

(huile de foie de morue, créosotée ou non ; vin de quinquina, iode, préparations ferrugineuses, arsenic, bains sulfureux ou salins, etc.).

Le *traitement local* consiste en procédés divers, dont la valeur est difficile à apprécier d'une façon générale.

On a cherché, par la *compression* et les *vésicatoires volants répétés* (Velpeau), à obtenir la résolution des abcès froids ; ces tentatives, habituellement infructueuses, sont aujourd'hui abandonnées.

Il est préférable d'ouvrir l'abcès dès qu'il est reconnu. Cette ouverture peut être pratiquée : soit exceptionnellement avec les *caustiques* (pâte de Vienne et chlorure de zinc) ; soit avec les *trocarts capillaires* (ponctions sous-cutanées, ponctions avec les appareils aspirateurs) ; soit enfin avec le *bistouri*. L'ouverture peut être étroite ou large. Dans certains cas, il y a lieu de traverser l'abcès avec un séton, avec un tube à drainage. — Souvent on a cherché à modifier la vitalité de ses parois par des *injections iodées* ou des injections d'*ether iodoformé*. On peut employer, dans le même but, la solution alcoolique de naphtol- $\beta$ , préconisée par Bouchard dans le traitement local de certaines pleurésies purulentes (naphtol- $\beta$  5 gr. ; alcool à 90°, 33 gr. ; eau q. s. pour compléter 100 centimètres cubes) : le naphtol introduit à l'état de dissolution, se précipite au contact de l'eau des tissus et persiste un certain temps, à l'état solide, dans la cavité de l'abcès, et au sein de ses parois, en sollicitant la production de tissu fibreux. — On peut encore, avec avantage, lorsqu'il s'agit de petits abcès, retirer le pus avec une seringue analogue à celle de Pravaz mais à aiguille un peu plus forte, et injecter à la place une, quelques gouttes d'une solution de gaiacol cristallisé synthétique dans un poids égal de glycérine. — On emploie aussi la cautérisation au thermocautère. — Dans d'autres cas, on a dû recourir à l'*excision* d'une peau amincie et violacée, dont le peu de vitalité était un obstacle à la cicatrisation. — Le plus souvent aujourd'hui on a recours au *gratage* des parois ; cette opération suivie d'applications antiseptiques (particulièrement l'iodoforme) donne de bons résultats.

### III. — FIÈVRE. — PYREXIE ( $\pi\rho\rho$ , feu).

La fièvre est un état pathologique dont les symptômes constants sont une augmentation de la température organique, et dont les symptômes plus variables sont des désordres dans la circulation, la nutrition et l'innervation.

**Pathogénie.** — La fièvre se produit :

1° A la suite de certains *troubles de l'innervation* provoqués — soit par l'émotion (terreur), la douleur (fièvre algique, fièvre hépatalgique), l'agitation cérébrale (aliénés), — soit par l'action hyperthermisante d'une substance toxique (fièvre réactionnelle de Roger), — soit par des traumatismes portant sur divers points des centres nerveux (lésion de la moëlle cervicale), ou par un état d'irritation du système nerveux utérin chez les hystériques ;

2° Dans certains *empoisonnements* par la vératrine, la strychnine, la caféine, le curare, etc. ; ou par des viandes gâtées ;

3° Dans certaines *auto-intoxications* (fièvre de surmenage, fièvres des goutteux, des chlorotiques, etc.) ;

4° Dans les *intoxications microbiennes* et particulièrement celles de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, du typhus, des fièvres palustres, de la dysenterie, du charbon, de la morve, de l'infection purulente, de la septicémie, etc.

Les *Théories pathologiques de la fièvre* (qui ne sont que des hypothèses) sont au nombre de deux ou trois principales :

1° La *théorie nerveuse*, d'après laquelle la cause de la fièvre, agissant sur le grand sympathique, déterminerait — d'abord l'excitation des nerfs vasomoteurs et par suite le resserrement des vaisseaux, ce qui produirait le frisson, — puis la paralysie de ces mêmes nerfs vasomoteurs (ou mieux une excitation des nerfs dilatateurs) et par suite la dilatation des vaisseaux, une activité plus grande des combustions organiques en rapport avec l'afflux plus considérable du sang, et, comme conséquence, l'augmentation de chaleur.

2° La *théorie humorale* qui suppose que l'agent fébrile agit d'une

1. Voir au chapitre de *Physiologie pathologique générale*, p. 232.



façon inconnue sur le sang pour déterminer l'accroissement des combustions et de la chaleur. Cette théorie a été appliquée à un grand nombre de maladies infectieuses sous prétexte qu'il est démontré que plusieurs microbes élèvent la température des animaux qu'ils envahissent, grâce aux poisons qu'ils sécrètent. Quelques auteurs supposent qu'il faut tenir compte aussi de la phagocytose, c'est-à-dire de l'absorption et de la digestion des microbes par les cellules de l'organisme et particulièrement par les leucocytes. — Dans la fièvre aseptique (hémorragies sous-cutanées, fractures, etc.) l'élévation de température serait due à la nucléine contenue dans le noyau des cellules et mise en liberté par suite de la mort de ces cellules. Schmitzler et Ewald ont constaté qu'on trouve, dans ces cas, de la nucléine dans les hémotomes, et d'autre part que la nucléine provoque la fièvre. De plus, dans les tumeurs sanguines on trouve des albumoses : or, celles-ci seraient susceptibles de déterminer l'hyperthermie dans certains cas ; aussi ces mêmes auteurs attribuent-ils à la résorption d'albumoses, au niveau du champ opératoire, les élévations de température observées si souvent chez les tuberculeux à la suite d'interventions chirurgicales tout à fait aseptiques.

Mais comme nous l'avons déjà dit au chapitre de *Physiologie pathologique générale*, p. 346, en admettant que la fièvre soit due à la pénétration ou à la formation dans le sang de matières pyrogènes, il ne s'ensuit pas que ces matières interviennent, dans la production de l'hyperthermie, autrement qu'en agissant sur le système nerveux.

3<sup>o</sup> A propos des fièvres par intoxication microbienne, Roger fait la remarque que la plupart des toxines microbiennes, lorsqu'elles sont introduites, en grandes quantités, dans un organisme animal, au lieu d'élever sa température, l'abaissent et entraînent la mort dans le collapsus. Il se demande par suite, et très judicieusement, si la fièvre toxi-microbienne ne serait pas due à une réaction de l'organisme, si les produits solubles des agents pathogènes ne tendraient pas toujours à abaisser la température, si leur rôle dans la production de la fièvre ne se bornerait pas à susciter des réactions en sens inverse, qui traduiraient un effort curateur de l'organisme. « La fièvre ne serait donc pas provoquée directement par le microbe ; elle représenterait, au contraire, une réaction contre des substances hypothermisantes, et devrait, si elle ne dépasse pas certaines limites, être considérée comme salutaire. Elle traduirait, en tout cas, une énergie suffisante de l'organisme, ce qui semble parfaitement d'accord avec les faits. On peut, en faveur de cette hypothèse, invoquer la fréquence des frissons au début ou au cours des maladies infectieuses. Le frisson est une modalité réactionnelle à laquelle l'organisme a recours quand il se refroidit : c'est un moyen de se réchauffer. On ne comprendrait donc pas son

apparition si les toxines étaient des substances thermogènes : rien n'est plus simple, au contraire, si l'on admet que les poisons microbiens tendent à abaisser la température : l'organisme réagit par le frisson et par l'hyperthermie. Remarquons enfin que les infections les plus graves et les plus rapidement mortelles abaissent la température ; c'est ce qui a lieu pour le choléra ou même pour les diarrhées cholériformes ; la fièvre est dans ce cas d'un bon pronostic. De même, dans la plupart des infections expérimentales, la température tombe au-dessous de la normale quand apparaissent les symptômes précurseurs de la mort : à ce moment, l'organisme s'abandonne et subit, sans réagir, l'action des toxines hypothermisantes. »

Il est évident que, dans cette théorie qui nous semble la plus satisfaisante, et malgré le silence de Roger à cet égard, la réaction hyperthermique de l'organisme ne peut être comprise qu'en faisant intervenir le système nerveux comme agent de sa production.

**Physiologie pathologique.** — Lavoisier a démontré que la vie est une combustion de nos tissus aux dépens de l'oxygène absorbé par les poumons, oxygène qui, brûlé, est exhalé également par les poumons sous forme d'acide carbonique.

La température de notre corps est la résultante de cette combustion, diminuée de la chaleur perdue par évaporation à la surface de la peau et des poumons. Cette température est, à l'état normal, presque constamment la même ; elle est de 37°2 à 37°5 ; elle peut, pendant le travail digestif ou à la suite de violents efforts musculaires, atteindre 37°8 ; mais une température de 38 degrés indique un état fébrile, et cet état fébrile résulte de ce que la quantité de chaleur produite l'emporte sur la quantité de chaleur perdue.

L'hyperthermie peut d'ailleurs être due, soit exclusivement à une augmentation dans la production de chaleur au sein de l'organisme, soit exclusivement à une diminution dans les pertes de

1. Car si la combustion augmente, l'évaporation s'élève dans les mêmes proportions.

2. Cette température est appréciée à l'aide d'un thermomètre spécial placé dans l'aisselle, dans le rectum ou le vagin : la boule du thermomètre doit être bien engagée dans le fond de l'aisselle, le bras rapproché du corps, le thermomètre doit être laissé en place au moins dix minutes et on le consulte sans le déranger, à moins qu'on ne se serve d'un thermomètre à maxima ; on se servira toujours du même instrument chez le même malade, et les résultats, recueillis, autant que possible, deux fois par jour, sont inscrits sur un papier rayé. Il est toujours plus sûr chez les enfants et les vieillards de prendre la température rectale.



colorique à la surface du corps, soit plus souvent, sinon toujours, à l'action combinée de ces deux processus.

L'augmentation dans la production de la chaleur organique a lieu surtout, au niveau des muscles et des glandes, par l'augmentation, sous l'influence d'un trouble de l'innervation<sup>1</sup>, des actes physico-chimiques qui s'accomplissent dans leur substance.

Mais, le plus souvent, cette augmentation est insuffisante pour expliquer l'élévation persistante de la température chez les fébricitants, et il faut admettre concurremment une insuffisance dans les pertes de chaleur par lesquelles l'organisme, à l'état de santé, compense l'excès de calorique produit. D'après Traube, la contraction vasomotrice des artères de la peau, en restreignant la circulation périphérique, en diminuant la perspiration cutanée, réduirait la déperdition de chaleur qui normalement se fait par cette voie. Pour Senator, la fièvre serait due en partie à une rétention de calorique, produite par la contraction vaso-motrice fréquemment renouvelée des artérioles cutanées.

**Caractères.** — L'état fébrile se caractérise par des symptômes qui peuvent se grouper sous quatre chefs : A. *Désordres de la calorification* ; B. de la *circulation* ; C. de la *nutrition* ; D. de l'*innervation*.

A. **DÉSORDRES DE LA CALORIFICATION.** — Le cycle thermique présente trois périodes : ascension, état, terminaison. Ces trois périodes sont souvent désignées sous les noms de période d'*invasion* ou d'*augmentation*, de période d'*état* ou d'*acmé*, et de période de *déclin* ou de *déferescence*, cette dernière remplacée dans les cas funestes par la période *agonique*.

1° L'*ascension* de la température peut se faire — *brusquement* : en quelques heures ou en un jour et demi elle atteint le degré le plus élevé auquel elle doit arriver (c'est ce que l'on observe dans les fièvres intermittentes, la scarlatine, la variole, la pneumonie franche) : — *graduellement, mais d'une façon régulière*, par oscillations ascendantes (fièvre typhoïde)<sup>2</sup> ; — *graduellement et d'une façon irrégulière* (rhumatisme, pleurésie, péricardite).

1. Cl. Bernard invoque l'action de nerfs spéciaux calorifiques ; d'autres physiologistes invoquent l'excitation des vasodilatateurs ; d'autres encore font intervenir l'action des nerfs moteurs et sécrétisseurs dans cette exagération du processus nutritif.

2. C'est ainsi que pendant cinq ou six jours on constate que la

2° La *période d'état* présente les plus grandes variétés : tantôt la température maxima n'est observée qu'une, deux ou trois fois (fièvre éphémère, intermittente, érysipèle, etc.) ; tantôt on constate chaque soir, pendant plusieurs jours de suite, à peu près la même température avec, chaque matin, la même rémission de quelques dixièmes de degré (pneumonie franche, variole)<sup>1</sup> ; tantôt enfin les oscillations quotidiennes sont de plusieurs degrés (fièvre hectique, pyémie, etc.).

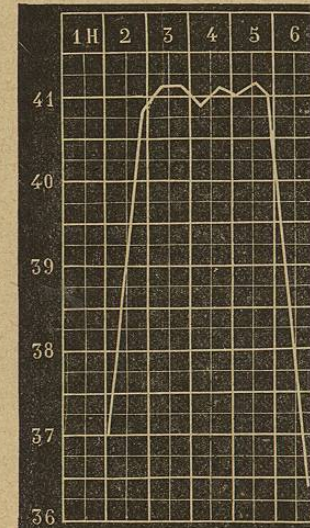


Fig. 24. — Accès de fièvre intermittente commençant à 1 heure, terminé à 6 heures.

3° La *période terminale* diffère suivant que le malade guérit ou meurt.

température est, chaque jour, d'un demi-degré plus élevée que la veille.

1. Jaccoud lui donne le nom de *fastigium à oscillations stationnaires*.



*S'il guérit*, la décroissance peut être — brusque et, en vingt-quatre heures, la température tomber de plusieurs degrés et revenir ainsi au chiffre physiologique (37°) ou même au-dessous : c'est la défervescence qui correspond aux crises des anciens ; elle s'accompagne souvent de sueurs, d'une surabondance d'urines, d'herpès, etc. ; — ou bien elle est *graduelle*, et c'est par des oscillations rétrogrades, qui comprennent de six à neuf jours, que le malade revient à sa chaleur naturelle<sup>1</sup>.

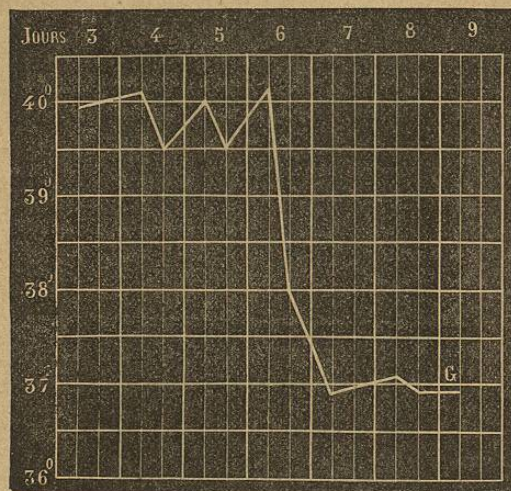


Fig. 25. — Exemple de décroissance brusque de la température dans un cas de pneumonie terminée par la guérison. — Les troisième, quatrième, cinquième et sixième jours, la température oscille autour de 40 degrés ; le septième jour elle tombe à 37 degrés, c'est-à-dire à la température normale ; elle s'y maintient le huitième ; le neuvième jour la guérison est définitive.

1. Pendant la convalescence, la température est normale, mais très sujette à s'élever fortement sous l'influence de la fatigue, de la nourriture (*febris carnis* des anciens).

*Si le malade doit mourir*, la température s'élève parfois constamment, au point d'atteindre 41, 42 et même 43°8 ; à peine constate-t-on une légère rémission matinale. Ces températures hyperpyrétiques ne s'observent guère que dans quelques maladies ; tétanos, scarlatine, rhumatisme cérébral<sup>1</sup>.

Après la mort, la température s'abaisse rapidement pour se mettre de niveau avec celle de l'atmosphère ; mais, dans quelques cas (tétanos, choléra), elle continue à s'élever pendant au moins une heure<sup>2</sup>.

L'étude de la température, mise en honneur par Wunderlich, fournit au pronostic et même au diagnostic de très utiles renseignements<sup>3</sup> ; on sait, par exemple, que si la chaleur se maintient à 40 ou 41 degrés avec une très faible rémission matinale, la mort est certaine en peu de jours ; la vie se prolonge davantage si la rémission matinale est très accentuée ; une température de 42 degrés amène fatalement la mort. Enfin la température étant le miroir le plus fidèle de la fièvre, les renseignements qu'elle fournit ont plus de valeur que ceux tirés de la fréquence du pouls.

Les idées de Wunderlich conduisent à considérer les maladies fébriles comme se divisant en deux classes, les *typiques*

1. Certains accidents, comme les hémorragies, les perforations intestinales, ou même comme l'invasion d'une maladie surajoutée (péricardite, pneumonie), peuvent faire baisser brusquement la température, sans que pour cela le pronostic soit, tant s'en faut, adouci.

2. Ce que l'on a attribué aux modifications subies par le tissu musculaire (rigidité cadavérique), à la continuation des phénomènes chimiques, etc.

3. On sait combien est souvent difficile le diagnostic d'une fièvre typhoïde à ses débuts ; l'examen de la température fournit ici de précieux renseignements, puisqu'elle présente une marche lente et régulièrement ascendante, marche si régulière, que Wunderlich a avancé que : — 1° toute maladie qui, au premier ou au second jour de son évolution, offre une température de 40 degrés, n'est pas une fièvre typhoïde ; — 2° toute maladie qui, au soir du quatrième jour, n'a pas atteint 39°5, n'est pas une fièvre typhoïde (voy. FIÈVRE TYPHOÏDE, dans mon *Manuel de pathologie interne*).



et les *atypiques*. La première classe comprend les fièvres dites essentielles ou *pyrexies*, la seconde les *phlegmasies*.

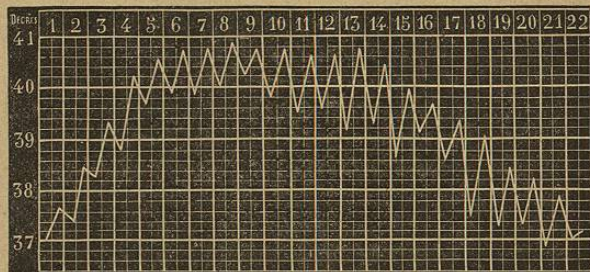


Fig. 26. — Exemple de la marche de la température dans un cas de fièvre typhoïde, du premier au vingt-deuxième jour.

B. TROUBLES DE LA CIRCULATION. — L'augmentation dans la fréquence et la force des battements du cœur et du pouls a été longtemps considérée comme étant le symptôme le plus important de la fièvre ; la fréquence du pouls (qui, de 70 à 80 pulsations, chiffre normal chez l'adulte, s'élève à 90, 100, 140) est en effet un signe facile à constater et d'une grande valeur, mais moins positif que celui fourni par la température <sup>1</sup>. On sait, en effet, qu'une foule de circonstances peuvent déterminer l'accélération du pouls (émotion, exercices musculaires, boissons alcooliques, etc.) <sup>2</sup>.

C. TROUBLES DE LA NUTRITION. — Ils se révèlent par l'*amaigrissement*, qui est la conséquence forcée de la fièvre et qui tient à deux causes : — 1° à des *troubles digestifs*, car l'individu atteint de fièvre n'a plus d'appétit (*anorexie*) ; souvent même il est atteint de nausées et de vomissements ; — 2° à l'*activité spéciale de la combustion organique*, les tissus brûlant plus

1. En général, l'accélération du pouls et l'élévation de la température marchent de compagnie. Cependant il est des exceptions : ainsi, dans les méningites, le pouls peut ne pas être fréquent alors que la température est très élevée (Jaccoud).

2. Voir plus loin l'article consacré à l'étude du pouls.

qu'ils ne réparent, et cela à un tel point que le malade peut perdre un kilogramme de son poids en vingt-quatre heures.

Les *sécrétions* sont troublées : — L'*urine* est rouge, rare, sa densité est accrue, elle renferme *plus d'urée* (de 35 à 50 grammes en vingt-quatre heures au lieu de 30 grammes, chiffre physiologique) et beaucoup *moins de chlorures* (de 1 à 5 grammes au lieu de 11 grammes, chiffre normal) ; ces altérations sont la conséquence directe de la combustion fébrile. — La sécrétion de la *salive*, du *suc gastrique* et du *suc intestinal* est diminuée, aussi la bouche est sèche et la constipation habituelle. — La *sueur*, diminuée dans la première période, est ensuite accrue souvent, au moment où la température diminue <sup>1</sup>.

Enfin, la fièvre s'accompagne de lésions dans la nutrition des organes. La dégénérescence des muscles peut causer certains accidents locaux, des ruptures, des hémorragies intramusculaires, des troubles fonctionnels comme la gêne de la respiration dans la dégénérescence du diaphragme ou des intercostaux. Des altérations de même ordre peuvent se produire dans le tissu nerveux.

D. TROUBLES DE L'INNERVATION. — La fièvre s'accompagne, à divers degrés, de *frissons* <sup>2</sup>, courbature, malaise, céphalalgie, insomnie ; de délire ; de soubresauts dans les tendons ; de convulsions, surtout fréquentes chez les enfants. Ces divers phénomènes, fort variables d'ailleurs dans leur intensité (très peu marqués en général chez les vieillards) et même dans leur existence, sont le résultat de la perturbation que la fièvre jette dans les fonctions du système nerveux.

1. Les *sueurs abondantes* constituent un caractère important de la fièvre, soit qu'elles terminent l'accès, comme dans les fièvres intermittentes, soit qu'elles se manifestent vers le matin, c'est-à-dire au moment où la température fébrile s'abaisse, comme chez les phthisiques.

2. Le frisson fébrile est une sensation subjective, car il coïncide avec l'élévation de la température ; il ne se produit même que lorsque cette élévation est longue et très notable.



**Marche de la fièvre.** — La fièvre présente des types variés et en rapport avec la nature de sa cause. Dans une étude générale, on ne peut avoir en vue que sa marche, qui est *intermittente, rémittente, subcontinue* ou *continue*.

La *forme intermittente* se présente sous forme d'accès, dans l'intervalle desquels la température redevient normale. Les fièvres palustres présentent le type le plus parfait des fièvres intermittentes, que l'on observe aussi chez les phthisiques, dans l'infection putride, les suppurations des voies biliaires, etc.

La *forme rémittente* est caractérisée par une fièvre qui présente des rémissions très marquées, sans cependant revenir au chiffre physiologique : c'est ce qui la distingue de la forme intermittente.

La *forme subcontinue* est une fièvre rémittente dans laquelle l'écart entre le maximum et le minimum quotidien n'est que de quelques dixièmes (pneumonie, rhumatisme, etc.).

La *forme continue* est, ainsi que son nom l'indique, caractérisée par une température qui présente chaque soir le même degré, avec une rémission matinale à peine marquée et encore plus faible que dans la forme subcontinue (fièvre typhoïde).

**Diagnostic.** — Il comprend deux points : — A. *Reconnaître la fièvre* ; — B. *Remonter à sa cause*.

A. *Reconnaître l'existence de la fièvre.* — Rien n'est plus facile : l'élévation de la température au-dessus de 38 degrés permet à elle seule d'affirmer l'état fébrile ; nous ne reviendrons pas sur tous les autres caractères de la fièvre.

B. *Reconnaître la cause de la fièvre.* — Avant Broussais, on divisait les fièvres en deux groupes : les unes qu'on rattachait à des lésions traumatiques ou organiques appréciables, c'étaient les *fièvres symptomatiques* ; les autres qu'on supposait survenir sans lésion, c'étaient les *fièvres essentielles*.

De nos jours un grand progrès a été accompli dans la connaissance pathogénique de la fièvre : on sait, en effet, que *toute fièvre est le résultat d'une intoxication* ou d'une *infection*, c'est-à-dire de la pénétration d'un principe toxique ou infectieux dans l'organisme.

Les principes qui développent la fièvre sont très nombreux.

1° Les uns naissent à la surface d'une plaie (voy. *Fièvre traumatique, Infection putride, Septicémie, Infection purulente, Erysipèle, Anthrax, Furoncle, Abscess*, etc.).

2° D'autres, de nature microbienne comme les précédents, se transmettent par contagion et se révèlent, en général, par des *éruptions* très caractéristiques : fièvres éruptives (rougeole, scarlatine, variole), fièvre typhoïde, syphilis, pustule maligne, diphthérie, morve, etc.

Cela dit, voici quelques indications qui pourront vous faire reconnaître à quoi se rattache la fièvre :

a) Dès que vous constatez un état fébrile, recherchez-en d'abord le point de départ dans une *lésion extérieure* ou *viscérale*.

Si le malade présente un *plegmon*, un *abcès*, un *furoncle*, une *adénite*, une *plaie*, une *brûlure*, c'est bien probablement à ces lésions que se rattache la fièvre ; il faut, bien entendu, qu'il existe un certain rapport entre l'étendue, la profondeur de la lésion extérieure et le mouvement fébrile. Si la plaie, quelle qu'en soit la nature, présente un mauvais aspect, et si la fièvre est intense, prolongée, méfiez-vous : c'est que l'infection, de locale, est devenue générale (voy. *Septicémie, Infection purulente*, etc.).

S'il n'existe pas de lésion extérieure, vous passez à l'examen des viscères et surtout à celui de la poitrine<sup>1</sup>. L'examen de la gorge vous permettra de constater, soit une *amygdalite*, soit une *angine*, simple ou diphthérique ; celui de la poitrine vous révélera l'existence des *tubercules pulmonaires*, d'une *pneumonie*, d'une *pleurésie* ; dans d'autres cas, vous reconnaîtrez une *métrite*, une *orchite*, un *rhumatisme*.

D'ailleurs le patient appelle souvent de lui-même votre attention sur l'organe malade ; ou bien, presque à première vue, vous reconnaissez la nature du mal. Ainsi, voici un jeune homme, pâle et amaigri, qui vous dit qu'il tousse depuis longtemps ; il a, ou non, craché du sang, il perd ses forces, il a des sueurs nocturnes : votre premier soin sera d'examiner le sommet des poumons, et presque certainement vous y trouverez des *tubercules*.

Ailleurs, ce sera un adulte, un vieillard qui, la veille, ou, en tout cas, depuis peu de jours, a été brusquement pris de frisson, d'un point de côté, de toux ; son visage est animé ; il a la langue sèche : auscultez-le et vous trouverez une *pneumonie* ou une *pleurésie*.

Ou encore, voici un individu immobile dans son lit, rouge ou au contraire très pâle ; il est en proie à une fièvre ardente, couvert de sueurs profuses à odeur fétide ; il souffre beaucoup d'une ou plusieurs jointures ; vous les examinez et les trouvez gonflées, rouges, douloureuses, c'est un *rhumatisme articulaire* ; auscultez le cœur pour rechercher s'il n'existe pas en même temps une *endocardite* ou une *péricardite*.

1. Rappelez-vous que la brusque invasion de la fièvre chez un adulte, et surtout chez un vieillard, est bien souvent le reflet d'une pneumonie. Votre premier soin sera donc d'examiner la poitrine.



Lorsque la fièvre est sous la dépendance de la *syphilis*, de la *pustule maligne*, de la *morve*, il existe des lésions cutanées en général assez appréciables pour permettre d'éviter l'erreur. La *dysenterie* est assez remarquable par ses selles nombreuses et sanglantes, et la *diphthérie* par les fausses membranes qui envahissent la gorge et le larynx (angine couenneuse et croup) pour que nous n'insistions pas sur leur diagnostic.

b) Si vous n'avez constaté aucune lésion extérieure ou viscérale, vous devez songer à une *fièvre éruptive*, à la *fièvre typhoïde*, à l'*embarras gastrique*, à une *méningite*, à la *grippe*, et, si vous exercez dans un pays marécageux, à la *fièvre intermittente*, etc.

Parfois il existe une *épidémie* de fièvres éruptives, de grippe, de fièvre typhoïde, et, par ce fait, votre attention est attirée dans ce sens.

S'agit-il d'une *fièvre éruptive*, vous savez que le début de la *rougeole* est remarquable par le catarrhe de diverses muqueuses (larmoiement, coryza, bronchite), celui de la *scarlatine* par le mal de gorge, celui de la *variolo* par les douleurs lombaires; bientôt l'éruption lèvera tous les doutes.

La *fièvre typhoïde* et l'*embarras gastrique fébrile* présentent de nombreux points de ressemblance; la marche de la température vous permettra de les distinguer. De plus, il suffit de purger le malade pour voir l'état s'améliorer dans l'*embarras gastrique*, tandis que la *fièvre typhoïde* continue sa marche; enfin, dans la *fièvre typhoïde*, au bout de quelques jours apparaissent sur le tronc des taches rosées caractéristiques qui, cependant, peuvent manquer chez les enfants. En cas de doute persistant, avoir recours au séro-diagnostic de Vidal.

La *phthisie aiguë*, les *méningites simple et tuberculeuse*, l'*endocardite ulcéreuse* se traduisent également par une fièvre vive, et, à leur début, il n'existe pas de ces symptômes éclatants qui caractérisent immédiatement une maladie; aussi peut-on les confondre, soit entre elles, soit avec la *fièvre typhoïde*.

La *grippe* (fièvre catarrhale, influenza) se présente avec les allures d'une maladie infectieuse générale, mais atteignant d'une façon prépondérante tel ou tel appareil organique: — tantôt se manifestant sous forme de bronchite plus ou moins grave, ou de broncho-pneumonie, avec accompagnement de catarrhe nasal ou oculaire, et souvent d'angine; — tantôt se présentant sous forme d'*embarras gastrique fébrile*, avec ou sans participation du foie; — tantôt se caractérisant par des symptômes surtout nerveux: dépression, anéantissement des forces, incapacité de travailler, etc.; — tantôt portant son action sur le cœur et donnant lieu à l'irrégularité et à l'intermittence du pouls, avec tendance à la syncope. Dans toutes ces formes, il existe une courbature générale, des douleurs rhumatoïdes, une fièvre plus ou moins vive, de

la céphalalgie, une perte absolue et quasi-instantanée de l'appétit (Jaccoud), etc... La grippe règne sous forme d'épidémies, en général bénignes; elle est très grave chez les vieillards.

Parfois les enfants, et même les adolescents, sont atteints, sans cause appréciable ou à la suite de fatigues, d'insolation, d'un mouvement fébrile qui se dissipe en vingt-quatre ou quarante-huit heures; souvent sa fin est annoncée par une éruption d'herpès sur les lèvres ou le nez; cet état est désigné sous le nom de *fièvre éphémère* et n'est peut-être qu'un embarras gastrique. Si la langue est saburrale et la constipation marquée, il faut administrer un purgatif.

L'*embarras gastrique* est très fréquent au printemps; il est caractérisé par une fièvre qui est de prime abord assez intense: la langue est sale, la tête lourde, il y a des envies de vomir, etc.; cette fièvre se prolonge trois ou quatre jours, sept ou huit au maximum (*fièvre sinoque* des anciens); un purgatif ou un vomitif en sont les remèdes par excellence.

Si vous exercez dans un pays marécageux, il faut songer à une *fièvre intermittente* et administrer de la quinine au premier frisson; d'ailleurs, la régularité remarquable des trois stades de la fièvre, de l'apyrexie, du retour des accès vous démontrera bientôt qu'il s'agit du poison palustre. Il est cependant établi aujourd'hui, que les fièvres palustres peuvent exceptionnellement prendre la forme continue. L'intermittence n'est donc pas un symptôme exclusif. — Il ne faut pas non plus oublier que n'importe quelle maladie intercurrente peut réveiller la fièvre intermittente chez les paludéens et être plus ou moins modifiée par elle. Tout accès de fièvre chez un paludéen réclame donc l'emploi de la quinine.

**Traitement.** — La fièvre pouvant être l'expression de maladies fort diverses n'est pas par elle-même la source unique des indications; c'est à sa cause qu'il faut s'attaquer: « *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* »

Cependant, dans certains cas, il faut chercher à diminuer l'exagération des combustions organiques; — c'est ainsi que le *chlorhydrate de quinine* trouve, même en dehors des fièvres intermittentes, de nombreuses applications, notamment dans la pneumonie, la fièvre typhoïde, la grippe, etc.; — c'est ainsi que les *bains froids* (ou tièdes) répétés peuvent rendre de grands services, dans toutes les fièvres éruptives avec hyperpyrexie (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, etc.), dans les pneumonies et les broncho-pneumonies, etc.; dans toutes ces maladies, à moins de contre-indications spéciales (princi-



palement cardiaques), le bain à 34 ou 33 degrés est non seulement indiqué, mais commandé toutes les fois que la température axillaire dépasse 40 degrés (surtout chez les enfants) et doit être renouvelé, à intervalles d'environ trois ou quatre heures, jusqu'à ce que la température soit descendue au-dessous de ce chiffre.

#### IV. — CONGESTION. HYPERHÉMIE.

On donne le nom de congestion ou d'hyperhémie à la présence d'une quantité anormale de sang dans une région ou dans un organe. La congestion se distingue de l'hémorragie en ce que le sang n'a point quitté les vaisseaux, et de l'inflammation en ce que les tissus périvasculaires ne présentent aucune altération nutritive (Jaccoud).

Le fonctionnement régulier d'un organe exige un équilibre parfait entre l'apport de sang artériel et le débit de sang veineux. Lorsque cet équilibre est rompu, il y a congestion ; or, on voit immédiatement que la rupture de cet équilibre peut se faire de deux façons et qu'il existe par conséquent deux espèces de congestions :

1° L'apport artériel est trop considérable, la congestion est dite *active* ;

2° Le débit veineux est trop faible, la congestion est dite *passive*.

La congestion active est souvent *aiguë*, la congestion passive souvent *chronique*.

**Anatomie pathologique.** — Au début de la congestion active le sang passe rapidement des artéριοles dans les veines et conserve dans ces vaisseaux son aspect rutilant. Si l'hyperhémie est de courte durée, elle ne laisse pas de traces après la mort.

Si elle se prolonge ou s'il s'agit de congestion passive, l'organe atteint augmente de *volume*, de *poids* et prend une teinte qui varie du *rouge vif* au *noir* ; à la coupe, il laisse écouler une assez grande quantité de sang et même de sérosité, car l'accroissement de la pression intravasculaire détermine la

transsudation d'une certaine quantité de sérum, qui infiltre les tissus et joue un assez grand rôle dans les troubles fonctionnels engendrés par la congestion.

Sur la surface de la coupe, les capillaires gorgés de sang se dessinent avec leurs aspects, variables dans les différents organes, arborescents sur les muqueuses, ponctués sur le cerveau, le rein, etc.

Sur l'œil, les capillaires engorgés sont très facilement observables, lorsque cet organe est congestionné.

#### A. — CONGESTION ACTIVE.

**Pathogénie.** — La congestion active est l'apport trop considérable de sang artériel dans une région ou un organe. Cet excès d'apport peut tenir à des causes diverses : 1° à *des troubles vasomoteurs* ; 2° à *l'irritation du tissu* ; 3° à *l'abaissement de la pression extravasculaire* ; 4° à *l'obstruction d'une branche artérielle*.

En somme, même dans le cas d'une excitation spéciale des *vasodilatateurs*, elle est toujours due à une diminution de la résistance d'une partie donnée du corps relativement à l'intensité du courant sanguin.

1° Le plus souvent la congestion est liée à un *trouble vasomoteur*. Le type le plus net est fourni par la fameuse expérience de Cl. Bernard qui, sectionnant le grand sympathique au cou, vit la moitié de la face se congestionner. Il s'agit alors d'une paralysie des *vasoconstricteurs*, c'est-à-dire des nerfs qui font resserrer les vaisseaux. Si, au lieu d'être sectionné, le nerf est simplement irrité, il fait d'abord contracter le vaisseau, ce qui détermine de l'anémie : mais, l'irritation persistant, l'excitabilité du nerf s'épuise et le vaisseau se dilate. C'est ce qu'on voit en excitant le nerf auriculaire, le sciatique, les nerfs cutanés.

Mais il existe aussi des nerfs dont l'excitation fait dilater les vaisseaux (*vasodilatateurs*). Cl. Bernard en a démontré

1. Voir au chapitre de *Phys. path. génér.*, p. 345.