

IV. Péricardite tuberculeuse.	1146
V. Hydro-péricarde.	1146
VI. Hémo-péricarde.	1146
VII. Pneumo-péricarde.	1146
CHAPITRE III. — Sémiologie spéciale de l'endocarde et du myocarde.	1147
I. Endocardites.	1147
II. Affections des valvules et des orifices du cœur.	1151
A. Rétrécissement aortique	1151
B. Insuffisance aortique.	1152
C. Rétrécissement mitral.	1155
D. Insuffisance mitrale.	1158
E. Rétrécissement tricuspide	1160
F. Insuffisance tricuspide	1161
G. Rétrécissement de l'artère pulmonaire.	1165
H. Insuffisance de l'artère pulmonaire	1165
III. Cyanose.	1166
IV. Myocardites.	1168
V. Hypertrophie du cœur.	1172
VI. Dilatation du cœur.	1174
VII. Thrombose cardiaque.	1175
VIII. Angine de poitrine.	1176

DOUZIÈME PARTIE

SÉMIOLOGIE DES VAISSEAUX

CHAPITRE I. — Sémiologie générale des artères.	1181
CHAPITRE II. — Sémiologie spéciale des artères.	1195
I. Aortites.	1195
II. Anévrismes de l'aorte.	1197
III. Artérite aiguë des petites artères.	1205
IV. Artérites chroniques diffuses non spécifiques.	1206
V. Artérite syphilitique.	1209
VI. Artérite tuberculeuse.	1210
CHAPITRE III. — Sémiologie spéciale des veines.	1210
I. Phlébites.	1210
II. Thrombose des sinus.	1214
III. Varices.	1216
IV. Œdème.	1218

TREIZIÈME PARTIE

SÉMIOLOGIE DU SANG

CHAPITRE I. — Sémiologie générale.	1225
I. Examen clinique du sang.	1225
II. Leucocytoses.	1244
CHAPITRE II. — Sémiologie spéciale du sang.	1249
I. Leucémies.	1249
II. Lymphomes et pseudo-lymphomes.	1259
III. Anémies.	1265
IV. Hémophilie.	1277

Dr Manuel M. de la Garza.
 Sabinas Hidalgo, M. S. 1-2 de 1906.
 TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE
 DE
 CLINIQUE MÉDICALE

NOTIONS PRÉLIMINAIRES

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'EXAMEN CLINIQUE

Commémoratifs. — L'interrogatoire du malade constitue la première étape de l'examen clinique. Il doit fournir au médecin toute une série de renseignements indispensables sur les antécédents tant subjectifs qu'objectifs du sujet ainsi que sur le mode de début de la maladie actuelle. Il importe donc de ne rien omettre dans cette enquête préliminaire, car tout oubli pourrait compromettre dès le début la bonne orientation de l'examen physique; aussi est-il indispensable d'adopter un ordre invariable dont nous allons indiquer les principaux jalons.

1. **Antécédents subjectifs.** — 1° L'âge est le premier renseignement essentiel. Chaque période de la vie a ses maladies, ses aptitudes pathologiques spéciales; les nourrissons, les adolescents, les adultes, les vieillards réagissent différemment. Le désaccord souvent constaté entre l'âge apparent et l'âge réel renseigne également sur l'état de l'organisme; la puberté, la ménopause ont aussi leur pathologie propre.

2° Le **sex**e crée certaines probabilités; chez la femme, la menstruation, la grossesse, l'état puerpéral comportent des complications et des prédispositions morbides particulières.

3° La **profession** du malade, en lui imposant par exemple certaines attitudes vicieuses, en l'obligeant à une vie sédentaire, en l'exposant à certaines intoxications, à certaines infections, à l'inhalation de poussières irritantes, peut jeter un jour très vif sur tel ou tel incident pathologique. Certaines professions laissent du reste des *stigmates* physiques sur lesquels nous reviendrons.

4° Les **antécédents héréditaires** sont plus ou moins utiles à rechercher,

surtout s'il s'agit d'une maladie chronique. L'enquête portera sur l'hérédité directe et sur l'hérédité collatérale; elle recherchera suivant les cas : les malformations physiques, la syphilis, la tuberculose, le cancer, la névropathie, la dégénérescence, le neuro-arthritisme (goutte, diabète, obésité). En cette matière la constatation de divers stigmates physiques pourra orienter l'interrogatoire.

5° Les antécédents personnels ont, suivant les cas, plus ou moins d'intérêt. On cherchera à préciser l'époque et la nature des maladies antérieures, des infections de l'enfance et de l'âge adulte; en insistant s'il y a lieu, soit sur la syphilis, soit sur la tuberculose, soit sur le passé génital ou névropathique.

II. *Antécédents objectifs.* — Ils embrassent tous les renseignements fournis par le milieu.

Le climat domine toute la pathologie exotique : paludisme, dysenterie, fièvre jaune, etc. Le milieu épidémique, la détermination du lieu et du moment d'un contact suspect constituent des notions de premier ordre en matière de maladies infectieuses. Le mode de contamination : par les ingesta (lait, eau), par inhalation : la contagion (génitale ou non) importe souvent aussi à préciser. Le froid, la chaleur ont sur l'origine de quelques états pathologiques une influence incontestée. L'électricité (atmosphérique ou industrielle) est la cause possible de certains accidents nerveux. Les traumatismes jouent dans l'étiologie de certaines affections médicales un rôle direct ou indirect qu'on ne doit pas perdre de vue. L'influence des émotions, des chagrins, de la frayeur, de la colère, tient une place encore plus grande en pathologie. Il est enfin souvent essentiel de se renseigner sur les médications antérieurement suivies, tant au point de vue de leur efficacité que des accidents toxiques dont on peut les rendre responsables.

III. *Mode de début de la maladie actuelle.* — Le médecin cherchera à préciser : si le début de la maladie a été brusque ou progressif; l'époque à laquelle sont apparus les signes révélateurs typiques, variables avec chaque cas : la toux, pour la tuberculose, l'hématémèse pour l'ulcère, le frisson pour la pneumonie, les vertiges pour l'athérome cérébral, l'angine pour la scarlatine, le chancre pour la syphilis, le catarrhe pour la rougeole, etc. La date du contact suspect renseignera, dans les maladies contagieuses, sur la durée de l'incubation.

Inspection. — Un premier coup d'œil sur le malade doit renseigner le clinicien sur son attitude au lit (*décubitus*) ou debout et sur son *facies*.

Décubitus. — Le *décubitus* est plus ou moins abandonné, plutôt dorsal, dans les états dits typhoïdes ou comateux; il est souvent latéral dans la pleurésie ou la pneumonie. Les contractures, dans le tétanos, la catalepsie, etc.; la douleur dans les coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines, etc., imposent au corps des attitudes caractéristiques. La dyspnée, qu'elle soit d'origine pulmonaire ou cardiaque, oblige le sujet à se tenir sur son séant.

Facies. — Les divers caractères du *facies* méritent une analyse méthodique.

Teint. — Sa couleur est variable. La pâleur verdâtre des chlorotiques est plus ou moins distincte du teint jaune paille des cancéreux, de la pâleur que déterminent le rhumatisme aigu, l'insuffisance aortique ou l'artériosclérose.

La rougeur de la face peut être attribuable à la fièvre, à la grippe ou à un exanthème (érysipèle, variole, eczéma aigu, rougeole, etc.), points que la suite de l'examen précisera.

La jaunisse relèvera d'un ictère franc ou d'un ictère méta-pigmentaire.

La pigmentation de la face évoque plusieurs hypothèses : paludisme, maladie bronzée, péritonite tuberculeuse, grossesse, pellagre, saturnisme.

La cyanose est un indice de dyspnée, d'asphyxie aiguë ou chronique d'origine pulmonaire ou cardiaque.

Maigreur. — Un *facies* émacié éveille : chez le nourrisson, l'idée d'*athrepsie*; chez l'adulte, celle de cachexie (tuberculose, cancer, diabète maigre, etc.).

Bouffissure. — La face peut être bouffie pour des motifs très divers : obésité, lymphatisme, chlorose, exanthème (érysipèle, variole, etc.), grippe, coqueluche (après les quintes), œdème, myxœdème.

Regard. — Il est animé chez les névropathes, dans certaines fièvres (*facies vultueux*); éteint au contraire dans les états graves, dans les états typhoïdes ou mélancoliques. L'état des pupilles, le strabisme, le nystagmus, l'exophtalmie le modifient à divers degrés.

Asymétrie. — L'asymétrie des traits attire l'attention sur ses diverses causes possibles : hémiplegie faciale, paralysies bulbaires, atrophie musculaire (myopathies ou amyotrophies); hémispasme glosso-labié, tétanos, chorée, athétose, tic douloureux ou non; lésions du squelette créées par le rachitisme, l'hérédosyphilis, l'acromégalie, l'hydrocéphalie, la dégénérescence.

Syndromes complexes. — Les *facies* typhoïde, dyspnéique, hippocratique, abdominal présentent des traits trop complexes pour être rappelés ici et seront détaillés à propos de la sémiologie spéciale.

Station debout. — *Marche.* — Il peut être important d'examiner le malade debout pour apprécier l'état de faiblesse ou de paralysie des membres inférieurs, les troubles de l'équilibre. Il est parfois indispensable de le faire marcher, surtout s'il est atteint d'une affection nerveuse. Les troubles de la marche seront étudiés avec la sémiologie nerveuse.

Inspection du tégument. — On ne saurait trop recommander l'examen toujours autant que possible, région par région, de la surface entière du tégument. En le négligeant, on s'expose à bien des erreurs. Il sera fait en plein jour et à jour frisant. L'attention portera : 1° sur les modifications de couleur du tégument : rougeurs, exanthèmes, ictère, pigmentations, cyanose, lésions de grattage, cicatrices, ecchymoses, dont on doit noter le siège et les caractères; nævi, tatouages; 2° sur les modifications d'épaisseur de la peau : œdème, éléphantiasis, urticaire, durillons, etc.; 3° sur l'état du système pileux et des ongles; 4° sur l'état des sécrétions sudorales, sébacées; 5° sur les solutions de continuité : plaies, ulcérations, fistules, etc. On pourra, s'il y a lieu, compléter cette enquête par l'examen histo-bactériolo-

gique de parcelles cutanées prélevées par *biopsie*, ou de poils (*teignes*).

Inspection régionale. — L'inspection portera ensuite sur les différents segments du corps : crâne, cou, thorax, rachis, abdomen, membres, extrémités.

L'examen du *crâne* implique l'appréciation de son *volume* (microcéphalie ou hydrocéphalie); de sa *forme*, variable suivant les races, modifiée soit par asymétrie congénitale, soit par les saillies, pathologiques ou non, les dépressions (fractures, gommès) qu'il peut présenter; et chez l'enfant, de l'état des *fontanelles* dont l'évolution a pu être retardée par le rachitisme ou l'hérédosyphilis.

L'inspection du *cou* portera suivant les cas sur sa direction, sa mobilité, son volume, sur l'état du corps thyroïde, des ganglions, des veines et des artères accessibles à la vue.

L'inspection du *thorax* en appréciera les dimensions (périmètre et divers diamètres), la symétrie ou l'asymétrie, les déformations et leurs origines diverses : pulmonaire, pleurale, cardiaque, nasale, abdominale, osseuse (fractures, rachitisme, mal de Pott, ostéomalacie, etc.), trophique (acromégalie, syringomyélie), musculaire (myopathies), congénitale ou professionnelle.

L'inspection de la *colonne vertébrale* portera, s'il y a lieu, sur les déformations et les déviations (cyphose, lordose, scoliose) qu'elle peut offrir et dont les causes sont si variées, sur la mobilité du rachis.

L'inspection de l'*abdomen* sera faite dans la station verticale et dans le décubitus. On notera : l'état de la peau (vergetures, cicatrices ou exanthèmes?), des réseaux veineux sous-cutanés (anormalement développés sur le côté droit ou sur la ligne médiane?); l'état des mouvements imprimés à sa surface, soit par la respiration (tirage, paralysie du diaphragme), soit par les pulsations hépatiques ou aortiques, ou par les contractions gastriques ou intestinales. On s'assurera de l'état de rigidité ou de relâchement de ses parois, de la forme du ventre, des modifications de volume que lui imprime soit l'adipose ou l'œdème, soit le météorisme ou l'ascite, soit enfin l'existence d'une grosseur ou d'un néoplasme (péritonéal, gastrique, intestinal, hépatique, splénique ou utérin?).

La *région lombaire* sera inspectée suivant les cas dans le décubitus ventral, dans le décubitus latéral, ou mieux, s'il s'agit d'apprécier la saillie formée par un néoplasme, la dépression due à une ectopie du rein, dans la position génu-pectorale (le malade tournera le dos à la lumière et on regardera à jour frisant).

L'inspection des *membres* sera pratiquée autant que possible à nu. On examine chaque paire, d'ensemble, faisant mettre le malade à plat ventre pour voir la face postérieure des membres inférieurs. On notera ainsi exactement les *saillies* et les *plis*, articulaires ou non, les *déformations*, unilatérales ou bilatérales. On appréciera l'état de la *peau* (cyanose, état variqueux, cicatrices, fistules, gommès), du *tissu cellulaire sous-cutané* (embonpoint ou maigreur); les *saillies musculaires*, leurs proportions respectives, parfois détruites par des atrophies congénitales ou acquises. On constatera s'il y a lieu : les *hypertrophies totales*, soit réelles, soit apparentes (myopathies, obésité, œdème, éléphantiasis) : les *hypertrophies partielles* (mégalo-dactylie,

acromégalie); les *déformations osseuses*, suivant leurs causes (rachitisme, hérédosyphilis, ostéomalacie, ostéite déformante de Paget); les *déformations articulaires* provoquées par des arthrites aiguës ou chroniques, d'origine infectieuse ou trophique. On notera les *attitudes vicieuses*, en recherchant leur origine cutanée ou sous-cutanée (brides cicatricielles), musculaire (contracture ou atrophie), tendineuse (rétraction), osseuse ou articulaire.

L'inspection des *pièds* sert surtout à reconnaître et à préciser les diverses variétés du *pièd bot*, leur origine spasmodique ou paralytique, congénitale ou acquise; à constater l'existence du *pièd plat* ou du *pièd creux*. On notera également les déviations isolées ou simultanées des orteils (griffes), leurs hypertrophies, etc.

Les déformations des mains, les diverses variétés de main bote (d'origine spasmodique ou paralytique, congénitale ou acquise) ne passeront pas inaperçues, non plus que les déformations et déviations des doigts. On notera : les principales variétés de *griffe* (*médiane, cubitale, radiale*), la *main de singe*, réalisée par les atrophies musculaires; les divers types d'*ostéo-arthropathies* d'origine rhumatismale, goutteuse ou trophique; la *rétraction de l'aponévrose palmaire*; les *nodosités* d'Heberden, de Bouchard; les *doigts* dits *hippocratiques*; les dactylites syphilitique ou tuberculeuse (*spina ventosa*); les différentes sortes de *mutilations* créées par les panaris analgésiques, la sclérodermie, l'asphyxie locale des extrémités, la gangrène symétrique ou la lèpre. Ces constatations fournissent souvent pour le diagnostic des renseignements de premier ordre. On notera aussi l'état des *ongles* (onychophagie, troubles trophiques, sillons, etc.); les durillons et la coloration de l'*épiderme* qui éclairent souvent sur la profession du malade.

Palpation. — La *palpation*, pratiquée avec la pulpe des extrémités digitales et la surface palmaire de l'une ou des deux mains, recueille des impressions surtout tactiles; elle renseigne aussi sur la température des surfaces cutanées et muqueuses; elle apprécie la situation, le volume, la consistance, la mobilité des organes ou des néoplasmes. Procédant par pression, préhension ou tâtonnement, le palper se pratique différemment et exige des positions variables pour l'opérateur et pour le malade, suivant la région ou l'organe examinés.

La *palpation de la tête* renseigne, dans le premier âge, sur l'état des fontanelles et la consistance de la boîte crânienne (craniotabes); à l'âge adulte, sur la forme symétrique ou non du crâne. Le toucher pharyngien s'impose si l'on soupçonne un abcès rétro-pharyngien ou une lésion de la colonne cervicale.

La *palpation du cou* apprécie l'état des ganglions cervicaux (*adénopathies*), des muscles (*torticolis*), du corps thyroïde (*myxœdème, goitre*), des artères et des veines (frémissements, danse des carotides, pouls veineux).

La *palpation du thorax* permet de constater l'état des côtes, des espaces intercostaux, du rachis (déviations), la mobilité des côtes. Dans les affections pleuro-pulmonaires, le palper apprécie les vibrations vocales; dans les cardio-

pathies, il explore la situation, la force du choc de la pointe, il perçoit les frémissements vibratoires et les frottements péricardiques.

La *palpation abdominale* doit être particulièrement attentive si l'on soupçonne une affection de l'estomac (tumeur, ectasie), du péritoine (ascite) ou de l'intestin (gargouillement, point de Mac Burney), du foie, de la rate ou des reins. Le sujet sera couché à plat sur le dos, les épaules et la tête un peu relevées, les cuisses et les jambes allongées d'abord, puis légèrement fléchies, pour l'exploration profonde; en respirant lentement la bouche ouverte, il

favorisera le relâchement de la paroi abdominale.

La *palpation des membres* est plus usitée en chirurgie qu'en médecine, elle apprécie la consistance du tégument (sclérodémie) et, par préhension, l'épaisseur du pannicule adipeux, le volume et la contractilité des muscles; elle explore l'état des troncs artériels (athérome) ou nerveux (lèpre), des articulations (craquements, épanchements, mobilité) et des os (rachitisme, hérédo-syphilis, cals).

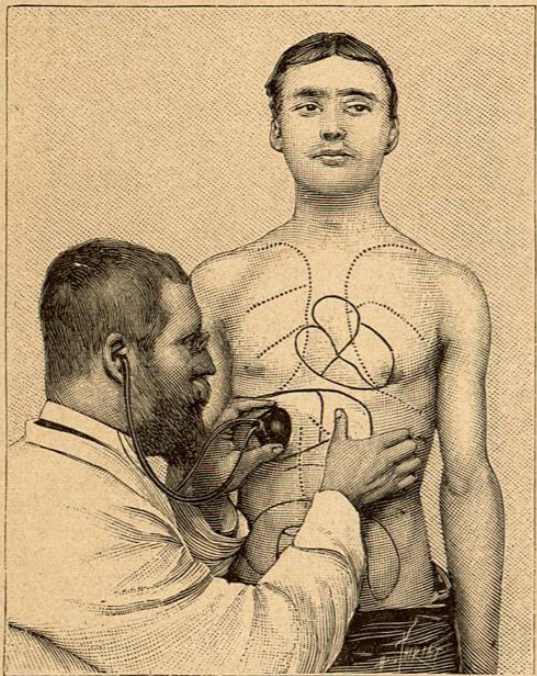


FIG. 1. — Usage du Phonendoscope.

les organes explorés; *médiate*, quand elle porte sur un doigt (index ou médius de l'autre main) ou sur un instrument spécial (*plessimètre*) appliqué sur la région explorée. La *plessimétrie* comporte parfois l'usage d'un marteau spécial. La main qui percute doit rester parfaitement souple, les doigts seuls rigides et accolés. L'oreille doit apprendre à connaître la sonorité normale des divers organes et savoir saisir les nuances de tonalité. La percussion alternative et comparée des régions symétriques facilite l'exploration.

La *percussion thoracique* fait partie intégrante de la sémiologie pleuro-pulmonaire et cardiaque. La *percussion abdominale*, qui n'est guère instructive qu'en avant, contrôle les données de la palpation sur l'état de l'estomac et de l'intestin, dont on s'exercera à distinguer les sonorités respectives; sur le volume du foie et de la rate; sa valeur est du reste, ici, bien inférieure à celle du palper.

La percussion sert encore à localiser certaines douleurs provoquées (sur les apophyses épineuses, le crâne) et à interroger les réflexes tendineux.

Auscultation. — L'auscultation est l'adaptation du sens de l'ouïe à l'étude des bruits normaux ou pathologiques résultant du jeu des organes. On la pratique soit en appliquant directement l'oreille sur la région à examiner (*auscultation immédiate*), soit à l'aide du *stéthoscope* (*auscultation médiate*). Celui-ci consiste essentiellement en une plaque lisse où s'applique l'oreille, reliée par un tube à un pavillon large de 2 à 3 centimètres que l'on appuie sur la région à ausculter. Il facilite l'auscultation de certaines zones peu accessibles à l'oreille et permet de préciser les foyers des bruits pathologiques. Suivant les cas, on auscultera le malade couché, assis ou debout; la région à examiner sera nue ou recouverte tout au plus d'un linge fin.

Quoique l'auscultation serve surtout à reconnaître les maladies de la plèvre, du poumon et du cœur, il est prudent de ne l'omettre en aucun cas.

Phonendoscopie. — Imaginée récemment par Bianchi (de Parme), la *phonendoscopie* est un procédé de recherche perfectionné basé sur l'association de l'auscultation et de la percussion. Elle utilise un instrument spécial, le *phonendoscope*, qui consiste essentiellement en une cupule métallique ou chambre de résonance, munie sur les côtés de deux tubes de caoutchouc s'adaptant aux oreilles et reliés par une tige cylindrique à un bouton aplati. On applique ce bouton, maintenu entre deux doigts, au milieu de l'organe à explorer, tandis qu'un doigt de l'autre main frotte légèrement la peau environnante. L'oreille perçoit de fortes vibrations qui cessent dès que le doigt franchit les limites de l'organe en question. La phonendoscopie sert surtout à préciser les contours des organes denses en rapport avec les parois des cavités splanchniques, tels que le foie, le cœur, les reins, la rate, l'estomac rempli de liquide; elle est beaucoup moins favorable à l'examen des poumons.

Radiographie. — Les rayons de Röntgen fournissent à la clinique médicale des renseignements chaque jour plus précieux. On utilise soit l'examen direct avec l'écran fluorescent qui permet de saisir sur le fait les mouvements respiratoires et les contractions du cœur; soit les clichés photographiques qui enregistrent des détails plus délicats. Ce genre d'exploration facilite beaucoup le diagnostic des altérations du squelette, de certaines lésions pleuro-pulmonaires (épanchements pleuraux, tuberculose, etc.) ou cardio-artérielles (anévrisme aortique), de la lithiase rénale ou hépatique.

Examen des orifices naturels. — *Bouche.* — Il importe de savoir si la bouche reste habituellement ouverte et pour quel motif (impermeabilité nasale, paralysie ou myopathie?); si au contraire les lèvres ne peuvent être écartées, grâce à une contraction ou au trismus. Ailleurs, les lèvres seront déviées (paralysie faciale) ou animées de mouvements involontaires (chorée, tremblement). On notera leurs malformations (bec-de-lièvre), leur couleur (roses, pâles ou cyanosées?), les fuliginosités, les gerçures, les vésicules

d'herpès et les autres lésions qui peuvent s'y rencontrer telles que : chancre, épithéliome, ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses.

Dents. — L'état des dents est important à vérifier. Dans le premier âge, on notera les anomalies d'éruption (précoce ou tardive), plus tard le siège, la direction des dents, leur mode d'articulation (prognathisme), leur couleur, les divers degrés de carie, leur chute. Les anomalies de forme (gigantisme ou microdontisme) et de structure des dents (érosions, dents d'Hutchinson) acquièrent aussi dans certains cas une haute valeur diagnostique.

Gencives. — L'examen portera sur la couleur des gencives (anémie, liséré saturnin, cuprique, etc.), sur les localisations que peuvent y présenter les stomatites diverses, sur les manifestations de la *périostite alvéolo-dentaire* (fistules).

Langue. — On appréciera son volume (accru ou réduit), la couleur de sa surface (rosée ou blanche, bords rouges ou non; colorée par des substances médicamenteuses ou toxiques), les taches, les sillons, les ulcérations qui peuvent s'y rencontrer; on vérifiera sa consistance, les noyaux d'induration qu'elle peut offrir.

Joues. — On se rappellera qu'elles peuvent être le siège de taches pigmentaires (maladie bronzée), cornées (leucoplasie), d'exanthèmes ou d'escarres (noma-stomatites).

Pharynx. — Son examen ne doit jamais être négligé, chez l'enfant surtout (voy. : *Maladies de la bouche et du pharynx*).

Zone génitale. — L'appareil génital sera interrogé dans les cas d'infection à porte d'entrée indéterminée, ou quand les troubles constatés semblent imputables à une affection génitale.

Examen des sécrétions normales et pathologiques. — URINE. — Quelle que soit la maladie observée, on évitera bien des erreurs en constatant toujours systématiquement : la quantité, la couleur et la densité des urines, en y recherchant constamment l'albumine et le sucre (voy. : *Examen des urines*).

Matières fécales. — Il est utile de toujours s'enquérir de la régularité des selles, de leurs principaux caractères. Leur examen direct s'impose souvent chez les nourrissons et dans les affections intestinales.

Expectoration, etc. — Il est bien souvent de première utilité d'apprécier les caractères physiques, histologiques, bactériologiques et quelquefois chimiques des crachats, des écoulements pathologiques des fosses nasales, de l'oreille et de l'appareil génital.

Examen du sang et des épanchements pathologiques. — L'examen du sang sur lamelle sera indiqué dans certains cas (voy. *Maladies du sang*). De même l'examen des épanchements péritonéaux, pleuraux, articulaires, des liquides intra-kystiques, dont une ponction aseptique permettra le prélèvement.

Thermométrie clinique. — L'appréciation de la température du corps par le thermomètre donne des renseignements si précis et si utiles au

diagnostic, qu'elle doit faire partie intégrante de tout examen clinique complet.

La température de l'homme sain est constante et peu influencée par la température ambiante. A l'état pathologique, la température peut être supérieure (*hyperthermie*) ou inférieure à la moyenne normale (*hypothermie*, *algidité*, *collapsus*). Avec un peu d'habitude on peut, en posant le dos des doigts sur la peau, apprécier la température cutanée et ses qualités (sèche ou humide), mais cette notion est très approximative; seul le thermomètre fournit des données précises et renseigne sur la température centrale, la plus importante à connaître. On emploie en France, le *thermomètre centigrade*, plus rarement le *thermomètre Réaumur* (ébullition à 80° C). L'Angleterre et l'Amérique ont conservé la *gradation Fahrenheit* (congélation = 32° C; ébullition = 212° C). Pour traduire en degrés centigrades les températures notées en degrés Réaumur ou Fahrenheit, on utilise les formules suivantes :

$$\text{Degré Réaumur} = D. \text{ centigrade} \times \frac{4}{5}$$

$$\text{Degré Fahrenheit} = D. \text{ centigrade} \times \frac{9}{5} + 32.$$

On pourra aussi se reporter à l'échelle suivante :

Degrés centigrades.	Degrés Fahrenheit.
56°	= 96°,8
57°	= 98°,6
58°	= 100°,4
59°	= 102°,2
40°	= 104°,0
41°	= 105°,8

Le thermomètre médical est gradué de 30° à 45° C; il doit être rapidement sensible aux variations de 1/10 de degré. Il est bon de le contrôler de temps en temps sur soi-même (il doit marquer 37° dans l'aisselle, une heure après le repas du matin). Le thermomètre à *maxima*, dont la colonne de mercure divisée par une bulle d'air reste en place après ascension, est le plus usité; on doit, après usage, en faire redescendre la colonne, par une secousse brusque.

Pour prendre la *température axillaire*, après avoir essuyé l'aisselle, on place le réservoir au sommet et contre la paroi postérieure de cette cavité, et on maintient le bras en adduction, l'avant-bras demi-fléchi sur la poitrine.

Les *températures rectale, vaginale, buccale* (sous la langue, la bouche fermée) sont dites *centrales*. La température axillaire se prend en 10 à 15 minutes, la température centrale en 5 à 6 minutes; on retire le thermomètre quand il est resté fixe 2 minutes. On doit avoir soin de l'aseptiser chaque fois.

Dans les maladies aiguës, la température sera prise le matin entre 8 et 9 heures, et le soir entre 5 et 6. Il peut être indiqué de la prendre soit toutes

les 2 ou 5 heures, soit à l'heure des malaises ou des paroxysmes. La température sera chaque fois notée sur une feuille graduée indiquant les degrés, les heures et les jours. La réunion de ces notations formera la *courbe thermique*. Les appréciations cliniques se baseront sur les *températures normales* suivantes :

Aisselle fermée	36°,5 à 37°,3 C.
Bouche	37°,1 à 37°,5 C.
Rectum ou vagin	37°,5 à 37°,8 C.

Chez l'enfant, l'écart entre les températures axillaire et centrale est de 0°,2 à 0°,4 dixièmes, il est bien plus grand chez le vieillard.

Il existe du matin au soir des *oscillations normales* dont le minimum tombe entre 5 et 7 heures du matin et le maximum de 5 à 7 heures du soir. Les chiffres suivants indiquent les moyennes suivant l'âge : avant 10 jours = 37°,75; jusqu'à la puberté = 37°,45; de 15 à 20 ans = 37°,19; de 21 à 70 ans = 36°,85; de 70 à 80 ans = 37°,26.

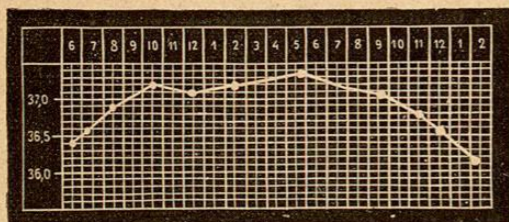


Fig. 2. — Courbe de température normale prise aux différentes heures du jour. (Liebermeister.)

La température du corps baisse aussitôt après la mort pour égaler la température ambiante en 15 ou 27 heures; quand elle est descendue à 22 degrés, la mort est certaine.

Thermométrie locale. — La température locale peut, en certains cas, être intéressante à vérifier. Elle a surtout été étudiée par Peter. On utilise, pour ces recherches, un thermomètre dont le réservoir formé d'un tube enroulé sur lui-même présente une large surface plane que l'on applique sur la peau, et dont la tige est perpendiculaire au plan du réservoir. On chauffe légèrement ce dernier avant de l'appliquer, on le recouvre d'une feuille de laine ou d'ouate et on le fixe avec des bandelettes de diachylon. On lit la température au bout de 10 à 15 minutes. Les températures locales varient sensiblement suivant les heures, les individus, les régions (même symétriques). Des *zones localisées d'hyperthermie* s'observent : au niveau des foyers inflammatoires (pneumonie, pleurésie, tuberculose) surtout superficiels (abcès), dans les affections méningo-encéphaliques, du côté d'une paralysie récente. L'*hypothermie locale* se constate : aux extrémités, dans le *collapsus*; sur des segments limités des doigts ou d'un membre (pied, jambe), dans la maladie de Reynaud (doigts), ou quand, par suite d'une thrombose ou d'une embolie artérielle, le sphacèle est imminent.

Examen du pouls. — L'exploration du pouls doit être confrontée avec celle de la température. Le pouls, indépendant de la vitesse circulatoire, retentit sur le système capillaire et accidentellement sur le système veineux.

Le pouls artériel peut être apprécié par l'*inspection*, par la *palpation* et par

l'emploi d'appareils enregistreurs (*sphygmographe*). L'*inspection* ne porte que sur certaines artères superficielles et à l'état pathologique. L'*hypertension artérielle* est constatable *de visu* chez les athéromateux maigres sur la temporale, la fémorale au triangle de Scarpa; parfois sur la radiale, la cubitale et l'humérale (face interne du bras et plis du coude). La *danse des artères* (maladie de Basedow) se recherche sur les carotides; la *surélévation de la sous-clavière* et de la *croisse aortique* (aortite chronique) peut se traduire par des battements visibles aux creux sus-claviculaire et sus-sternal; chez les névropathes, les *battements de l'aorte abdominale* se voient parfois à l'épigastre; chez les *aortiques*, les amygdales offrent quelquefois des oscillations synchrones au pouls carotidien.

La *palpation* est la méthode de choix, et est applicable partout où une artère superficielle est voisine d'un plan osseux (temporale, faciale en avant du masséter; carotide; sous-clavière, sur la première côte; humérale au bras ou au pli du coude; radiale ou cubitale au poignet; fémorale dans le triangle de Scarpa; poplitée, pédieuse). Quand il importe d'apprécier l'état de la circulation dans une artère ou dans un membre en particulier, le choix du point à explorer est circonscrit de ce fait. Veut-on au contraire interroger l'état de la circulation générale ou de la contraction cardiaque, on choisira la *radiale* (la gauche de préférence) dans la gouttière du grand palmaire. Cependant, dans l'anesthésie chloroformique, on préférera la carotide ou la temporale plus accessibles; chez les jeunes enfants, le pouls de la temporale est plus net.

Technique. — Pour tâter le pouls, on se place à la gauche du malade dont l'avant-bras est placé entre la pronation et la supination, les doigts et la main en légère flexion; on applique doucement sur la gouttière du pouls la pulpe soit de l'index et du médium, soit des trois doigts moyens, exerçant une pression croissante jusqu'à perception *optima* du pouls. Si le pouls est petit, dicrote ou bondissant, la position verticale du membre en amplifie les détails. Il est parfois utile (anévrisme aortique) de tâter comparativement et en même temps les pouls des deux radiales. On compte les pulsations, avec une montre marquant la seconde, en relevant une ou plusieurs fois le chiffre des pulsations perçues en 15 secondes et en multipliant ce chiffre par 4. Quand le pouls est irrégulier, il faut compter les pulsations pendant la minute entière. Il est bon de choisir une période calme, en se rappelant que le travail digestif accélère le pouls ainsi que la station debout (chez les débilités). Quand le pouls est très rapide, on le comptera plus facilement par l'auscultation du cœur.

On se basera, en clinique, sur les *moyennes normales* suivantes :

A la naissance	140 pulsations.
A 6 mois	150 —
A 1 an	120 —
A 2 ans	110 —
A 3 ans	100 —
A 5 ans	90 —
A 10 ans	80 —
A 15 ans et chez les adultes	70 —
Après 65 ans	80 —

et sur les *variations physiologiques* suivantes : le pouls atteint un chiffre minimum à 6 heures du matin, son maximum de 6 à 8 heures du soir, subissant une légère accélération vers 11 heures du matin. La chaleur, les basses pressions, l'altitude, l'exercice, la digestion, l'émotion, la dyspnée l'accélèrent; le froid, les hautes pressions le ralentissent.

Ponctions exploratrices. — Technique générale. — La ponction exploratrice est, en clinique journalière, un procédé précieux et inoffensif, permettant d'affirmer la présence et la nature d'épanchements pathologiques. On la pratique de la façon suivante : 1° l'instrument de choix est la seringue démontable et stérilisable de Debove (de 10 centimètres cubes environ) avec aiguille de platine iridiée; il est bon de l'essayer avant l'usage; on la fait bouillir ensuite dix minutes dans un récipient bien propre, après avoir aspiré l'eau à l'intérieur de la seringue; 2° la région à ponctionner est lavée à l'eau tiède savonneuse, puis avec une solution de bi-iodure ou de sublimé; finalement, à l'alcool ou à l'éther; 3° l'opérateur lui-même aseptise ses mains en les savonnant et les passant au sublimé et à l'alcool; 4° l'aiguille est rougie à la lampe, puis refroidie. On peut au besoin insensibiliser la région au chlorure d'éthyle, puis on enfonce l'aiguille à fond et on aspire; si le liquide ne vient pas, on ponctionne successivement à différentes profondeurs et au besoin en différents points. On retire l'aiguille d'un coup sec et on dépose une trace de collodion à l'endroit ponctionné. Le liquide aspiré peut être ensuite soumis à l'examen microscopique, chimique et histologique, ainsi qu'à l'enquête bactériologique. La ponction exploratrice trouvant son indication dans un grand nombre d'états pathologiques méritait de prendre place dans ce chapitre de sémiologie générale.

PREMIÈRE PARTIE

SÉMIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

SECTION I

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE

Quand une première enquête tend à faire admettre l'existence probable d'une affection du système nerveux, il est indiqué d'interroger méthodiquement et successivement : l'état mental, la sensibilité générale et spéciale, les divers réflexes, la motilité et les réactions électriques, en insistant plus ou moins, suivant les cas, sur tel ou tel de ces examens.

CHAPITRE I

ÉTAT MENTAL

Quand existent des troubles psychiques, il convient de les analyser, pour en préciser la nature et la signification.

Technique. — La meilleure conduite à adopter consiste à se poser dès l'abord en médecin, en commençant par examiner l'état physique. On interrogera les parents et l'entourage du malade sur son âge, son état social, sa personnalité; sur le début exact et l'évolution antérieure des accidents, en insistant particulièrement sur certains symptômes typiques et sur les dates.

Il importe de s'enquérir des *ascendants* directs et collatéraux et des *descendants* du malade, au point de vue des affections nerveuses ou diathésiques qu'ils ont pu présenter : *aliénation, épilepsie, hystérie, paralysie générale, tabes, alcoolisme, arthritisme, obésité, cancer, syphilis, criminalité, talent*. L'âge et la santé des parents au moment de la conception (ivresse?), les circonstances de la grossesse de la mère (misère, chagrin, traumatismes?), de la naissance du malade (asphyxie, hémorragie ombilicale, compression et déformation du crâne pendant le travail?), de sa première enfance (allaitement naturel ou artificiel? nourrice alcoolique? convulsions? évolution de la première dentition?) peuvent constituer des renseignements