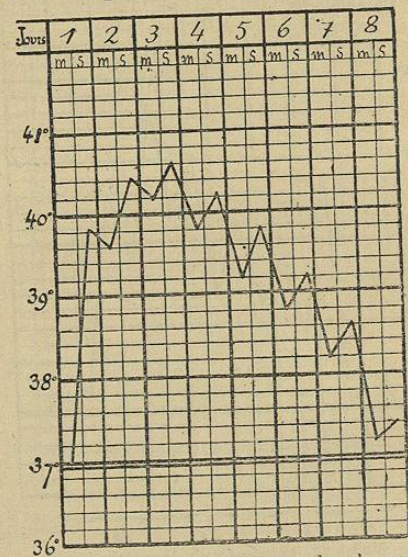


Fig. 40. — Marche de la température dans la scarlatine.

Angine; frisson initial intense; élévation brusque de la température;

2° Période d'éruption : trois jours;

Apparition de l'exanthème dès le deuxième jour de la maladie; la fièvre se maintient à un niveau élevé;

3° Période de défervescence;

A partir du quatrième ou du cinquième jour, l'exanthème pâlit et en même temps la température tombe; la terminaison de la maladie se fait par *lysis*; la température redevient normale vers le huitième jour.

**Variolo.**

Incubation de neuf jours;

Quatre périodes :

1° Période prodromique ou fièvre initiale;

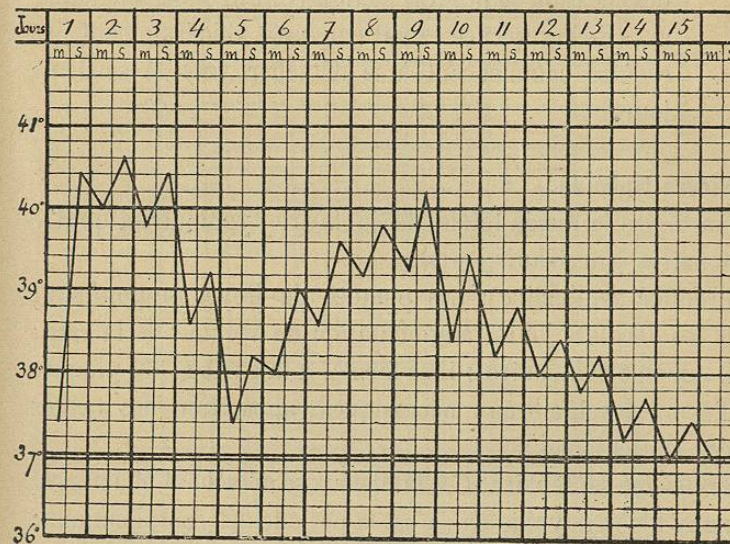


Fig. 41. — Marche de la température dans la variolo.

Caractérisée par un frisson initial intense, accompagné d'élévation brusque de la température;  
Celle-ci se maintient à peu près au même niveau pendant deux ou trois jours.

2° Période d'éruption ;

Du troisième au quatrième jour apparaît l'exanthème ; en même temps, il y a chute brusque de la température qui descend près de la normale ; elle reste peu élevée pendant deux ou trois jours.

3° Période de suppuration ;

Puis commence un deuxième accès fébrile qui augmente régulièrement d'intensité, et atteint généralement son maximum le neuvième jour ; c'est la fièvre de la suppuration.

4° Période de déclin ou de dessiccation ;

A partir de ce moment, la température s'abaisse ; la dessiccation se produit bientôt (vers le douzième jour), et la défervescence se fait par *lysis*. Généralement, les croûtes commencent à se détacher vers le seizième jour.

**Fièvre typhoïde.**

On divise la durée totale de la fièvre typhoïde en quatre septenaires (vingt-huit jours).

Premier septenaire : Les plaques de Peyer se gonflent ; dans les derniers jours, augmentation de volume de la rate ;

Deuxième septenaire : Il se forme, à la surface des plaques de Peyer, des lambeaux nécrosiques ; apparition des taches rosées lenticulaires ;

Troisième septenaire : Ces lambeaux se détachent et donnent lieu aux ulcères typhiques ; c'est la période des complications ;

Quatrième septenaire : La guérison s'opère.

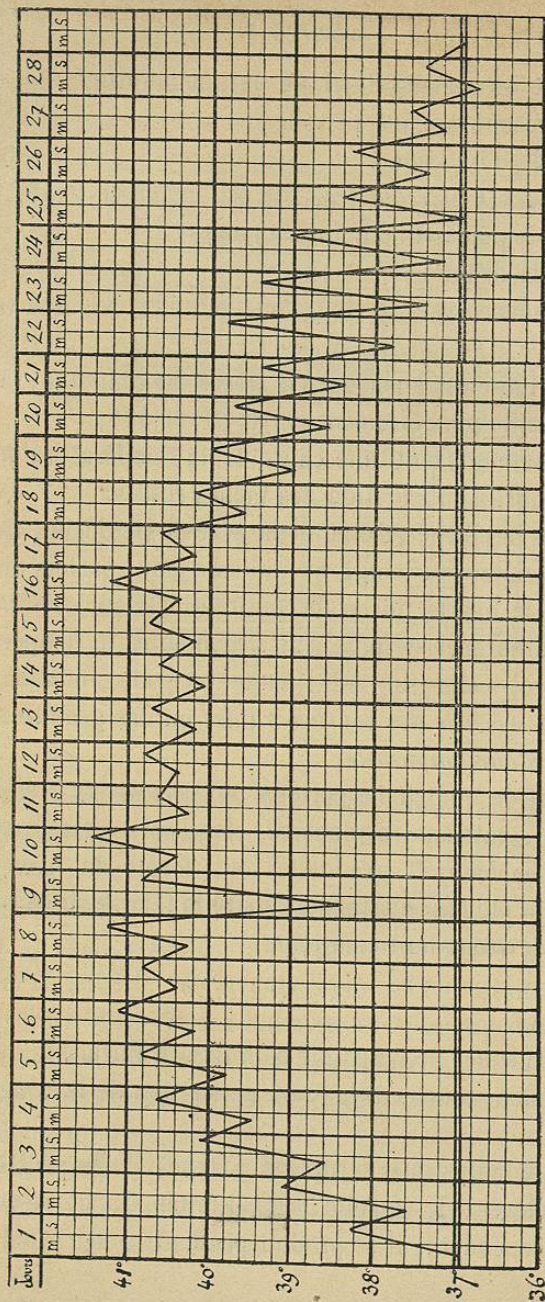


Fig. 42. — Marche de la température dans la fièvre typhoïde.

Au point de vue exclusif de la température, la fièvre typhoïde présente quatre périodes :

1° Période d'invasion :

Invasion *lente* et *régulière*; elle est terminée avant la fin du premier septenaire (cinquième jour);

2° Période d'état :

Elle commence vers le cinquième jour et se termine vers le seizième;

Pendant toute cette période, la fièvre est *continue*; la température oscille généralement entre 40° et 41°;

On constate souvent une chute de la température vers le neuvième jour, à l'apparition des taches rosées.

3° Entre la période d'état et la période de déclin, c'est-à-dire du seizième au vingt et unième jour (parfois un peu plus tard), la fièvre, qui était continue, devient *rémittente*; il y a une différence de plus d'un degré entre la température du matin et celle du soir; cette période intermédiaire s'appelle la *période des courbes raides* ou des grandes oscillations, ou *stade amphibole*;

4° Enfin, la quatrième période ou *période de déclin* correspond au quatrième septenaire, et se caractérise par une défervescence *lente* et *graduelle* sous forme de *lysis*, plus lente que n'a été l'ascension du début; la température revient à 37° vers le vingt-huitième jour.

### Érysipèle.

Début brusque, accompagné d'un frisson initial.

Du premier au deuxième jour, apparition de la rougeur à la peau;

Aussi longtemps que l'éruption s'étend, la température se maintient élevée; dès qu'elle reste limitée, la fièvre tombe;

Parfois cependant, il se produit pendant le cours de la ma-

ladie de fortes rémissions suivies d'élévations très accentuées;

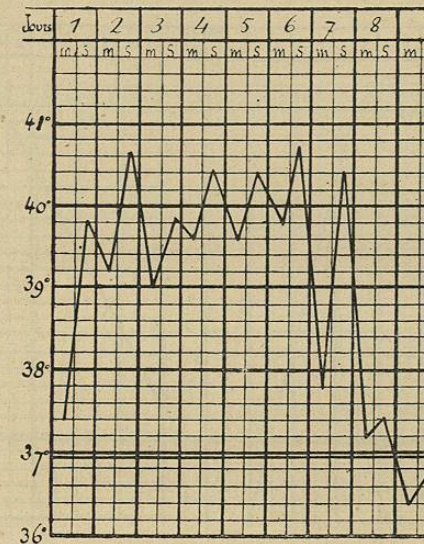


Fig. 43. — Marche de la température dans l'érysipèle.

La terminaison s'opère par *crise* quand l'érysipèle n'est pas très étendu; dans le cas contraire, elle s'opère par *lysis*.

### Septicopyémie. — Fièvre intermittente.

Dans la *septicopyémie*, la fièvre se manifeste parfois sous la forme rémittente; d'autre fois, elle se reproduit par accès, accompagnés d'un frisson intense, et simulant des accès de *fièvre intermittente quotidienne*, ou *tierce*.

Les schémas ci-dessous caractérisent ces deux états :

1° Stade de froid (frisson);

De courte durée (deux heures) dans la fièvre intermittente;

De longue durée (huit heures) dans la septicopyémie;

2° Stade de chaleur sèche;

Dure plusieurs heures, avec quelques oscillations, dans la fièvre intermittente ;

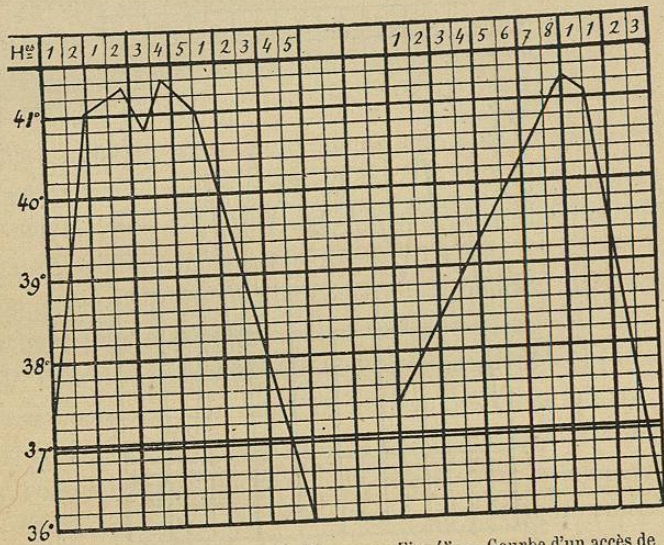


Fig. 44. — Courbe d'un accès de fièvre intermittente.

Fig. 45. — Courbe d'un accès de fièvre septicopyémique.

Ne dure qu'une heure dans la septicopyémie ;  
3° Stade sudoral ;  
Plus long dans la fièvre intermittente que dans l'accès septicopyémique.

#### Tuberculose pulmonaire.

Fièvre hectique, irrégulière, et pouvant durer plusieurs mois. Il est parfois difficile de reconnaître une tuberculose aiguë, au début, d'une fièvre typhoïde ; dans ces cas, il arrive souvent qu'il y a *inversion de la température*, c'est-à-dire que la température est régulièrement plus élevée le matin que le soir. Ce signe se présente rarement dans la fièvre typhoïde,

et constitue donc un moyen de diagnostic d'une certaine valeur.

Les tracés que nous venons d'indiquer présentent une grande importance en pratique :

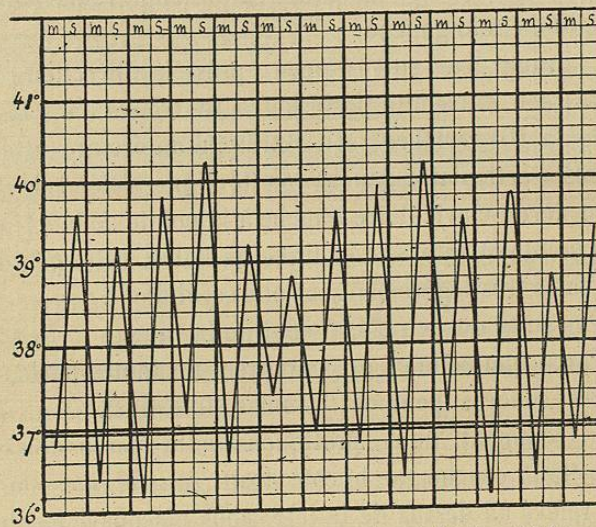


Fig. 46. — Marche de la température dans la dernière période de la tuberculose pulmonaire.

- 1° Ils permettent de reconnaître la nature de la maladie dans des cas douteux ;
- 2° Grâce à eux, il est souvent possible de déterminer la période à laquelle l'affection est arrivée ;
- 3° Enfin, la température indique si la maladie suit son cours régulier, ou si elle s'accompagne de complications.

#### EXPLORATION CLINIQUE DE LA RATE

A l'état normal, la rate se trouve entièrement protégée par les 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 11<sup>e</sup> côtes gauches.

*Cliniquement*, c'est-à-dire à la percussion, elle est limitée :  
*En avant*, par le son tympanique de l'estomac et du côlon transverse.

*En haut*, par la sonorité pulmonaire.

*En arrière et en bas*, sa matité se prolonge immédiatement avec celle du rein gauche.

Son grand axe suit à peu près la direction de la 10<sup>e</sup> côte; son extrémité postérieure se trouve dans le voisinage de la 10<sup>e</sup> vertèbre; son extrémité antérieure atteint la ligne costo-articulaire gauche (cette ligne s'étend de l'articulation sterno-claviculaire gauche à la pointe de la 11<sup>e</sup> côte).

On percute la rate sur la ligne axillaire, cette percussion doit se faire très légèrement, et elle est difficile :

1<sup>o</sup> Par suite du peu d'épaisseur de la rate;

2<sup>o</sup> Parce que celle-ci est entourée, de toutes parts, d'organes très sonores (poumon, estomac, intestins).

Voici comment nous pratiquons cette percussion : le malade étant couché sur le côté droit, *sans oreiller*, le bras gauche relevé au-dessus de la tête, nous plaçons le médius de la main gauche (doigt plessimétrique) sur la ligne axillaire et perpendiculairement à cette ligne, au niveau de la sonorité pulmonaire; nous percutons, en descendant, sur cette ligne jusqu'à ce que nous rencontrons une diminution de sonorité; nous faisons un trait à ce niveau. Nous percutons ensuite, de bas en haut, en partant de la fosse iliaque gauche, et en remontant vers la ligne axillaire; dès que nous rencontrons une nouvelle diminution de sonorité, nous l'indiquons d'un trait; enfin nous percutons de dedans en dehors sur une ligne fictive située entre les deux traits et perpendiculaire à la ligne axillaire; nous partons donc de la sonorité de l'estomac jusqu'à ce que nous ayons, à nouveau, une diminution de sonorité.

Nous réunissons les trois traits par une ligne courbe et nous vérifions si elle correspond bien aux limites de la matité splénique; nous mesurons celle-ci en indiquant d'abord, en centimètres, la distance des limites supérieure et inférieure sur la ligne axillaire, puis la distance de la limite antérieure à la ligne axillaire médiane.

La matité normale de la rate sur la ligne axillaire (petit diamètre, ou largeur de l'organe) mesure de trois à cinq centimètres au maximum; elle dépasse de trois à quatre centimètres environ la ligne axillaire, en avant.

A. L'étendue de la matité peut être **diminuée** par trois ordres de causes différentes :

1<sup>o</sup> Par la diminution réelle du volume de la rate (rare);

2<sup>o</sup> Par le refoulement de l'organe *de bas en haut* sous la concavité du diaphragme;

Cela se produit lorsque la cause du déplacement *siège dans l'abdomen* (météorisme, ascite, tumeurs abdominales);

3<sup>o</sup> Par le refoulement de la rate *de dehors en dedans*;

Ici, la cause du déplacement *siège dans le thorax* (emphyseme pulmonaire, pneumothorax, épanchement pleural).

Dans les deux derniers cas (2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>), la matité splénique peut disparaître complètement.

Lorsqu'il y a matité abdominale (ascite, tumeurs), il est parfois très difficile de déterminer la limite *inférieure* de la rate;

Lorsqu'il y a matité thoracique (hépatisation, épanchements), il est très difficile de déterminer la limite *supérieure* de la rate.

B. L'étendue de la matité est **augmentée** :

1<sup>o</sup> Dans toutes les maladies fébriles : fièvre typhoïde,

fièvre catarrhale, pneumonie, pleurésie, érysipèle, rhumatisme articulaire aigu, influenza, typhus exanthématique, pyémie, malaria, fièvre intermittente, etc. (c'est une constatation que nous avons faite depuis plusieurs années, dans notre service à l'hôpital);

2° Elle est encore augmentée dans la cirrhose du foie et dans certaines affections cardiaques (par stase sanguine s'étendant jusqu'à la veine splénique);

3° Enfin, l'hypertrophie de la rate peut être considérable dans la leucémie, la dégénérescence amyloïde, ou par suite de certaines tumeurs.

## CHAPITRE VI

SYMPTÔME « DOULEUR ». — PONCTIONS EXPLORATRICES.

### A. SYMPTÔME DOULEUR

Les renseignements concernant ce symptôme sont de la plus grande importance au point de vue clinique; il est peu d'affections qui ne soient accompagnées de douleur, et celle-ci ne se présente jamais à l'état physiologique.

Ce signe doit être recueilli avec soin; après avoir fait indiquer le point précis où siège le mal, il est utile que le médecin explore lui-même, par la *pression et la palpation combinées*, la région désignée.

La *pression* se fait en appliquant les extrémités des doigts perpendiculairement à la surface de la peau, sans brusquerie pour ne pas provoquer de douleur artificielle (à l'épigastre, par exemple), mais avec une intensité suffisante pour pouvoir apprécier la sensibilité réelle de la zone explorée.

La *palpation* se fait comme nous l'avons indiqué à la page 8, et a pour but non seulement de reconnaître la région anatomique à laquelle on a affaire, mais encore de rechercher si elle ne présente pas d'*empâtement* anormal, de *tumeur*, de *fluctuation*, d'*emphysème*, etc.

On étudie la douleur au double point de vue de sa *nature* et de son *siège*.