

La **respiration** est régulière, et l'augmentation de fréquence est proportionnelle au degré de la fièvre dans les cas légers et de moyenne intensité; mais dans les cas graves elle est profondément troublée; tantôt elle acquiert une fréquence aussi grande que dans la bronchite capillaire la plus violente, quoique l'examen de la poitrine n'y révèle aucune altération; en raison même de cette fréquence, elle est brève, précipitée, incomplète, et presque stérile pour l'hématose; tantôt, au contraire, elle est pénible, suspicieuse; ailleurs elle présente les arrêts prolongés, et les reprises subites qui caractérisent la respiration dite cérébrale (phénomène de Cheyne-Stokes). Ces diverses anomalies peuvent se combiner ou alterner de diverses manières; elles sont imputables à l'action du sang altéré sur le mésocéphale, elles sont bien certainement d'origine nerveuse, car s'il est un fait avéré et constant, c'est l'absence de localisation broncho-pulmonaire dans la fièvre jaune.

Les **symptômes cérébro-spinaux** sont inconstants et divers; le **DÉLIRE** peut manquer durant tout le cours de la maladie, et cela même dans des cas graves; souvent il n'est exprimé que par des divagations légères, ou quelques idées fixes en dehors desquelles l'intelligence est intacte; dans bon nombre de cas il n'y a que de la stupeur, et une indifférence complète; les malades ont une conception erronée de leur situation, ils sont fébricitants, ils sont jaunes, ils vomissent du sang, ils inspirent en un mot les plus légitimes inquiétudes, et pourtant ils ne montrent aucune préoccupation de leur état, qu'ils affirment être satisfaisant; plus rarement cette erreur, qui est une véritable aberration délirante, se traduit en acte, et le malade, au milieu de ces symptômes graves, quitte son lit, s'habille, et prétend vaquer à ses affaires. Cet étrange contraste entre l'appréciation du patient sur lui-même et la réalité, est rendu plus pénible encore par l'expression du visage qui reflète fidèlement la gravité de la maladie, et porte l'empreinte du découragement le plus profond; qu'on ajoute la teinte jaune de la face, les plaques violacées qui la recouvrent et l'on aura une idée de ce tableau, dont l'impression est parfois accrue par un sourire particulier qu'a signalé Wilson. Cette forme de délire, cet ensemble est vraiment caractéristique, je ne sache pas qu'on le retrouve dans aucune autre maladie. Dans d'autres circonstances le délire est violent, et accompagné de tous les phénomènes qui caractérisent l'**ÉTAT ATAXIQUE**; ce délire ne peut pas toujours être imputé à l'hyperthermie, car on le voit se développer avec des températures de 38°, 5, 38° et même avec une température normale (Nægeli); les localisations et les prédominances morbides ont certainement ici une influence prépondérante. — Pour les mêmes raisons, on observe de très-grandes variétés au sujet des **SYMPTÔMES CONVULSIFS**; ils peuvent faire totalement défaut, ils peuvent être bornés à des *soubresauts de tendons*; ailleurs il y a des *convulsions partielles* de forme tonique, dans d'autres cas enfin on voit éclater

de véritables *accès éclamptiques*. L'analyse pathogénique des symptômes fondamentaux, telle que je l'ai présentée, pouvait faire prévoir ces différences qui sont directement en rapport, elles aussi, avec les modalités organiques de la maladie. Les accès éclamptiques de la seconde et de la troisième période doivent être soigneusement distingués de ceux qu'on observe assez souvent chez les enfants (Nægeli) dès l'invasion de la fièvre, et qui n'ont aucune signification pronostique fâcheuse. — Dans quelques cas signalés par Nægeli, les convulsions présentent la forme clonique, elles sont alors partielles, parfois même bornées à un seul muscle, ou bien elles passent instantanément d'un point à un autre, exactement comme si l'on soumettait ces divers muscles à une excitation électrique rapidement déplacée. Plus rarement on observe la rigidité tétanique des muscles de la nuque avec spasme du pharynx; cette convulsion peut persister durant plusieurs heures. La crampe du diaphragme est plus exceptionnelle encore, elle est presque invariablement le signe d'une mort prochaine.

L'**état des forces** est très-variable; une fièvre jaune à symptômes complets peut parcourir toutes ses périodes sans donner lieu un seul instant à une adynamie notable; la légèreté de l'attaque peut alors être invoquée pour rendre compte de ce fait. Mais l'adynamie manque également dans les cas graves à conception délirante dont j'ai parlé il y a un instant, et en fait c'est principalement chez les malades qui présentent la diathèse hémorragique aiguë comme phénomène dominant, qu'on observe le **COLLAPUS** vrai. Cet état revêt parfois une forme toute spéciale qui a été signalée par un grand nombre d'observateurs (1). Le patient est affaissé sur lui-même (du moins en apparence); les mouvements respiratoires ne sont pas appréciables; le pouls n'est pas perceptible, non plus que les battements du cœur même à l'auscultation, la peau, froide comme du marbre, est couverte d'une sueur visqueuse, mais la connaissance est parfaite, le malade d'une voix éteinte et entrecoupée peut répondre aux questions qu'on lui adresse, il se plaint d'une chaleur interne qui le brûle, il rejette ses couvertures, et la force musculaire est assez conservée pour qu'il puisse se lever et faire quelques pas; en cette situation la vie peut se prolonger de 24 heures jusqu'à trois jours; Jamieson dit même avoir guéri un malade au moyen de fortes doses de quinine. Dans le cas que Guyon a observé à Lisbonne en 1857, il a constaté avec les phénomènes précédents des battements tumultueux de l'artère coeliaque, semblables à ceux sur lesquels Bertulus a appelé l'attention.

Le **GONFLEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES** est un phénomène inconstant; il manque dans certaines épidémies, il est très-rare dans d'autres, il

(1) AREGULA, — BOBADILLA, — LAFUENTE, — BALLY, — FRANÇOIS, — AUDOUARD, — PARISSET, — GILLKREST, — BROWNE, — JAMIESON, — LEWIS, — BASTOS, — GUYON, — MAPPA.



est ailleurs un peu moins exceptionnel ; dans l'épidémie de 1871 à Buenos-Ayres ces adénites (*bubons*) ont été fréquentes, tandis qu'elles n'ont pas été observées jusqu'ici à Rio de Janeiro ; elles occupent principalement les glandes du cou et de l'aisselle, quelquefois celles du coude, très-rarement celles de l'aîne ; elles aboutissent à la suppuration, ou bien finissent par disparaître après avoir été longtemps stationnaires. — Ces observations sont de tous points applicables aux PAROTIDITES ; depuis 1849, époque de la réapparition de la fièvre jaune à Rio de Janeiro, le docteur Bonjean, l'un des praticiens les plus occupés de la ville, n'en a vu que quatre exemples, et Nægeli ne les a observées qu'une seule fois ; l'inflammation parotidienne était double comme à l'ordinaire, elle ne se montra qu'après la chute définitive de la fièvre, et elle aboutit en quelques jours à une résolution parfaite. Dans d'autres contrées, dans d'autres épidémies ces manifestations sont plus fréquentes au contraire que les adénites, et elles paraissent avoir pour le pronostic une signification plus favorable que les parotides des autres fièvres infectieuses.

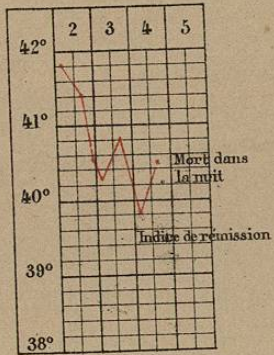
Comme phénomènes plus exceptionnels encore, il convient de signaler le CATARRHE DYSENTÉRIFORME, qui n'a été vu jusqu'ici que dans les cas graves, — la DIPHTHÉRIE PHARYNGÉE, observée par Nægeli dans trois cas mortels dès le troisième jour de la maladie, — les CHARBONS (inflammations gangréneuses de la peau), — la GANGRÈNE des parties génitales et des orteils, — les ULCÉRATIONS du scrotum (Blaer, Cornillac, Corre), — enfin des MYOSITES étendues (Jörg). La rareté de ces accidents permet d'y voir des complications et non pas des symptômes de la maladie ; ils ne sont observés que dans des cas très-graves, pour ne pas dire constamment mortels. Toutefois les lésions du scrotum sont beaucoup plus fréquentes, et n'ont point une signification pronostique aussi funeste.

La *fièvre*, je l'ai dit déjà, avec l'insistance que mérite un fait méconnu, *persiste durant toute cette phase* : elle reprend dès le jour de la rémission qui met fin à la première période, le lendemain au plus tard, et si elle ne reproduit pas à nouveau des chiffres thermiques très-élevés, elle se maintient assez loin du maximum physiologique pour qu'on ne puisse un instant douter de sa présence. Les degrés thermiques de cette fièvre sont fort variables, tous les intermédiaires entre 38°,5 et 41°,5 peuvent être observés, et il n'y a pas de rapport constant entre le maximum de cette période et celui de la période initiale ; dans une des courbes de Berquin l'acmé du second jour est de 41°, le maximum de la seconde période ramène 40°,9 ; dans un autre tracé l'acmé initial est de 41° et la reprise ramène au cinquième jour 40°7 ; de même, dans une courbe de Nægeli le summum de l'invasion est de 40°5, et le maximum de la seconde période est de 40°2 ; ici donc il y a une certaine harmonie, un certain rapprochement entre les deux maxima. Mais d'autres tracés démontrent l'absence de ce rapport et justifient ainsi ma proposition : dans un des cas de

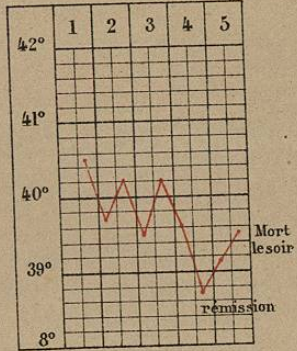


Naegeli. (Rio de Janeiro.)

Cas mortel à marche très rapide.



Cas mortel à marche rapide.



Naegeli. (Rio de Janeiro.)

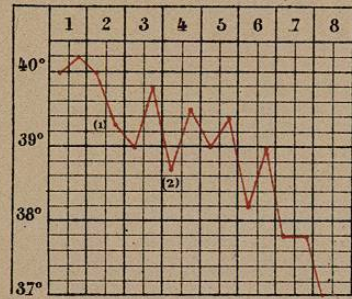
Cas mortel à marche très lente. — Hémorragies. Convulsions.



(1) Rémission commencée le soir du 3<sup>e</sup> jour. letère. (2) Collapsus hémorragique.



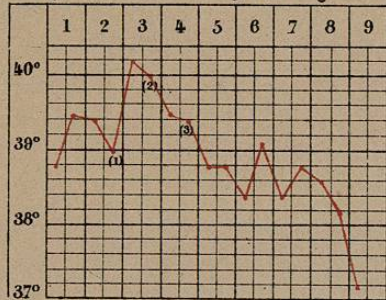
Nægeli. (Rio de Janeiro.) Cas grave à ictere. Guérison.



(1). Type inverse. (2). Rémission à peine accusée.

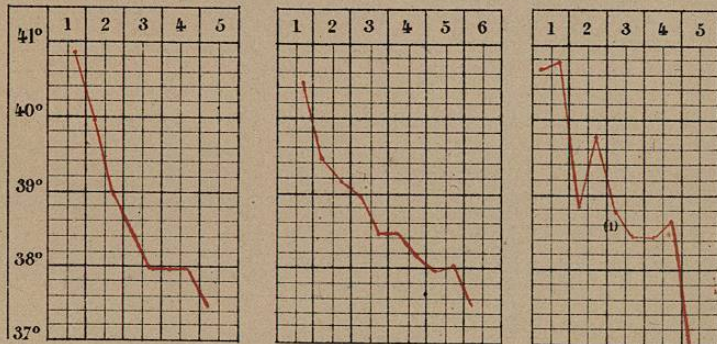
Nægeli. (Rio de Janeiro)

Cas grave irrégulier. Ictère. Hémorrhagies par les gencives. Guérison.



(1, 2, 3.) Type inverse. Pas de rémission.

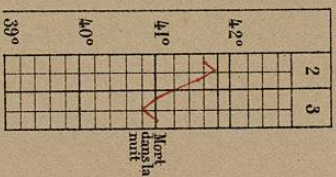
Nægeli. (Rio de Janeiro.) Trois cas légers.



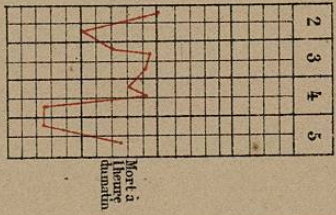
(1) Fortes crampes dans les membres supérieurs.



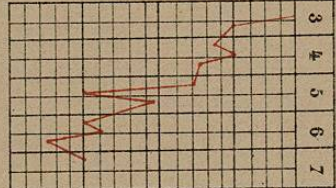
Homme de 20 ans.



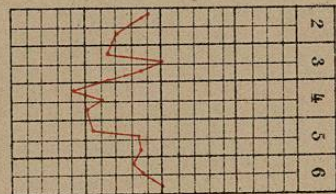
Homme de 25 ans.



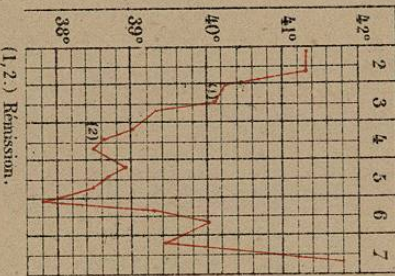
Homme de 19 ans.



Homme de 31 ans.



Homme de 21 ans.

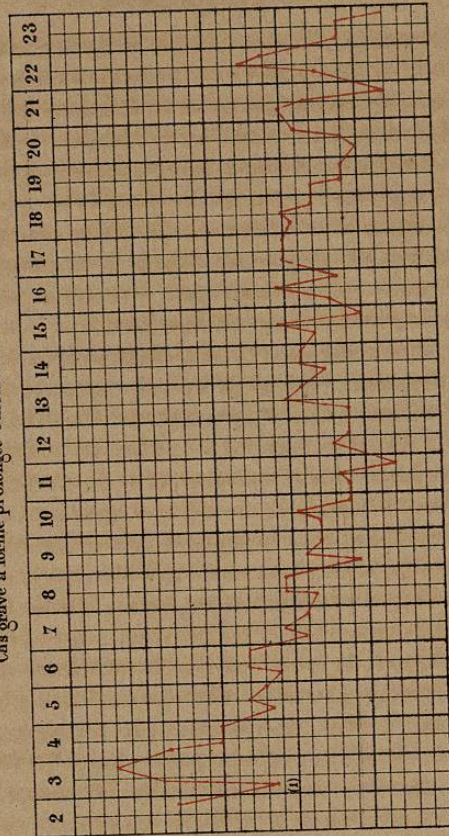


Berquin. (Pointe-à-Pitre.) Cas mortels à marche rapide.



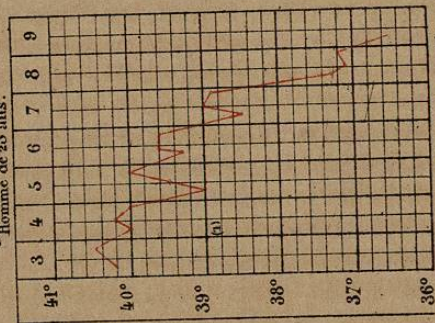
## Berquin. (Pointe-à-Pitre.)

Cas grave à forme prolongée Guérison. Homme de 24 ans.



(1) Rémission.

Cas de gravité moyenne Guérison. Homme de 23 ans.



(1) Rémission faible et retardée.

Nægeli le maximum de l'invasion est de 40°8, et l'acmé de la période suivante ne dépasse pas 38°8; dans un autre cas le chiffre du premier maximum est de 40°5, celui du second est de 38°5; dans une des courbes de Berquin, avec un maximum initial de 42°9, je vois l'acmé secondaire borné à 40°9; une autre me montre au troisième jour un maximum de 41°5, mais l'ascension secondaire ne ramène que 40°. — C'est là une première raison qui ne permet pas d'attribuer au mouvement fébrile un cycle défini, et d'en exprimer les caractères par un petit nombre de propositions générales. — Une seconde irrégularité plus notable peut-être, c'est que la fièvre dans cette seconde période peut présenter le *type inverse*, c'est-à-dire une température plus élevée le matin que le soir. — En troisième lieu le maximum thermique de la deuxième période peut, par exception il est vrai, dépasser celui de la première. — Ce n'est pas tout; la rémission initiale est sujette à manquer, bien que l'amélioration subjective du malade soit constante; — enfin la date et le mode de terminaison de la fièvre n'ont aucune régularité.

Peut-être sera-t-il possible de dégager quelques règles au milieu de ces nombreuses dissemblances, lorsque le nombre des observations complètes sera pour la fièvre jaune aussi considérable que pour les autres pyrexies; mais pour le moment il est impossible de formuler des règles même approximatives. Trois faits seulement peuvent être affirmés; ils sont assez réguliers, ceux-là, pour que les cas divergents soient taxés d'exceptions: 1° *maximum thermique très-élevé*, et *très-précoce*, de quelques heures à un jour; — 2° au troisième ou au quatrième jour, et parfois le soir, *rémission plus ou moins profonde*; cependant elle n'a jamais ramené le chiffre normal, dans aucune des vingt-trois courbes que j'ai sous les yeux; — 3° *reprise et persistance de la fièvre* dans tout le cours de la maladie. De ces trois faits, le second est celui qui présente les exceptions les plus nombreuses; on peut s'en convaincre par l'examen des tracés ci-joints, dont l'étude complétera utilement la description précédente, car les nombreuses divergences du mouvement fébrile y sont clairement saisissables. (Voy. les planches I-IV.)

Il est à peine besoin de faire remarquer que sur les trois caractères réguliers de la fièvre, deux sont d'une réelle importance pour le diagnostic; savoir la modalité de l'ascension initiale plus considérable et plus rapide que dans aucune autre maladie, la fièvre intermittente exceptée; et la rémission du troisième ou quatrième jour.

L'irrégularité, ou pour mieux dire la variabilité des allures de la fièvre d'un malade à l'autre, est d'autant plus accusée qu'on est plus éloigné du début. C'est alors, c'est aux approches de la terminaison, quelle qu'elle soit d'ailleurs, qu'on constate les différences les plus tranchées; c'est tantôt une hyperthermie qui ne le cède que peu ou point à celle de l'invasion; c'est ailleurs une fièvre à peine indiquée ou même nulle par instants; c'est chez d'autres un mouvement fébrile modéré et régulier; c'est enfin une