

La réduction est souvent fort difficile, et nécessite l'anesthésie générale; elle sera faite comme pour les fractures sus-condyliennes, et, comme pour elles, on pourra être obligé de recourir à l'intervention sanglante. Dans de nombreux cas l'amputation a été nécessaire.

AMÉDÉE BAUMGARTNER.

**FÉTICHISME.** — V. PERVERSIONS SEXUELLES.

**FIBROMES.** — V. TUMEURS EN GÉNÉRAL et les différents organes.

**FIBROMYOMES.** — V. UTÉRUS.

**FIÈVRE BILIEUSE INTERMITTENTE.** — V. PALUDISME.

**FIÈVRE DE CROISSANCE.** — V. OSTÉITES.

**FIÈVRES ÉRUPTIVES.** — Les fièvres éruptives sont des maladies aiguës, infectieuses, caractérisées par leur marche cyclique, leur nature spécifique, leur grande contagiosité, leur épidémicité, la constance de l'éruption cutanée.

Parmi ces fièvres il est d'usage de ranger la scarlatine, la varicelle, la variole, la vaccine, la rougeole, la rubéole (v. c. m.); laissant de côté certaines maladies qui, comme le typhus exanthématique, se rapprochent des fièvres éruptives, nous compterons au nombre de celles-ci la dengue et la suette miliaire (v. c. m.). Ces dernières affections ont un caractère qui leur est commun à toutes deux, c'est la fréquence de leurs rechutes et de leurs récives; elles ne confèrent pas l'immunité comme le font au contraire les autres fièvres éruptives, du moins dans l'immense majorité des cas : mais ceci ne suffit pas pour qu'on les éloigne d'un cadre nosologique où tous leurs autres caractères tendent à les faire rentrer. [V. aussi ROSEOLE et RUBÉOLE (4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> MALADIE).]

**Caractères communs aux Fièvres Éruptives.** — Les fièvres éruptives présentent un certain nombre de caractères qui leur sont communs : leur spécificité, leur contagiosité, la propriété de conférer l'immunité (sauf pour la dengue et la suette), leurs conditions étiologiques, leur évolution cyclique. Mais elles sont bien distinctes les unes des autres, elles ne se transforment pas l'une dans l'autre, toute variole naît d'une variole, toute scarlatine a son origine dans une autre scarlatine, etc., et, dans l'association assez fréquente de deux de ces maladies, chacune d'elles évolue pour son propre compte. Dans chaque fièvre éruptive les diverses formes que peut revêtir l'affection sont parfois si différentes qu'elles semblent ne pas appartenir à la même maladie : par exemple une angine rouge, banale d'aspect et d'allures, peut n'être qu'une scarlatine larvée, produire toutes les complications des scarlatines, et, provenant parfois elle-même d'une scarlatine grave, donner naissance chez un autre individu à une maladie d'extrême gravité; une varioloïde des plus bénignes pourra engendrer une variole confluente grave, bien différente d'elle comme évolution.

La spécificité des fièvres éruptives n'est pas douteuse au point de vue clinique : mais elle est discutée au point de vue étiologique pour quelques-unes d'entre elles. La vaccine, la variole, la varicelle auraient à leur origine le même germe : la variole et la vaccine seraient la même maladie, la varicelle et la variole également (école de Vienne) : la varicelle et la vaccine seraient iden-

tiques, la première étant une vaccinoïde, c'est-à-dire une vaccine atténuée et devenue contagieuse. Il est en effet possible que la vaccine soit une variole atténuée par de nombreux passages chez l'animal, que varicelle, variole et vaccine aient une origine commune : mais ce qui est certain, c'est qu'au point de vue clinique ce sont à l'heure actuelle des maladies bien différentes les unes des autres, gardant leur évolution propre, et que chacune d'elles engendre toujours une maladie de même nature qu'elle-même. La scarlatine a été considérée (Bergé) comme une simple infection à streptocoque; il est certain que, dans la scarlatine, la gorge, les sécrétions, le pus des complications, le sang renferment un microbe en forme de streptocoque qui est sans doute l'agent contagieux de la maladie; mais ce qui est évident au point de vue clinique, c'est que la scarlatine existe en tant qu'entité morbide ayant des symptômes caractéristiques et que, si elle est une infection streptococcique, le streptocoque qui la provoque est un micro-organisme spécifique.

La contagiosité des fièvres éruptives est extrême : tout individu qui ne les a pas déjà contractées est exposé à en être atteint. Elles sont inoculables : la vaccine, la variole, la varicelle, la rougeole peuvent être contractées par inoculation cutanée. En clinique cette inoculation est extrêmement rare, sauf pour la vaccine (vaccination) et pour la variole (variolisation); en général la porte d'entrée du contagion se trouve dans l'arrière-nez, le pharynx, la partie supérieure des voies digestives ou respiratoires.

L'immunité de l'individu vis-à-vis d'une fièvre éruptive donnée, c'est-à-dire l'impossibilité de contracter cette affection, peut être naturelle ou acquise. L'immunité naturelle est exceptionnelle, et nous ignorons en général à quoi elle est due : dans certains cas elle pourrait provenir de l'allaitement par la mère alors que celle-ci, ayant eu la maladie assez récemment, est elle-même encore immunisée. Cette immunité naturelle est caduque et peut cesser sans raison apparente. L'immunité acquise est due à une atteinte antérieure. Celle-ci peut avoir été très légère et être restée ignorée, ce qui explique que l'on ait admis l'immunisation d'un individu par un séjour prolongé dans un milieu infectieux; elle peut aussi avoir été intra-utérine. La durée de l'immunité acquise peut être fort longue, indéfinie dans bien des cas : mais elle peut cesser et la récive peut avoir lieu. Les récives sont certaines pour la rougeole, la scarlatine, la variole; mais elles sont rares et, dans bien des cas, une des deux atteintes reste d'un diagnostic douteux. La suette et la dengue récidivent fréquemment, car elles ne confèrent pas l'immunité. L'immunisation par la vaccine est souvent temporaire, d'où la nécessité des revaccinations. L'immunité n'existe que lorsque la maladie est tout à fait terminée, d'où la possibilité de rechutes au cours de l'affection.

**Étiologie.** — Nous ne connaissons rien de certain sur la microbiologie des fièvres éruptives.

Il existe des causes prédisposantes à leur contagion, l'âge surtout : ce sont principalement des maladies de l'enfance, parce que, comme elles immunisent pour la plupart l'individu qu'elles atteignent, et que peu d'individus leur échappent dans l'enfance, on ne peut que difficilement les avoir plus tard. Mais elles peuvent atteindre tous les âges. Toutefois les fièvres éruptives sont exceptionnelles chez les nourrissons, qui sont peu soumis aux causes de con-

tagion, et peut-être aussi à cause de l'intégrité des muqueuses des voies respiratoires et digestives supérieures dans la première année de la vie.

L'hérédité est rare; on a observé la scarlatine, la variole et la rougeole congénitales.

La *contagion* est directe ou indirecte : directe lorsqu'elle a lieu par contact d'individu à individu, indirecte quand elle a lieu par l'entremise d'un intermédiaire, objets, livres, lettres, vêtements, linges, jouets, squames, crachats ou mucus desséchés. Le lait, contaminé par des individus atteints de rougeole et de scarlatine, a pu servir dans divers cas d'agent propagateur de ces maladies.

**Évolution.** — L'évolution des fièvres éruptives est cyclique; elles présentent d'une façon générale quatre périodes : d'incubation, d'invasion ou prodromique, d'éruption ou d'état, de desquamation ou de convalescence; la durée de ces périodes varie pour chacune d'elles.

L'*incubation* comprend le laps de temps qui s'écoule entre le moment où le germe a pénétré dans l'organisme et celui où, par sa pullulation, il provoque une réaction générale de l'organisme qui marque le début de la maladie. Cette période d'évolution latente peut être *variable* : par exemple, dans la scarlatine où elle oscille entre 1 et 11 jours, dans la rubéole, où elle est de 15 à 21 jours, ou être *fixe*, variole 9 à 10 jours, rougeole 15 à 14 jours. Cette durée d'incubation est souvent difficile à apprécier, car un contact unique et court entre le malade et l'individu sain est rare; généralement les contacts sont multiples et il est impossible de savoir à quel moment le sujet sain a été contaminé; de plus, certaines conditions d'âge, de sexe, de virulence, de réceptivité momentanée peuvent intervenir pour raccourcir ou allonger la durée de l'incubation.

Les autres périodes présentent des caractères spéciaux à chaque fièvre éruptive. En général l'éruption et la fièvre seront d'autant plus fortes que la maladie sera plus grave; mais il y a d'assez nombreuses exceptions. L'éruption externe ou cutanée, l'*exanthème*, est accompagnée et même précédée d'une éruption interne, l'*enanthème*, qui se produit sur les muqueuses du rhinopharynx et de la bouche et des paupières. Dans la variole et dans la dengue l'éruption se fait assez fréquemment en deux fois : l'éruption prémonitoire, ou *rash*, qui se produit pendant la période d'invasion, et l'éruption caractéristique, qui paraît pendant la période d'éruption.

**Formes.** — Dans chaque fièvre éruptive, à côté de la forme régulière ou classique, il existe des formes anormales, qui sont abortives, bénignes, graves ou malignes.

La *malignité* peut se rencontrer sous deux formes principales : la forme ataxique, adynamique, nerveuse ou foudroyante, et la forme hémorragique. La *forme hémorragique* peut être primitivement ou secondairement hémorragique; la forme primitive est toujours d'une extrême gravité. Les causes de l'évolution maligne d'une fièvre éruptive ne sont pas connues d'une façon certaine. Il faut considérer deux facteurs de cette malignité : la graine, c'est-à-dire l'agent contagieux, et le terrain, c'est-à-dire l'organisme du sujet. La malignité peut s'expliquer soit par l'exaltation de la virulence du germe, soit par la diminution de résistance de l'organisme : cette moindre résistance peut être due à la race (prédisposition des Anglo-Saxons à la scarlatine) ou être individuelle et momentanée, par suite de l'âge, de l'alcoolisme, de l'état de grossesse, de maladies

antérieures. Ces deux facteurs étiologiques de la malignité doivent intervenir ensemble dans la plupart des cas; toutefois le terrain paraît jouer un rôle prépondérant, car un germe issu d'un sujet atteint d'une forme maligne peut donner à un autre une maladie atténuée. Dans certains cas la malignité est due à une infection surajoutée à la première et le streptocoque paraît pouvoir en être l'agent.

**Complications.** — Elles sont fréquentes et beaucoup sont communes à toutes les fièvres éruptives; elles peuvent être dues : 1° à l'exagération d'un symptôme, hyperthermie, éruption intense; 2° à un trouble provoqué par la maladie, convulsions dues à la fièvre, accidents nerveux, délire, coma, vomissements, hémorragies; 3° à une infection secondaire, suppurations diverses, septicémie, bronchopneumonie; 4° à une association morbide, coexistence d'une autre maladie, qui peut être une deuxième fièvre éruptive, la diphtérie, etc.

Les complications communes aux fièvres éruptives se rencontrent surtout du côté des muqueuses, ou des séreuses. Telles sont : l'otite moyenne, la rhinopharyngite, l'angine, la laryngite, la bronchopneumonie, l'endocardite, la péricardite, les pleurésies, les néphrites, l'albuminurie. Mais ces complications ont une prédilection marquée pour telle ou telle fièvre éruptive : la bronchopneumonie se rencontre surtout dans la rougeole; les angines, les néphrites, les adénophlegmons, les suppurations séreuses s'observent plutôt dans la scarlatine. Les *suites* rentrent dans les complications des fièvres éruptives : ce sont les néphrites, les lésions endocardiques et artérielles à évolution lente, les troubles psychiques tardifs dus au réveil, par la maladie, d'une tare nerveuse héréditaire.

On peut observer des *rechutes* et des *récidives*, peu fréquentes d'ailleurs. La rechute se produit soit vers la fin de la maladie, soit pendant la convalescence : c'est une nouvelle maladie avec fièvre, exanthème, symptômes généraux. La récidive est une deuxième maladie due à une nouvelle infection se produisant plus ou moins longtemps après la première.

On rencontre assez fréquemment, surtout dans les services hospitaliers, la coexistence de deux fièvres éruptives, qui évoluent en même temps ou se suivent de très près : les coïncidences les plus fréquentes sont rougeole et scarlatine, variole et rougeole, vaccine et rougeole ou scarlatine, vaccine et variole.

**Pronostic.** — Il varie avec les épidémies, l'âge, les sujets atteints, l'état antérieur de santé, la race (gravité de la scarlatine chez les Anglo-Saxons), avec la fièvre considérée, avec le milieu; la rougeole, si grave à l'hôpital, l'est peu en ville. Les complications sont souvent contagieuses et assombrissent le pronostic (bronchopneumonie). Les fièvres éruptives sont plus graves dans les deux premières années de l'existence.

**Traitement.** — Il doit comprendre la prophylaxie des fièvres éruptives, le traitement proprement dit et celui des complications.

**Prophylaxie.** — La *prophylaxie* est basée sur l'isolement de tout individu atteint, ou même simplement suspect d'être atteint, d'une fièvre éruptive, et sur l'antisepsie : il est nécessaire d'isoler les suspects, car il ne faut pas oublier que les fièvres éruptives sont très contagieuses dès la période d'invasion. Les cas compliqués seront également isolés des cas simples, car certaines des complications, la bronchopneumonie par exemple, sont très contagieuses.

On prendra, pendant la maladie, des précautions générales que l'on doit observer pour toute infection contagieuse. Le linge sera désinfecté, soit au fur et à mesure de son emploi par l'ébullition ou l'immersion dans des solutions antiseptiques, soit par le passage à l'étuve après accumulation dans des sacs spéciaux. Les personnes soignant un individu atteint de fièvre éruptive porteront des blouses désinfectées, avec lesquelles il leur sera défendu de quitter la chambre du malade, et qu'elles mettront en y rentrant. Elles devront se laver les mains, la figure avec une solution antiseptique avant les repas.

La désinfection du malade, après la période éruptive, sera assurée dans la mesure du possible par des bains savonneux, des bains de sublimé, des onctions de pommades antiseptiques, qui auront en plus l'avantage de s'opposer à la dissémination des squames épidermiques. Il faudra aussi assurer la désinfection des déjections (solutions de sulfate de cuivre ou de sulfate de fer).

Après la maladie, la literie, les vêtements, les objets divers qui ont séjourné dans la chambre seront passés à l'étuve à vapeur sous pression : la chambre sera désinfectée par les vapeurs de soufre ou de formol ou par les pulvérisations de sublimé. Les livres seront désinfectés, ou même brûlés : il en sera de même des *jouets*, qui trop souvent ont été un agent de transmission des affections contagieuses.

Le malade sera isolé un temps variable suivant la fièvre dont il aura été atteint : pour les écoles, ce temps d'isolement est de 40 jours pour la variole et la scarlatine et de 16 jours pour la varicelle et la rougeole.

La *prophylaxie des complications* sera obtenue par l'hygiène et les nettoyages fréquents des muqueuses qui en sont souvent le point de départ : on fera plusieurs fois par jour des nettoyages des yeux, de la gorge, du nez, de la bouche, des muqueuses génitales, de la peau. L'alimentation lactée permettra de prévenir certaines complications, comme la néphrite; cependant cette alimentation paraît avoir moins d'importance qu'on ne lui en a accordé jusqu'à présent.

**Traitement proprement dit.** — Il doit agir contre la fièvre, et contre les troubles nerveux, prévenir et combattre les infections secondaires.

On donnera le moins de médicaments possible : la grande majorité des cas guérira sans autres soins que des soins hygiéniques, chambre grande, bien aérée, nettoyages des muqueuses, hygiène alimentaire. Rien ne peut empêcher une fièvre éruptive d'évoluer, on se bornera donc à une médication symptomatique. La fièvre sera exceptionnellement combattue par la quinine, l'antipyrine, le pyramidon; ces deux derniers médicaments seront donnés avec prudence, car ils peuvent déprimer le cœur et gêner la sécrétion urinaire.

L'emploi des moyens physiques est préférable : contre l'hyperthermie, l'adynamie, les troubles nerveux, on emploiera l'hydrothérapie froide, tiède ou chaude. L'hydrothérapie froide comprendra le bain froid, les affusions, le drap mouillé. Le bain sera d'autant plus court que l'individu est plus jeune : sa durée sera de 15 minutes pour une grande personne : sa température variera de 20 à 25° chez les enfants, de 18 à 20° chez l'adulte; il sera renouvelé toutes les 3 heures. Le bain tiède sera à la température de 30 à 32°. Le bain chaud, à 38°, sera employé dans le cas de bronchopneumonie.

LOUIS TOLLEMER.

**FIÈVRE JAUNE.** — Infection spécifique, contagieuse, sévissant surtout à l'état épidémique, mais aussi endémique, la fièvre jaune élit domicile dans certaines régions du globe assez restreintes.

Les foyers endémiques occupent les zones tropicales; ce sont : le *foyer mexicain*, c'est-à-dire tout le littoral du golfe du Mexique, depuis la Floride jusqu'à l'extrême pointe du Yucatan, y compris le littoral des Antilles; le *foyer brésilien*, comprenant aussi les Guyanes; le *foyer africain* dont Sierra-Leone est le centre le plus important, et d'où partent des irradiations vers la Gambie, la Guinée, le Congo, le Gabon, le Sénégal. Elle fait parfois, mais rarement, des incursions en Europe; cependant les épidémies qui ont sévi en Espagne, à Cadix et Gibraltar notamment, se sont fait remarquer par une importante mortalité. Elle s'est transportée plusieurs fois en France (Brest, St-Nazaire), mais sans développement très extensif. En Angleterre et en Italie, elle a à peine touché bord. La possibilité de l'apparition de ce fléau sur nos côtes coloniales doit attirer particulièrement l'attention pour la faire dépister le plus rapidement possible et en arrêter l'éclosion.

**Tableau clinique.** — Un sujet est en pleine santé; brusquement, et le plus souvent pendant son sommeil, éclate un frisson violent, suivi rapidement d'une forte élévation de température (40°, 41°). Ce frisson brusque peut, il est vrai, être remplacé par des frissons erratiques, ou bien encore il peut ne pas exister, et le malade ne ressent qu'un vague malaise général. Quoi qu'il en soit, la fièvre s'allume, le sujet éprouve une céphalalgie violente avec douleurs dans les globes oculaires, de la photophobie, puis une rachialgie intense (coup de barre) avec douleurs irradiées dans les membres inférieurs; le pouls est plein et vigoureux (100 à 120 pulsations à la minute); la face est congestionnée, vultueuse, tuméfiée, les pommettes sont rouges, l'œil est brillant et humide, les pupilles dilatées, tout cet ensemble constituant le *masque amaril* (Le Dantec).

Le malade présente des nausées et des vomissements, alimentaires ou bilieux, accompagnés d'une douleur épigastrique, vive et persistante. En même temps, il éprouve une lassitude extrême, et cependant il est en proie à une agitation continue, ne pouvant rester immobile dans son lit; l'insomnie est absolue. La langue est sale, saburrale en son milieu, rouge sur les bords : la soif est ardente; la peau est sèche et devient parfois le siège d'un rash formé de plaques érythémateuses, occupant plus spécialement la région scrotale. L'urine est rare et le plus souvent albumineuse; la constipation est la règle. Les malades exhalent une odeur particulière, spéciale à la fièvre jaune (paille pourrie, odeur de marée).

Ces symptômes persistent et s'aggravent même pendant les 3 ou 4 premiers jours; la fièvre présente habituellement son maximum le 2<sup>e</sup> jour. Vers le 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> jour un phénomène nouveau s'installe : l'*ictère*; il peut ne se montrer qu'au niveau des sclérotiques, mais habituellement il se généralise à toute l'étendue des téguments et des muqueuses; il prend une teinte safran pâle, qui fonce au fur et à mesure que la maladie progresse; il peut même prendre une teinte brun acajou, et persiste longtemps, même pendant la convalescence. Dans les cas très graves cependant, il est à peine perceptible pendant la vie, et peut n'apparaître qu'après la mort.

En même temps que cet ictère apparaît, le *vomito negro*, ou vomissement noir, peut déjà survenir, succédant habituellement aux vomissements bilieux.

Vers le 4<sup>e</sup> jour, cette période initiale prend fin, et une *période de rémission* lui fait place; la plupart des symptômes s'atténuent progressivement; la fièvre tombe, la céphalée, la rachialgie diminuent d'intensité, la soif s'apaise; le pouls, de rapide qu'il était, devient remarquablement lent (30 à 40 pulsations à la minute) et le malade semble déjà s'acheminer vers la guérison. Toutefois la douleur épigastrique se fait toujours sentir, et les vomissements, quoique diminuant de nombre et d'intensité, n'en persistent pas moins. Ces divers symptômes finissent par s'effacer de plus en plus pour disparaître complètement plusieurs jours après, si le sujet doit guérir; après quoi, il entre en pleine période de convalescence. Mais cette dernière est longue, pénible, accompagnée d'un affaiblissement prononcé qui dure longtemps encore, quoique la maladie ait été de très courte durée.

Mais souvent cette période de rémission ne donne qu'un calme trompeur; à peine s'est-elle produite, que la température s'élève de nouveau brusquement pour persister dans les jours qui suivent, avec de légères rémissions le matin; le pouls est ralenti (60 à 70 pulsations à la minute); rapidement le malade présente un état d'adynamie dont l'intensité est variable, mais il peut être assez marqué pour rappeler l'état typhoïde. Le délire se montre sous des formes variables: le malade est entré dans la *période ictéro-hémorragique*.

L'ictère augmente progressivement d'intensité: il s'agit le plus souvent d'ictère dit « hémaphéique », comme le révèle l'examen de l'urine (teinte brun acajou par l'acide azotique). Parfois cet ictère est biliphéique; mais par polycholie, puisque les matières restent colorées; dans ce cas, la réaction de Gmelin est positive, et les sels et pigments biliaires sont perceptibles dans l'urine.

Peu après, les hémorragies entrent en scène, s'effectuant au niveau des muqueuses intestinale (melæna), conjonctivale, gingivale, pituitaire, utérine, etc., mais la plus constante est l'hématémèse, constituée par des vomissements couleur *noir de suie*: c'est le *vomito negro*. Il ne s'établit d'ailleurs pas d'emblée, il complique les vomissements bilieux de la première période: qu'on les recueille dans un verre, le liquide vomi se sépare en deux couches; la plus superficielle restera claire et visqueuse; la couche inférieure sera constituée par un sédiment composé de flocons brun noirâtre; ce n'est que plus tard que toute l'épaisseur du liquide sera complètement noire, avec un sédiment de même teinte, ressemblant à du marc de café. Cette coloration est due à l'action du suc gastrique sur le sang épanché dans l'estomac.

En même temps, l'anurie devient complète, l'albumine se prend en masse dans les quelques centimètres cubes d'urine que le malade émet. Le complexe symptomatique de l'urémie se montre au grand complet et le malade succombe dans le collapsus, parfois aussi à la suite d'une hémorragie foudroyante ou bien dans le coma et l'hypothermie, 36 heures après le début de l'anurie.

**Formes diverses.** — Le type de fièvre jaune qui vient d'être décrit est le type habituel; mais elle ne se présente pas toujours sous le même aspect.

Certains cas graves peuvent être foudroyants, l'ictère et le vomito negro apparaissant rapidement vers le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour, date à laquelle la mort arrive sans que le malade ait présenté de rémission.

Parfois, aussi, il s'agit d'une forme tout à fait anormale, notamment la *forme ambulatoire* comme il en existe pour la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale, etc. Les malades n'éprouvent qu'un malaise général qui ne les empêche pas de vivre de la vie ordinaire, ni de vaquer à leurs occupations. Cependant, ils sont pris brusquement de vomissements noirs, et succombent dans le collapsus.

Enfin une mention spéciale doit être faite des cas de *fièvre jaune abortive*, ne se manifestant que par quelques symptômes anodins d'embarras gastrique, avec rachialgie et douleurs épigastriques peu marquées. Au bout de trois à quatre jours, ces phénomènes rentrent dans l'ordre; la rémission puis bientôt la convalescence s'établissent. De telles formes s'observent sur des individus dont la réceptivité est atténuée (créoles, ou bien Européens déjà acclimatés et vivant depuis longtemps dans une zone amarille). On leur a donné la dénomination de *fièvre inflammatoire*.

Ces formes anormales et atténuées sont importantes à connaître au point de vue de la transmissibilité: une fièvre jaune fruste est capable de donner lieu, chez un sujet contaminé par elle, à une forme commune ou une forme foudroyante.

**Pronostic.** — Le pronostic varie avec l'intensité du cas observé, mais dès que le vomito negro apparaît, on peut considérer l'atteinte comme presque fatalement mortelle. Que le praticien se méfie de la période de rémission! Tout paraît rentrer dans l'ordre, les phénomènes d'apparence les plus graves diminuent d'intensité, à tel point que le malade veut se lever, reprendre sa vie journalière, et la convalescence semble commencer; la description qui précède montre que ce calme est souvent trompeur: « Qui se croit près de la guérison est souvent, en matière de fièvre jaune, bien près de la tombe. »

**Diagnostic.** — Le diagnostic, habituellement facile surtout en foyer d'endémie, est parfois épineux, d'autant que la fièvre jaune règne dans les régions tropicales où le paludisme abonde avec ses formes les plus variées; c'est avec les formes bilieuses de la malaria que la confusion demande à être évitée.

La *fièvre rémittente bilieuse* peut, au début, en imposer pour une atteinte de fièvre jaune, et inversement: les symptômes de la période initiale sont à peu près analogues, à part la rachialgie qui reste spéciale au typhus amaril, et la tuméfaction de la rate qui ne s'y constate jamais.

En cas de doute, la recherche de l'hématozoaire de Laveran s'impose; sa présence, à elle seule, assure le diagnostic.

On peut en dire autant de la typho-malarienne.

La *fièvre bilieuse hémoglobinurique* se distingue de la fièvre jaune en ce que les symptômes habituels, fièvre, ictère, vomissements bilieux, urines rouge cerise, surviennent tout au début de l'atteinte, et simultanément. D'ailleurs, elle ne se montre que chez les vieux paludéens, et, contrairement à la fièvre jaune, elle ne frappe ses coups que durant la saison fraîche.

La forme bilieuse du *typhus récurrent* peut, mais au début seulement, en imposer pour la fièvre jaune; mais l'hypertrophie de la rate, les paroxysmes fébriles survenant par intervalles, enfin, la présence du spirille dans le sang renseignent suffisamment le praticien sur la nature de l'affection.

Enfin, l'*ictère grave* se différencie de la fièvre jaune avec laquelle l'analogie