

et il est ordinairement accompagné d'une *hyperémie générale de l'enveloppe tégumentaire*; c'est ensuite un ÉRYTHÈME DU SCROTUM caractérisé par une coloration d'un rouge violacé avec tuméfaction et rénitence du tissu cellulaire sous-cutané; cet érythème n'est pas douloureux à la pression, il n'a pas la valeur pathognomonique des phénomènes précédents parce qu'il n'en a pas la constance. Cependant le malade est tourmenté par une soif ardente, il a la peau sèche et aride, il souffre d'une CÉPHALALGIE frontale et sus-orbitaire qui ajoute à ses angoisses; le CATARRHE AIGU DE L'ESTOMAC se révèle par l'enduit blanchâtre épais de la langue qui ne reste rouge que sur les bords, par des *nausées*, souvent par des *vomissements* aqueux ou bilieux, dont la constance et la fréquence sont également variables; la *constipation* est la règle; s'il y a de la diarrhée, elle est médiocre, sans caractère spécial. L'URINE est rare et foncée, et dès ce moment elle renferme ordinairement de petites quantités d'*albumine*; ce fait ne serait certainement pas donné comme rare, si l'on procédait à cet examen avec les précautions requises; cette albuminurie initiale est très-peu abondante; elle apparaît un peu tardivement sous forme d'une zone d'un blanc grisâtre vers le milieu de la hauteur de la colonne liquide. D'après Vidaillet, qui a publié en 1869 un très-bon travail sur ce sujet, ce symptôme serait constant; je ne puis aller aussi loin, mais je le tiens pour beaucoup plus fréquent que ne l'ont indiqué la plupart des observateurs.

Dès ce moment l'action du cœur peut commencer à faiblir, et l'on voit apparaître, s'il ne s'est montré déjà, le symptôme indiqué par Bertulus, le battement tumultueux de l'artère cœliaque. Ce phénomène existe souvent dès la période prodromique, il est d'autant plus marqué que l'affaiblissement cardiaque est plus considérable, et il persiste jusqu'à la mutation de la maladie vers une issue favorable.

Cet ensemble de symptômes, où il est impossible de saisir la trace d'une localisation prépondérante, témoigne, ainsi que je l'ai dit, de la perturbation générale provoquée dans l'organisme par le poison amaril; bientôt vont apparaître les signes des déterminations locales. *L'apaisement de cet orage initial, si brusquement et si violemment soulevé, marque la transition de l'une à l'autre période.*

**Période de localisation.** — La *seconde période* est annoncée par une RÉMISSION FÉBRILE qui fait tomber le thermomètre jusque vers le chiffre 38°, parfois même jusqu'au chiffre normal, et par une DÉTENTE GÉNÉRALE qui, à ne considérer que l'état subjectif du malade, constitue une véritable amélioration; la rachialgie et les irradiations dans les membres diminuent ou cessent, l'agitation fait place au calme, l'injection et l'éclat des yeux s'éteignent, l'hyperémie générale des téguments s'efface, la soif est moins ardente; bref, à ce moment-là, il n'y a souvent plus d'autre phénomène morbide notable que la douleur épigastrique, l'intolérance de l'estomac pour les ingesta, et la PERSISTANCE DE LA FIÈVRE. La rémission

qui marque ordinairement le début de cette période, est en effet momentanée; apparaissant le plus souvent au matin du troisième jour, plus rarement au quatrième, elle est suivie dès le soir même d'une reprise qui ramène des chiffres thermiques voisins du maximum initial. Tous les auteurs, sans exception je crois, présentent cette rémission comme définitive et assignent à la seconde période de la maladie une apyrexie complète. C'est une erreur qui ne peut s'expliquer que par l'absence ou l'insuffisance des observations thermométriques; on peut, *par exception*, voir dans le cours de cette période le thermomètre se rapprocher du chiffre normal ou même l'atteindre; mais le fait ne se produit qu'une fois, deux fois au plus, il est imputable à quelque particularité pathologique ou thérapeutique, et il ne peut infirmer ma proposition : *Dans la seconde période, comme dans la première, la fièvre est permanente; c'est une subcontinue avec rémission matinale de cinq à huit dixièmes.* Sur quatre cents cas appartenant à cinq épidémies différentes, Nægeli n'a pas constaté une seule fois cette prétendue apyrexie; sur quinze courbes qui m'ont été gracieusement adressées de la Pointe-à-Pitre en 1869 par mon distingué confrère Berquin, aucune ne présente vestige de cette absence de fièvre, et cependant l'exploration thermique a été répétée trois et quatre fois en vingt-quatre heures; je ne puis attribuer qu'à une observation insuffisante la proposition classique; la même cause a engendré la même erreur que dans la méningite tuberculeuse : le ralentissement du pouls, qui est quasi constant dans la seconde période de la fièvre jaune par le fait de l'ictère, a été tenu pour un signe d'apyrexie. Il importe d'ajouter que la rémission du troisième ou quatrième jour, encore bien que fréquente, peut cependant manquer, de sorte que l'amélioration subjective du malade est, à vrai dire, le signe le plus certain, le plus constant du début de la seconde période.

Dans les cas à évolution complète (*forme commune*) que je décris en ce moment, ce mieux-être n'est pas de longue durée; quelques heures à un jour, voilà ses limites. A mesure que la fluxion rosée de l'enveloppe tégumentaire se dissipe, apparaissent les manifestations de l'*tétère*, qui est le symptôme le plus caractéristique et le plus constant de la fièvre jaune. Avant d'être appréciable à la peau, il se montre souvent dans les sclérotiques, et dans la sérosité des vésicatoires; dans d'autres cas, il est décelé par l'urine avant d'être visible; parfois enfin il n'est pas saisissable durant la vie, mais il s'affirme après la mort par la coloration spéciale des tissus et des liquides. Il ne manque réellement que dans les cas incomplets que je signalerai bientôt comme forme abortive. Le développement de ce symptôme coïncide en général avec la rémission qui met fin à la période initiale; d'où l'on doit conclure que les modifications organiques, quelles qu'elles soient, qui engendrent l'ictère, sont des plus précoces, et que la localisation sur l'appareil hépatique est la première en date. Dans les cas

à symptômes complets l'ictère est rapidement suivi des vomissements noirs; il est tout à fait rare que les accidents hémorrhagiques le précèdent. L'intensité de la teinte ictérique est des plus variables, non-seulement à son début, mais dans sa phase stationnaire; tous les degrés sont observés depuis la nuance pâle que révèle seul un examen attentif jusqu'à la teinte vert-olive qui succède aux obstructions prolongées des voies excrétoires de la bile; de toutes les maladies aiguës à ictère, la fièvre jaune est celle qui présente le plus souvent ces colorations extrêmes; elles dépendent peut-être, comme l'a indiqué La Roche, du mélange de la couleur des pigments biliaires avec la teinte anormale de la peau où circule un sang très-foncé, car dans ces cas-là, la pression du doigt efface la teinte sombre pour ne laisser subsister que la nuance jaune. Quelle que soit l'intensité de l'ictère, l'urine fournit avec l'acide nitrique les réactions caractéristiques des matières colorantes de la bile; mais les selles qui deviennent habituellement diarrhéiques dans la seconde période ne sont pas décolorées; je n'ai pas connaissance d'une seule observation qui mentionne la teinte argileuse spéciale aux matières privées de bile. Si donc l'ictère est un ictère par stase et rétention suite du catarrhe duodénal, comme le pense Nægeli, il faut reconnaître tout au moins que la stase n'est pas totale, et qu'une certaine proportion de bile parvient encore dans l'intestin.

Cette conception de l'ictère qui a contre elle les autopsies dans lesquelles les voies biliaires ont été trouvées parfaitement perméables, celles aussi dans lesquelles l'altération du tissu hépatique est inconciliable avec la persistance de la fonction sécrétoire, ne peut être acceptée comme interprétation générale et univoque de l'ictère de la fièvre jaune. *Pour moi je suis certain que la pathogénie de ce symptôme n'est pas toujours la même*; lorsqu'on examine les choses de près, on constate bientôt que, dans un certain nombre de cas, l'ictère n'ajoute rien à la gravité de la maladie, qu'il produit le ralentissement du pouls comme l'ictère commun, et qu'il peut persister plusieurs jours et même deux ou trois semaines après la terminaison de la fièvre; que, dans d'autres cas, au contraire, l'apparition de l'ictère est le signal des phénomènes hémorrhagiques et ataxiques les plus graves; que le ralentissement du pouls fait défaut, et que la température se maintient aux degrés les plus élevés; il est donc impossible de rattacher au même processus ces deux modalités dissemblables; tout démontre, dans le premier groupe de faits, l'ICTÈRE CATARRHAL par stase; tout affirme, dans le second, l'ictère par suspension de la fonction dépuratoire du foie, l'ICTÈRE DE L'ACHOLIE RELATIVE OU ABSOLUE (1). — Il n'y a pas, ordinairement du moins, de douleurs spontanées dans la région du foie, et il est rare que la percussion et la palpation y dénotent une sensibilité anormale.

(1) Voy. plus haut le chapitre de l'HÉPATITE PARENCHYMATÉUSE.

Les dimensions de l'organe ne présentent pas de modifications notables.

Indépendamment de cet ictère, qui dans ses deux formes est un ictère vrai, un ictère bilieux avec urine caractéristique, on observe parfois un faux ictère, c'est-à-dire une coloration jaune, indépendante de tout élément biliaire, qui n'est point accompagnée par conséquent des réactions spéciales de l'urine. Cette teinte que Frank, Gilbert Blane, Valentin, Bahi et Kéraudren distinguaient déjà de l'ictère véritable, a été de nouveau observée et différenciée par St. Vel, Ballot et Chapuis; plus précoce que l'ictère, de courte durée, même lorsque l'ictère véritable fait défaut, ce phénomène est imputable à une augmentation de l'hémaphéine par déglobulisation du sang, il appartient à la classe des ictères hémaphéiques (faux ictères) signalés et si bien étudiés par le professeur Gubler. Au point de vue de l'évolution ultérieure de la maladie, il n'a aucune importance; il faut seulement être en garde contre l'erreur d'interprétation à laquelle il peut donner lieu.

Vers le même temps, quelquefois même dès la période d'invasion, le tégument externe peut être le siège d'éruptions diverses qui manquent probablement dans bon nombre d'épidémies, s'il faut en juger par le silence des auteurs. La plus précoce de ces manifestations est une éruption de MILIAIRE BLANCHE; elle a été vue par Nægeli déjà après douze heures de maladie; les vésicules sont très-abondantes, très-volumineuses, au point que quelques-unes atteignent la grosseur d'une lentille; par son étendue, par ses dimensions, cette miliaire diffère des éruptions analogues qu'on observe dans les autres apyrexies, aussi mon éminent confrère de Rio de Janeiro lui reconnaît-il avec raison une grande valeur diagnostique; malheureusement ce phénomène est loin d'être commun. — Il en est de même de la ROSÉOLE, déjà signalée par Lecomte dans l'épidémie de Cayenne en 1850, par La Roche, observée aussi par Nægeli et par Wucherer, et qui, en revanche, paraît avoir complètement manqué dans l'épidémie de Lisbonne. Cet exanthème, comparable à celui du typhus abdominal, n'a pas de siège déterminé; il occupe souvent la poitrine et les avant-bras. — Plus tardivement, quelquefois pas avant le septième jour, on observe, soit un EXANTHÈME SCARLATINIFORME plus ou moins étendu, soit de l'URTICAIRE. Nægeli qui en a vu plusieurs exemples, en cite un tout à fait remarquable en ce que la partie supérieure du corps était couverte d'une éruption scarlatiniforme, tandis que la partie inférieure était le siège d'une abondante urticaire avec prurit intense; le malade a succombé. — L'HERPÈS est assez fréquent à la fin de la première période; il n'a, du reste, aucune signification pronostique déterminée, et siège le plus souvent aux commissures buccales; il peut cependant avoir une autre localisation; Nægeli l'a vu chez deux adultes occuper, sous forme d'éruption généralisée, les points de bifurcation des nerfs cutanés et des branches du trijumeau. — Les manifestations cutanées n'ont donc point, dans la fièvre jaune, la régularité de forme et la fréquence qu'elles

affectent dans les fièvres typhiques; mais ce n'en serait pas moins une faute que de les passer sous silence dans une étude didactique de la maladie.

Cependant après un apaisement, dont j'ai indiqué déjà le peu de durée, les DOULEURS GASTRIQUES reprennent leur vivacité; elles sont accompagnées d'une sensation de brûlure qui remonte le long de l'œsophage, les nausées apparaissent ou deviennent plus fréquentes, des vomissements, le plus souvent pénibles, expulsent des matières aqueuses ou fortement teintées par la bile, puis les matières rejetées sont mêlées de stries noires qui dénotent la présence du sang, et affirment le CARACTÈRE HÉMORRHAGIQUE de la maladie. La quantité de ce dernier est extrêmement variable; parfois les stries noires sont tout juste assez accusées pour démontrer l'hémorrhagie gastrique; ailleurs elles constituent une proportion notable de la matière vomie, qui apparaît alors comme formée de deux parties, une, liquide, ressemblant à une infusion de thé vert, l'autre, solide, formée de poudre ou de flocons noirs qui se précipitent (Dutroulau); dans d'autres cas enfin, la substance noire forme à peu de chose près toute la masse du vomissement, il y a une HÉMATÈME NOIRE. On ne peut pas conclure de la quantité de sang rejetée par la bouche à l'abondance réelle de la GASTRORRHAGIE; car une portion du sang peut prendre la voie de l'intestin et être rendue par les selles (MELÈNA); et, d'un autre côté, lorsque la dépression du système nerveux a réduit au minimum l'excitabilité réflexe de la muqueuse gastrique, une gastrorrhagie peut avoir lieu sans provoquer le vomissement. Indépendamment de ces cas où le sang épanché dans l'estomac n'est constaté qu'à l'autopsie, il en est d'autres où le vomissement noir fait défaut, parce que l'hémorrhagie génératrice manque elle-même; d'après les observations de Dutroulau, c'est dans les épidémies coïncidant avec la saison fraîche que ce phénomène négatif est le plus fréquent. Même en tenant compte de ces faits, il n'est pas moins vrai que la gastrorrhagie est le plus commun et le plus précoce des symptômes hémorrhagiques. Il est rare que l'hématémèse soit rouge; cependant elle présente parfois ce caractère, soit que le sang abondamment et soudainement versé dans l'estomac provoque immédiatement l'acte réflexe du vomissement, auquel cas le liquide n'est pas modifié par son séjour dans le ventricule, soit que le suc gastrique, qui est la cause principale des transformations du sang ait cessé d'être sécrété, comme il arrive dans tous les catarrhes gastriques graves. — C'est du quatrième au sixième jour de la maladie que l'hématémèse apparaît le plus ordinairement; elle apporte dans la modalité de l'acte du vomissement un changement des plus remarquables: il était pénible, fatigant, effectué au prix de violents efforts; l'hémorrhagie une fois effectuée, il devient facile, il a lieu pour ainsi dire de lui-même, et dans les cas graves où l'accident se répète, les mouvements du patient dans son lit suffisent pour ramener silencieusement, et presque sans vestige de contraction musculaire l'expulsion

d'une nouvelle quantité de sang. — La fréquence du vomissement noir (je ne dis pas de la gastrorrhagie) est très-variable dans les diverses épidémies; dans les relevés de Blair, qui portent sur 2071 malades, il n'a eu lieu que dans une proportion de 17 pour 100; mais, en général, il est observé chez la moitié des sujets, à condition toutefois qu'on fasse entrer en ligne de compte les cas légers où les matières vomies ne renferment que des traces de sang.

Les matières du vomissement noir ont une réaction fortement acide; elles contiennent du carbonate d'ammoniaque provenant de la décomposition de l'urée, lorsque la sécrétion urinaire est diminuée ou suspendue. Hassall, en 1853, y a constaté la présence de nombreux champignons, et dans l'étude très-complète qu'il en a faite à Lisbonne, en 1856, Alvarenga a observé les éléments que voici: des globules de sang décolorés; — des corps de forme irrégulière, de couleur marron obscur, constitués probablement par la matière verte de la bile combinée avec la matière colorante du sang; — des cellules épithéliales pavimenteuses, accumulées en couches épaisses; — des globules graisseux provenant des ingesta; — parfois des sarcines; — de rares cristaux en aiguilles réunis en hérisson; — des vibrions très-actifs, ou presque morts, d'autant plus nombreux que les vomissements étaient plus anciens. Ces animalcules ont déjà été signalés par Rhees dans l'épidémie de Philadelphie en 1820.

Les voies de l'hémorrhagie sont multiples; le sang rendu par les selles ne provient pas toujours de l'estomac, il résulte souvent aussi d'une *entérorrhagie* véritable, et sa quantité pouvant s'élever jusqu'à mille et même quinze cents grammes par jour, cet accident ajoute beaucoup à la gravité de la gastrorrhagie; en fait, les malades peuvent être rapidement tués par le fait seul de la perte de sang. Les hémorrhagies par le pharynx, par la bouche, par les fosses nasales, sont fréquentes, et d'abondance très-variable; celles du pharynx devancent parfois celles de l'estomac, et frappent le patient d'une terreur qui n'est justifiée que par la confusion qu'il fait entre les deux sources du sang, car ces *hémorrhagies pharyngo-buccales* n'ont pas en général de gravité par elles-mêmes. L'*hématurie* est la plus rare de ces hémorrhagies; les *métrorrhagies*, les *hémorrhagies vaginales* sont bien plus communes, et les femmes atteintes de fièvre jaune voient presque toujours survenir leurs *régles*, quel que soit d'ailleurs l'éloignement de l'époque régulière. L'*avortement* est constant dans les cinq ou six premiers mois de la grossesse; après ce terme, il est très-ordinaire, mais il peut manquer (Nægeli). L'*hémorrhagie oculaire* et *auriculaire* est extrêmement rare, et la quantité en est toujours insignifiante. — Il en est autrement des *hémorrhagies cutanées*; souvent elles précèdent toutes les autres, et se manifestent d'abord soit au niveau des piqûres de sangsues et des scarifications, soit sous forme de larges *plaques ecchymotiques* qui siègent surtout au cou, dans les aisselles, et dans les aines

comme dans la variole hémorrhagique d'emblée; les surfaces dénudées d'épiderme (vésicatoires) peuvent aussi donner lieu à un écoulement sanguin, qu'on observe même parfois dans des régions où l'épiderme est intact, au scrotum, par exemple. Ce sont là les formes les plus précoces de l'hémorrhagie tégumentaire; un peu plus tard, vers le cinquième ou le sixième jour, on peut observer des *taches purpuriques* semblables aux piqûres de moustiques, et des épanchements de sang d'étendue variable dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans les masses musculaires des membres et du tronc. Ces hémorrhagies sont annoncées par une douleur vive, par le gonflement, la couleur ardoisée et le refroidissement de la partie qui en est le siège (Dutroulau); elles peuvent ultérieurement donner lieu à des abcès.

La GENÈSE des hémorrhagies n'est point la même à toutes les époques de la maladie; celles qui sont précoces, qui se manifestent par exemple dès le début de la seconde période, ne peuvent être imputées qu'à l'*altération du sang* et surtout à la *dégénérescence aiguë des capillaires*; c'est-à-dire que les conditions pathogéniques sont les mêmes que dans la diathèse hémorrhagique aiguë en général; pour les hémorrhagies plus tardives, la genèse est plus complexe, car aux conditions précédentes il faut ajouter l'influence non moins puissante des désordres de la fonction hépatique (*cholémie*) et de la sécrétion urinaire (*urémie*). — L'ensemble des phénomènes issus de la diathèse hémorrhagique créée par le poison amaril, est certainement, et à tous égards, un des complexus symptomatiques les plus importants de la fièvre jaune; pourtant il n'a pas la valeur d'un critérium absolu, pas plus au point de vue clinique qu'au point de vue nosologique, car ce groupe de symptômes peut manquer totalement, même dans des cas mortels; c'est là un fait qu'il faut retenir, car il fixe l'importance relative des phénomènes hépatiques (ictériques) et des phénomènes hémorrhagiques en tant que caractères constants et distinctifs de la maladie.

L'*urine* qui présente d'ordinaire dans la première période les caractères communs de l'urine fébrile, peut en différer ainsi que je l'ai dit déjà, par la présence d'une certaine quantité d'albumine; si ce phénomène a manqué durant cette première phase, il apparaît au début de la période de localisation; je doute qu'on puisse rencontrer un seul cas où l'ALBUMINURIE fasse totalement défaut, si l'on procède à sa recherche selon les règles voulues; la quantité d'albumine varie non-seulement chez les divers malades, mais chez le même individu d'un jour à l'autre, et la signification de ce symptôme change du tout au tout, suivant qu'il est précoce ou tardif, suivant que la perte en albumine est médiocre ou considérable, suivant que la proportion demeure sensiblement stationnaire ou qu'elle augmente avec persistance, suivant surtout que le microscope démontre dans l'urine de l'*épithélium* seulement, ou des *cylindres granuleux*;

lorsque ces derniers sont en grande quantité, ils révèlent un danger imminent. — La QUANTITÉ de l'urine peut rester normale durant tout le cours de la maladie, et cela même dans des cas graves; mais le plus souvent elle *diminue* dès la fin de la première période, cette diminution s'accuse durant la seconde, et peut arriver à la suppression complète, à l'*anurie*. On aura soin de ne pas se laisser tromper par le défaut d'excrétion qui peut résulter de l'insensibilité ou de l'akinésie de la vessie; c'est par le cathétérisme qu'il faut chercher la véritable cause de l'arrêt de la miction; dans l'anurie vraie, la vessie est tout à fait vide, ou bien après une suppression de 36 et même de 48 heures, on n'en retire que quelques grammes d'urine. La fréquence de ce redoutable symptôme est très-grande, car dans certaines épidémies il a été observé dans une proportion de 80 pour 100 des cas mortels. L'anurie peut survenir silencieusement, sans aucune manifestation qui attire l'attention vers l'appareil urinaire, de sorte qu'elle pourrait être méconnue si le médecin ne se renseignait directement sur l'état de la diurèse; c'est surtout lorsque l'anurie est tardive qu'elle présente ces allures insidieuses. Lorsqu'au contraire elle est très-précoce, c'est-à-dire lorsqu'une diminution notable de l'urine a déjà lieu dans le second jour de la maladie, il y a souvent une exaspération violente de la rachialgie et des douleurs irradiées vers les membres inférieurs; la pression sur la région des reins devient douloureuse, et chez l'homme la rétraction du testicule vient s'ajouter aux autres phénomènes pour démontrer à la fois l'origine rénale de ces douleurs, et la néphrite qui en est le point de départ. C'est dans les cas où la diurèse tombe au minimum qu'on observe l'accumulation d'urée dans le sang, la présence du carbonate d'ammoniaque dans les matières vomies, et souvent une odeur de l'haleine et de la sueur qui rappelle tout à fait celle de l'urine décomposée (Lallemand, Nægeli). Je l'ai dit déjà, il y a alors URÉMIE dans le sens le plus vrai et le plus complet du mot; l'organisme est imprégné d'urée ou des produits de sa transformation. — La détermination morbide due à l'action du poison amaril sur les reins est donc constante dans son existence, mais elle est variable dans son intensité. La gravité de cette localisation n'est pas toujours parallèle à la gravité de la maladie, en ce sens que l'on voit des cas graves évoluer et tuer sans anurie, sans diminution notable de la diurèse, ne présentant d'autre altération de l'urine qu'une albuminurie légère et transitoire, dont l'absence de cylindres révèle le peu d'importance. Dans d'autres circonstances, au contraire, les désordres de l'uro-poïèse deviennent le fait dominant; non-seulement ils créent dans l'organisme l'état d'urémie, mais ils provoquent les phénomènes cliniques caractéristiques de cet état, convulsions, agitation et stupeur, coma. La conclusion se dégage d'elle-même et s'impose : le trouble de l'uro-poïèse est l'une des causes de la modalité grave de la fièvre jaune, mais il n'en est pas la cause unique.

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 bronchopulmonaire 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 **COLLAPSUS 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 cœliaque, 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, — PARISÉT, — GILLKREST, — BROWNE, — JAMIESON, — LEWIS, — BASTOS, — GUYON, — MAPPA.

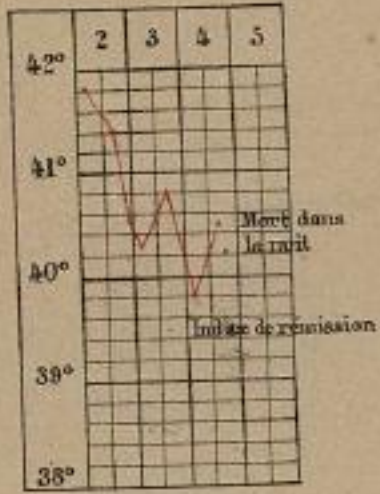
est ailleurs un peu moins exceptionnel ; dans l'épidémie de 1871 à Buenos-Ayres ces adénites (*bubons*) ont été fréquentes, tandis qu'elles n'ont pas été observées jusqu'ici à Rio de Janeiro ; elles occupent principalement les glandes du cou et de l'aisselle, quelquefois celles du coude, très-rarement 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 (Blair, 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.

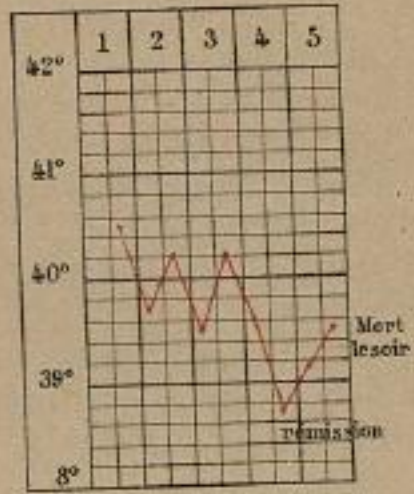
La fièvre, je l'ai dit déjà, avec l'insistance que mérite un fait méconnu, persiste durant toute cette phase : elle reprend dès le jour de la rémission qui met fin à la première période, le lendemain au plus tard, et si elle ne reproduit pas à nouveau des chiffres thermiques très-élevés, elle se maintient 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

Naegele. (Rio de Janeiro.)

Cas mortel à marche très rapide.

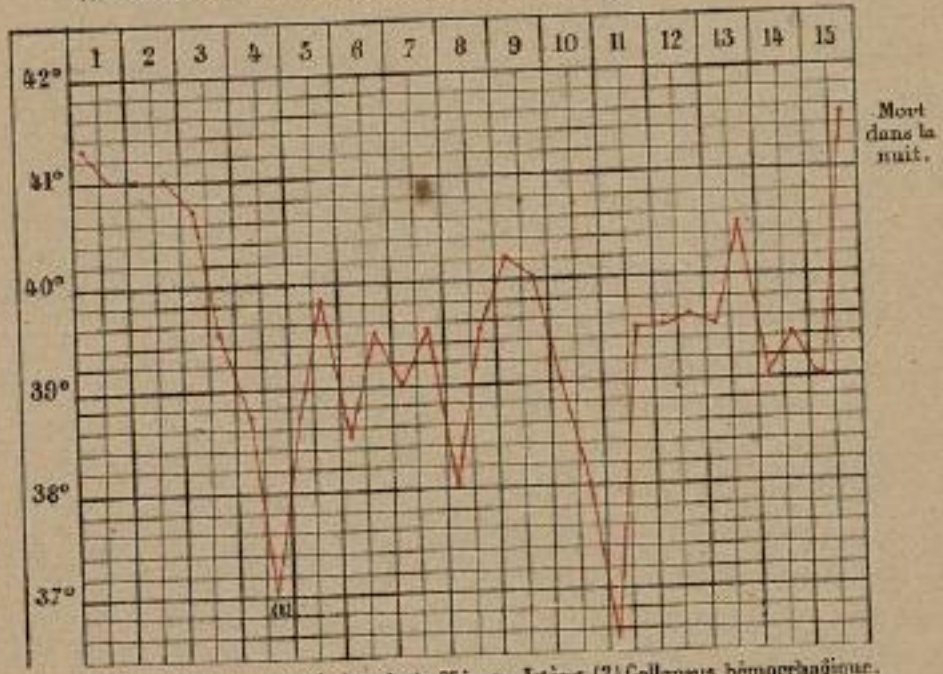


Cas mortel à marche rapide.



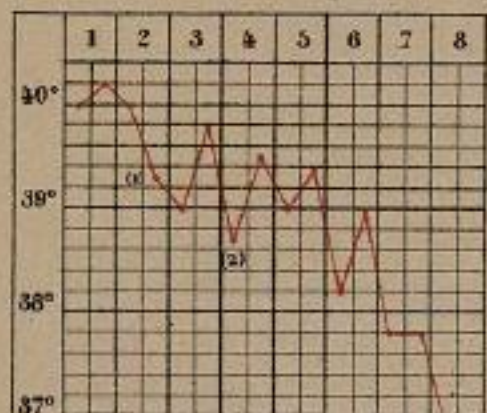
Naegele. (Rio de Janeiro.)

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



(1) Rémission commençant le soir du 3<sup>e</sup> jour. Tétère. (2) Collapsus hémorrhagique.

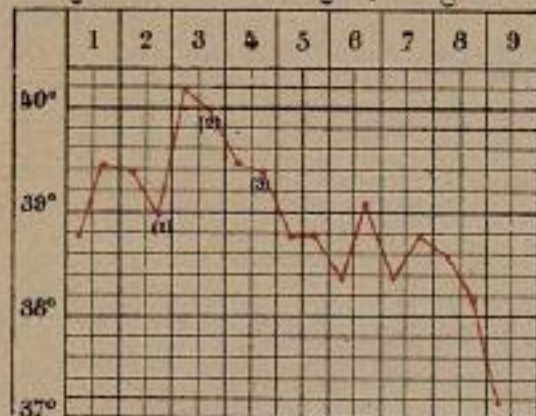
Naegeli. (Rio de Janeiro.) Cas grave à ictere. Guérison.



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

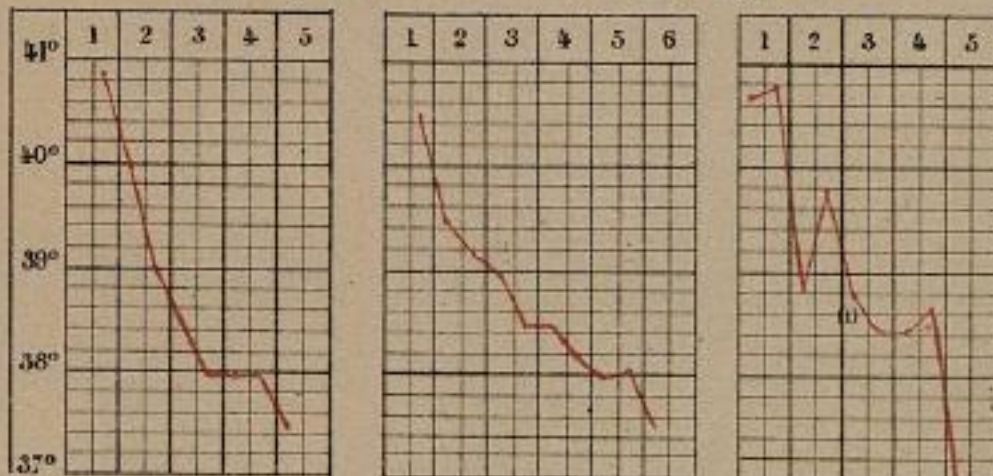
Naegeli. (Rio de Janeiro)

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



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

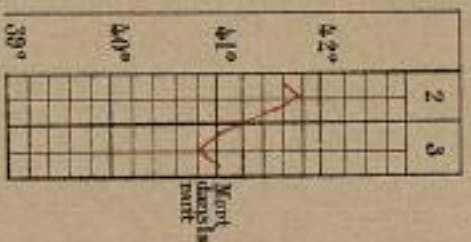
Naegeli. (Rio de Janeiro.) Trois cas légers.



(1) Fortes crampes dans les membres supérieurs.



Homme de 29 ans.



Homme de 35 ans.



Homme de 49 ans.

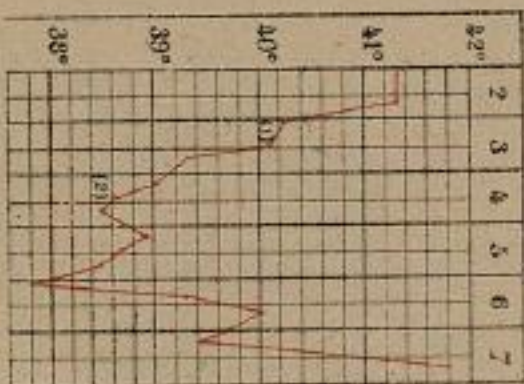


Homme de 51 ans.



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

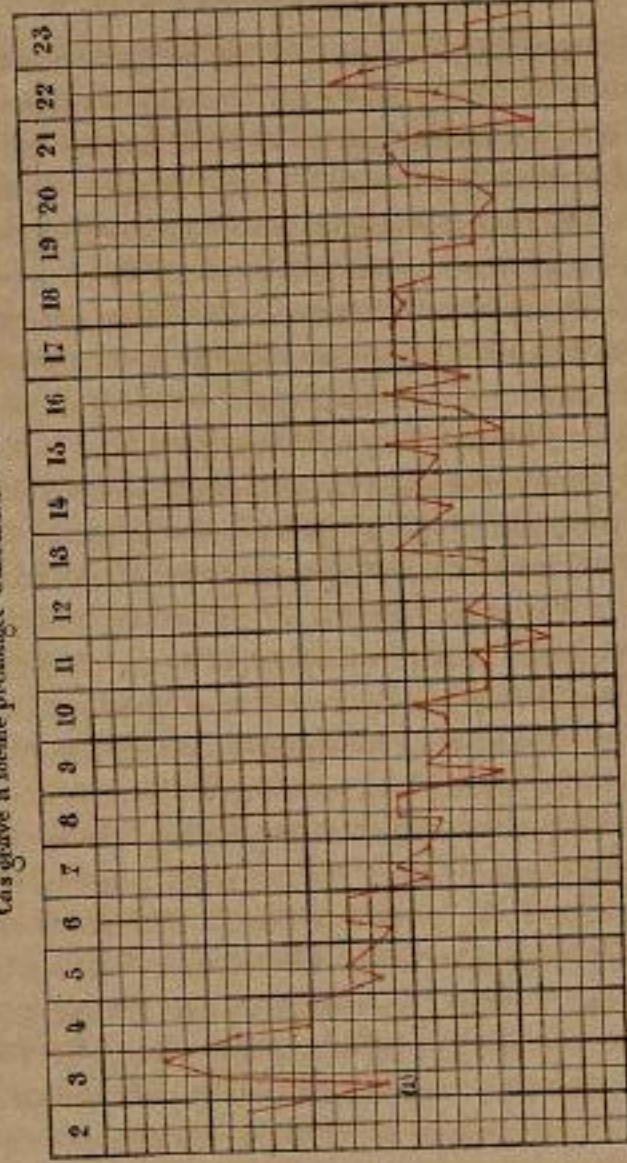
Homme de 71 ans.



(1, 2.) Remission.

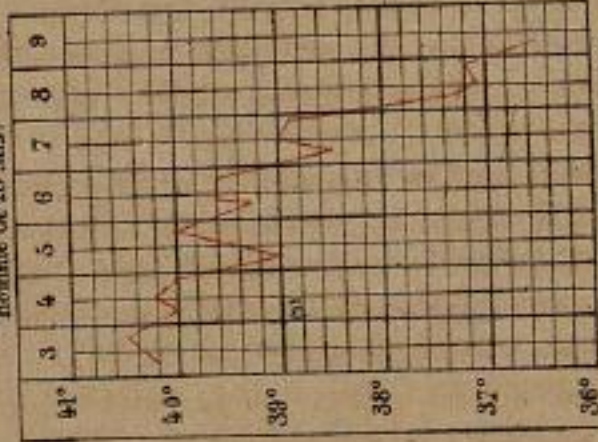
Berquin. (Pointe-à-Pitre.)

Cas grave à fin de 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

température sous-normale. Faut-il se contenter d'enregistrer empiriquement toutes ces variétés, en ajoutant qu'elles sont le fait de la gravité variable du mal? Telle n'est point mon opinion. Je rattache les divergences de la fièvre à la diversité des prédominances morbides, et dans une maladie qui évolue tantôt avec l'ensemble de ses déterminations également accusées, tantôt avec prépondérance d'accidents cholémiques, urémiques ou hémorrhagiques, je ne puis m'étonner de voir le mouvement fébrile prendre des allures disparates en rapport avec ces modalités pathologiques, qui exercent sur la calorification des influences toutes différentes. Que l'on observe dorénavant la fièvre jaune à la lueur des principes pathogéniques sur lesquels j'ai basé cette étude, et l'on verra disparaître la confusion et l'incertitude, en même temps qu'on saisira la vérité du rapprochement que j'ai établi entre les phénomènes cliniques et les localisations morbides.

**Durée. Terminaisons.** — La forme commune et régulière de la fièvre jaune a une durée de six à dix jours. Dans les cas légers, la guérison peut avoir lieu dès le sixième et même dès le cinquième jour; après les symptômes et la rémission si caractéristiques de la première période, le malade est repris de fièvre, il présente une suffusion ictérique légère ou simplement la suffusion hémaphérique, la fièvre baisse de nouveau et prend fin le plus ordinairement avec une diarrhée ou une sueur critique. — Dans d'autres cas, la terminaison favorable est différée jusqu'au neuvième ou dixième jour; les symptômes ont alors été plus accusés et surtout plus complets, l'ictère assez marqué pour produire le ralentissement du pouls a été dûment observé; avec les caractères spéciaux de l'urine albumineuse, une anurie momentanée a pu exister; un début de diathèse hémorrhagique s'est manifesté par des hémorrhagies pharyngo-buccales ou même par des vomissements sanglants, mais l'hématémèse a été rouge ou marc de café, elle n'a pas pris les caractères du goudron ou du cambouis; la température est restée fébrile sans s'élever aux chiffres excessifs de l'invasion; les symptômes cérébraux n'ont pas été au delà d'un délire tranquille, il n'y a pas eu trace de collapsus, et après une *déferescence qui n'est jamais critique, qui a toujours lieu par lysis*, et qui est souvent, mais non toujours, accompagnée d'une diarrhée ou d'une diaphorèse abondante, le malade arrive à la convalescence. Les nuances symptomatiques peuvent être plus ou moins accusées, mais celles que je viens d'indiquer constituent l'extrême degré compatible avec la guérison; lorsque les phénomènes sont incomplets, c'est l'anurie qui manque le plus souvent, la gastrorrhagie vient ensuite; l'ictère et l'albuminurie sont constants; on ne peut rien dire de précis touchant les exanthèmes, ils sont présents ou absents, cela importe peu; mais quant aux manifestations cutanées de nature hémorrhagique, j'incline à croire qu'elles font toujours défaut dans les cas qui guérissent. Lorsque les cas à terminaison favorable présentent des

symptômes complets, ceux-ci sont à peu près également prononcés, on n'observe guère alors ces prédominances accentuées qui dévoilent si clairement dans les cas plus graves les localisations prépondérantes de la maladie. C'est chez les individus ainsi guéris qu'on observe parfois la persistance de l'ictère durant plusieurs semaines après le début de la convalescence; bien plus, la teinte de l'ictère devient plus foncée au moment de la défervescence; il ne peut alors rester aucun doute sur la genèse de l'ictère, c'est une obstruction catarrhale du canal cholédoque qui est en cause. La guérison est très-fréquemment suivie de la chute des cheveux; d'après Nægeli ce phénomène est constant.

La rémission spéciale du troisième au quatrième jour est constante dans les cas qui guérissent, elle ne manque dans aucun de mes tracés. Il est donc tout à fait inexact de donner à cette accalmie le nom de *mieux de la mort*, puisque la sensation subjective d'amélioration est justifiée chez bon nombre d'individus, sinon immédiatement, du moins par l'issue définitive de la maladie.

Tout en prenant une issue heureuse, la maladie peut se prolonger au delà du terme que je lui ai assigné, et durer jusqu'à 20, 25, et même 32 jours (dans un cas de Nægeli). Il est à peine besoin de dire que ce n'est pas l'évolution propre de la fièvre jaune qui occupe tout ce laps de temps; la défervescence, au lieu d'avoir lieu du septième au douzième jour, peut être différée jusqu'au quinzième et au seizième, mais c'est une complication qui prolonge l'état de maladie jusqu'aux limites que je viens d'indiquer; la dysentérie, les parotidites, les abcès, ganglionnaires ou non, sont des causes fréquentes de cette anomalie; mais dans d'autres cas elle est due à un complexus pathologique tout différent, savoir à un état typhoïde secondaire, de tous points semblable à celui qui caractérise la forme dite typhoïde de la réaction du choléra; dans la fièvre jaune, comme dans le mal indien, la genèse de cet état est complexe, l'insuffisance urinaire et les désordres organiques résultant de l'altération du sang en sont les causes les plus importantes (1). La durée de cette complication est de huit à quatorze jours; ainsi que je l'ai dit, elle n'est pas incompatible avec la guérison, mais cette heureuse terminaison est fort rare.

La MORT peut survenir à un moment quelconque de l'intervalle qui mesure la durée de la forme commune, c'est-à-dire du quatrième au dixième jour; dans la moitié des cas environ, la mort a lieu le quatrième ou le cinquième jour; puis viennent le sixième et le septième; la terminaison est plus rarement différée jusqu'au neuvième ou dixième jour. Quand la mort est prompte, il est de règle que la rémission fébrile de la première période fasse défaut; mais la sensation d'amélioration et de bien-être relatif peut néanmoins être produite, sensation trompeuse pour le coup, qui

(1) Pour plus de détails voyez le chapitre précédent.

mérite alors la qualification expressive de *mieux de la mort*. Malgré la rapidité de la terminaison, les symptômes graves sont d'ordinaire au complet; ictère, hémorrhagies multiples, ecchymoses, anurie, tous les phénomènes se sont accumulés à coups pressés, et le malade succombe dans le collapsus; parfois la mort réelle est plus retardée, mais le patient, plongé dans l'état d'algidité que j'ai précédemment décrit, n'est guère plus qu'un cadavre. Lorsque l'évolution est moins rapide, la rémission spéciale est accusée et par le thermomètre, et par le sentiment du malade; c'est alors aussi qu'on voit surgir dans les symptômes ultimes les variétés que j'ai tant de fois signalées, et que je rattache à la diversité des prédominances morbides; en fait, le malade meurt avec de l'hyperthermie, du délire et des convulsions partielles, tué par ACHOLIE; — il meurt avec une température peu ou point élevée, du coma et des accès éclamptiques, tué par URÉMIE; — il meurt avec une température sous-normale, des pertes de sang considérables, tué par HÉMORRHAGIE.

En résumé, *collapsus précoce* résultant de l'ensemble des manifestations morbides rapidement développées sans localisation prépondérante, — *suppression de la fonction dépuratoire du foie*, — *suppression de la fonction dépuratoire des reins*, — *spoliation sanguine*, telles sont les modalités révélées par l'analyse pathogénique dans la fièvre jaune qui tue. — Lorsque la mort est différée au delà du dixième ou onzième jour elle est le fait d'une complication, et elle reconnaît le plus souvent pour cause l'état typhoïde.

**Rechutes. Récidives.** — La fréquence des rechutes varie beaucoup dans les diverses épidémies, peut-être aussi dans les diverses contrées; ce qui est certain, c'est qu'elles sont données comme rares par la plupart des observateurs, tandis qu'à Rio de Janeiro elles sont relativement communes. Ces rechutes sont de véritables RÉVERSIONS, car elles sont séparées de la première atteinte par un intervalle de pleine convalescence d'une durée de huit à quatorze jours. Il y a là plus d'un point commun avec le typhus abdominal et avec la fièvre à rechutes (*relapsing fever*). La réversion est souvent imputable à un écart de régime, ailleurs elle se développe sans cause saisissable; tantôt elle est beaucoup plus grave que la première attaque, elle ramène l'ictère, les hémorrhagies, tous les symptômes les plus sérieux de la maladie, et se termine par la mort; tantôt au contraire elle est légère, et la température ne dépasse guère 38,2 le matin, 38,5 ou 38,6 le soir, presque jamais elle n'atteint 39° (Nægeli). Au Brésil les réversions ne sont guère observées que lorsque la première attaque a été faible; le rapport contraire est exceptionnel, et c'est alors aussi que la rechute est le plus redoutable. Nægeli a perdu de la sorte deux de ses malades qui, quatre semaines auparavant, avaient heureusement subi une première atteinte grave. Le même observateur a noté que les rechutes sont presque constamment accompagnées de névralgies sus-

orbitaires de la plus grande violence. La durée des réversions à issue favorable est de six à huit jours.

En traitant de l'immunité, je me suis expliqué sur les RÉCIDIVES; il importe d'ajouter que la préservation conférée par une première attaque n'est pas aussi absolue que les chiffres précédemment cités pourraient le faire supposer. Ici encore il y a des différences issues de la région, et de l'intensité de l'atteinte antérieure, il y a même des différences nées de la prédisposition individuelle; il est des individus qui, sans changer de résidence, sont pris de fièvre jaune légère à chaque fois qu'une nouvelle épidémie survient (Nægeli). Ce sont des exceptions, soit, mais il faut en tenir compte pour éviter l'erreur des propositions trop absolues.

**Formes.** — Je reconnais trois formes à la fièvre jaune, savoir la **forme commune** ci-dessus décrite, qui est *légère* ou *grave*, et qui, d'après les prédominances symptomatiques, présente quatre variétés, *régulière*, *cholémique*, *urémique*, *hémorrhagique*; — la forme abortive; — la forme foudroyante.

La **forme abortive** (POLKAFIEBER du Brésil) est bornée à la période de réaction générale; qu'on arrête l'évolution de la fièvre jaune à la rémission du troisième jour, et l'on aura le type parfait de cette forme; non-seulement elle a les mêmes symptômes que la période initiale d'une fièvre jaune complète, mais la violence de ces symptômes est exactement la même; bien plus, c'est dans ces cas-là qu'on observe le plus rapidement les chiffres thermiques les plus élevés. Soudaineté brutale du début, frisson et fièvre intenses, douleur lombaire, angoisse épigastrique, injection des yeux et de la face, agitation pénible, nausées, catarrhe gastro-intestinal, tout y est, je puis m'en porter garant; mais la rémission qui est rarement différée au delà du matin du troisième jour, est accompagnée d'une diaphorèse surprenante par son abondance, moins fréquemment d'une diarrhée bilieuse; avec ces phénomènes véritablement critiques, tout est fini, le malade ne conserve que de la fatigue, et deux ou trois jours plus tard il est rendu à la plénitude de la santé. Les caractères vraiment pathognomoniques de ces symptômes à évolution rapide, et l'observation thermométrique ne permettent pas le moindre doute dans l'interprétation de ces faits; ce sont sans contestation possible des FIÈVRES JAUNES ARRÊTÉES A LA PÉRIODE DE RÉACTION GÉNÉRALE, TOUTE LOCALISATION FAIT DÉFAUT. Cette forme ne confère pas une immunité aussi durable que la maladie à évolution complète; cependant la préservation ainsi obtenue s'étend d'ordinaire à toute la durée de l'épidémie régnante.

La **forme foudroyante** est définie par son nom même; l'hyperthermie est excessive, à peine y a-t-il un indice de rémission matinale, déjà au bout de 36 heures il y a de l'ictère, des vomissements noirs, souvent de larges plaques ecchymotiques au cou et dans les aisselles, et le malade succombe, soit avec une température maximum, soit avec un refroidissement

subit; la mort a lieu du troisième au cinquième jour; lorsqu'elle est différée jusqu'à ce dernier terme, on n'observe pas la rémission caractéristique qui marque la fin de la première période, même dans les cas mortels de la forme commune.

#### DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

A une époque où l'on ignorait les caractères thermiques de la première période de la fièvre jaune, on a pu insister, avec raison, sur le diagnostic différentiel de cette maladie et du CATARRHE GASTRO-DUODÉNAL AIGU, léger ou grave (*fièvre gastrique bilieuse*); cette obligation n'en est plus une aujourd'hui; l'élévation très-rapide et très-forte de la température, dès le premier jour de la fièvre amaril, est une caractéristique suffisante, dont la valeur est d'ailleurs corroborée par la brusquerie du début, par la rachialgie, par l'anxiété épigastrique, par l'injection de la face et des yeux, tous phénomènes étrangers aux états gastro-intestinaux, de quelque nom qu'on veuille les qualifier.

En revanche, les indications du thermomètre sont, au début, frappées de stérilité, s'il s'agit de distinguer l'invasion de la fièvre jaune, d'un accès de FIÈVRE INTERMITTENTE LÉGITIME; l'ascension thermique est rapide et élevée dans les deux cas, et le frisson peut être également violent et prolongé; mais la courbature de la fièvre palustre franche n'a rien de commun avec les douleurs lombaires et épigastriques de la fièvre jaune; la première n'a pas le masque facial caractéristique, la persistance du maximum fébrile y est moins prolongée, car la sueur qui finit l'accès, ramène la température normale; la tuméfaction de la rate est constante et précoce, elle est nulle ou tardive dans le typhus amaril, qui a par contre l'érythème du scrotum; enfin, l'on tiendra compte des conditions pathologiques et épidémiques inhérentes à la localité. On aura soin de ne pas considérer comme un signe distinctif suffisant des sueurs survenant dès le premier ou le second jour; car, si chez bon nombre de malades, la fièvre jaune ne présente de diaphorèse qu'au troisième jour, au moment de la rémission, il faut reconnaître que dans d'autres cas, et ce ne sont pas les moins graves, elle est accompagnée, dès son début, et à intervalles variables, de sueurs plus ou moins abondantes, qui pourraient facilement tromper si l'on n'était prévenu du fait. Ultérieurement, les symptômes sont assez divergents pour qu'il n'y ait plus de confusion possible; les caractères de l'urine occupent une large place dans cette appréciation diagnostique. — Dans les régions à impaludisme, l'évolution normale de la fièvre jaune peut être altérée par l'influence de la constitution médicale régnante, mais ces modifications ne portent que sur le symptôme fièvre, et sur l'état de la

rate; les phénomènes fondamentaux et vraiment caractéristiques de la maladie n'en sont point affectés.

La FIÈVRE BILIEUSE HÉMATURIQUE (mélanurique) est une manifestation tardive de l'impaludisme; observée au Sénégal et sur quelques autres points des régions tropicales elle ne frappe que des individus indigènes, ou des Européens acclimatés qui ont souffert à plusieurs reprises des formes plus ordinaires de la malaria; elle est précédée d'accès intermittents plus ou moins nombreux qui manquent à la fièvre jaune, elle n'a donc pas le début violent et soudain de cette dernière, pas plus qu'elle n'en a la rachialgie, l'anxiété gastrique et le facies; il y a, dès l'invasion, des vomissements très-copieux de matières bilieuses, l'ictère y est très-précoce et constant, la rate est tuméfiée ainsi que le foie, l'hémorrhagie a lieu exclusivement par les voies urinaires qui n'en sont presque jamais le siège dans la fièvre amaril; les récidives sont fréquentes et nombreuses, la transmissibilité est nulle, enfin la maladie est justiciable du sulfate de quinine qui n'a aucune prise sur la fièvre jaune.

La TYPHOÏDE BILIEUSE (Griesinger, Lange) présente d'étroites analogies avec la fièvre jaune; fièvre intense, céphalalgie frontale, injection oculaire, plus tard ictère, phénomènes typhoïdes et urémiques, souvent de la gastrorrhagie et d'autres hémorrhagies, voilà les symptômes principaux. Je n'y puis saisir comme signes différentiels que la lenteur du début et de l'ascension thermique, et la constance du gonflement de la rate. Le diagnostic au surplus est puissamment aidé par la distribution géographique de la maladie qui n'est pas du tout celle de la fièvre jaune, et par l'étiologie, la typhoïde bilieuse étant une des formes graves de la malaria. — Les mêmes remarques sont applicables à la FIÈVRE RÉCURRENTÉ (*relapsing fever*).

L'HÉPATITE PARENCHYMATÉUSE AIGUË (*atrophie jaune aiguë, ictère grave*) reproduit dans la période d'état la variété cholémique de la fièvre jaune, et il faut bien qu'il en soit ainsi puisque la modalité pathogénique est la même dans les deux cas. A ce moment-là, la similitude clinique est assez complète pour ne pas permettre un diagnostic différentiel basé sur les symptômes; mais ce n'en est pas moins une faute grave que d'avoir assimilé ces faits à une fièvre jaune sporadique; il a fallu oublier pour cela que la fièvre jaune n'est jamais que le produit de l'endémie ou de l'importation, et que le critérium diagnostique refusé par les phénomènes morbides est fourni avec une imposante clarté par les données étiologiques. Quant à la première période des deux maladies, elle ne permet aucune confusion, car l'hépatite par son début moins rapide, par ses caractères thermiques initiaux, par les douleurs, par la précocité de l'ictère enfin, s'affirme nettement à cette époque comme une maladie locale, et l'on y chercherait en vain le masque et l'injection tégumentaire, de même que la rachialgie, l'anxiété épigastrique et les irradiations dans

les membres. L'étiologie d'ailleurs rend toute incertitude impossible.

Le **pronostic** de la fièvre jaune ne peut être exprimé par une formule univoque. Si pour la **FORME ABORTIVE** tout est fini quand on a dit qu'elle guérit toujours, si l'issue de la **FORME FOUROYANTE** est invariablement la mort, la **FORME COMMUNE** en revanche ne se prête à aucune proposition synthétique; elle comprend des cas légers et des cas graves fort éloignés les uns des autres au point de vue du péril, elle subit en outre l'influence éminemment variable du caractère épidémique, qui est plus ou moins sévère selon les lieux, les années et les saisons, aussi les chiffres qui traduisent la mortalité moyenne sont-ils extrêmement divergents. C'est à peine s'ils sont comparables même pour une région et pour une période déterminées, puisque les observateurs n'ont pas toujours indiqué quelle a été leur méthode de statistique en ce qui concerne les cas abortifs et les cas légers; or c'est précisément par la proportion relative des cas légers et des cas graves que les épidémies diffèrent le plus les unes des autres; aussi est-ce à titre de simple renseignement que je consigne ici les chiffres de 15 pour cent et 75 pour cent qui expriment la mortalité minimum et la mortalité maximum, et le rapport de 35 pour cent qui traduit la mortalité moyenne de la maladie. Au point de vue pratique les propositions suivantes ont plus d'intérêt peut-être que les chiffres précédents; pour les **cas légers** de la forme commune, le pronostic est aussi constamment favorable que pour la forme abortive; pour les **cas graves** la mortalité est comprise entre le tiers et la moitié des cas.

J'ai indiqué dans ma description générale la signification pronostique des principaux symptômes. Je reviens sur quelques points. L'**ICTÈRE** n'est point par lui-même un signe absolument fâcheux; pour le juger il faut prendre en considération la date de son apparition, il est d'autant plus sérieux qu'il est plus précoce; son intensité, qui est en raison directe de sa gravité; enfin et avant tout son origine, car il n'y a aucun rapport au point de vue pronostique entre l'ictère catarrhal et l'ictère de l'acholie. — Le **VOMISSEMENT DE SANG** est lui aussi beaucoup plus grave lorsqu'il est précoce; survient-il avec l'ictère dès le deuxième ou même dès le troisième jour, la mort est certaine. Mais c'est une erreur de considérer l'hématémèse de la seconde période comme un signe constamment funeste; il faut tenir compte de la quantité du sang et de son aspect; s'il est peu abondant, le vomissement rouge ou marc de café est compatible avec la guérison, mais l'hématémèse qui ramène des matières comparables à du goudron ne laisse place à aucune espérance. — Il en est de même des manifestations hémorragiques à la peau, surtout si elles apparaissent de très-bonne heure; des ecchymoses dans les quarante-huit premières heures, comme Nægeli les a plusieurs fois observées, annoncent une mort prochaine. — Même situation pour l'**ALBUMINURIE**; par elle-même elle

ne dit rien au pronostic, elle n'acquiert une signification grave que si elle est précoce, abondante, et accompagnée de cylindres; le symptôme **ANURIE** est bien autrement important, de sorte que c'est avec la quantité bien plus qu'avec la qualité de l'urine que le pronostic doit compter. Bien qu'une réduction de la diurèse à 100 ou 150 grammes par jour, et à fortiori une anurie complète, soient au nombre des phénomènes les plus redoutables, ils ne sont pas sans appel; des malades guérissent après avoir présenté pendant trente-six ou quarante-huit heures une suppression complète ou presque complète de la sécrétion urinaire; le fait est pourtant rare. — Les **TROUBLES NERVEUX** doivent être appréciés non pas tant d'après leur intensité que d'après le moment de leur apparition; un délire violent, des convulsions, même à forme éclamptique, n'ont pas au moment de l'invasion la même signification fâcheuse que dans la période de localisation; dans le premier cas ils sont imputables au mode réactionnel ou à l'âge des malades, dans le second, ils expriment l'empoisonnement secondaire résultant de l'acholie ou de l'urémie, ou l'anémie cérébrale profonde issue de l'abondance des hémorragies. — L'agitation, la fréquence de la **RESPIRATION** sont sans valeur déterminée durant la période de réaction générale, mais dans la période de localisation, la respiration anxieuse et fréquente, et la respiration à type cérébral sont des symptômes très-fâcheux. Il en est de même de la faiblesse vraie du **POULS** par *asthénie cardiaque*.

Dans l'invasion une **TEMPÉRATURE** très-élevée de 40° à 41° n'implique point un pronostic grave; ces chiffres ne sont point rares dans les cas légers et même dans les formes abortives. Mais l'absence de rémission au troisième ou au quatrième jour est un signe des plus graves; il annonce souvent la forme foudroyante et à tout le moins un cas des plus sérieux; je ne connais pas d'exemple de guérison lorsque la température se maintient uniformément aux chiffres élevés du début. Avec une rémission régulière, une recrudescence qui, dans la seconde période, ramène une hyperthermie aussi forte ou plus forte que celle de l'invasion, est un signe funeste. Le pronostic est tout aussi sévère lorsque la température tombe subitement à la normale ou au-dessous, sans que cette chute coïncide avec une amélioration réelle dans l'état du malade; on observe alors un refroidissement considérable de la peau, des sueurs visqueuses, de la **CYANOSE**, et l'abaissement du thermomètre n'est que le signe d'un collapsus mortel.

#### TRAITEMENT (1).

Les mesures de prophylaxie générale ressortent de l'étiologie; et quant aux prescriptions quaranténaires, je n'ai rien à ajouter aux observations

(1) VALENTIN, *Sur quelques points de pratique dans le traitement de la f. jaune* (Journ. gén. de méd., XXII, XXVI). — LORFLER, *Hufeland's und Hingly Journ. d. prakt. Heilk.*,

que j'ai présentées à propos du choléra; il faut proportionner la durée de la séquestration quarantenaire à la longueur maximum de l'incubation de la maladie, en tenant compte de cette particularité qui lui est propre, savoir que la transmissibilité par les navires et par les effets ou marchandises est plus persistante que la transmissibilité par les personnes.

Quant au traitement proprement dit, je ne vois aucune raison pour m'écarter des principes qui ont inspiré mon traitement du typhus abdominal (voyez plus loin); caractère infectieux, hyperthermie, adynamie et collapsus, voilà les traits communs de ces deux maladies; or ce sont aussi les sources principales des indications thérapeutiques, et les moyens de les remplir doivent naturellement refléter cette analogie. En raison de l'évolution plus rapide de la fièvre jaune, l'intervention doit être plus prompte et plus énergique, voilà une première différence; une autre est imposée, selon moi, par la diaphorèse qui, dans les cas abortifs, accompagne la rémission du troisième (ou quatrième) jour; cet exemple donné par la nature doit être utilisé, d'autant plus que ce mouvement critique est observé non-seulement dans les formes abortives, mais bien souvent aussi dans les cas légers de la forme commune.

En fait, je recommande le traitement que voici. S'il y a des *prodromes*, et que le catarrhe gastrique avec nausées et envies de vomir soit le fait dominant de cette phase, l'indication d'un *vomitif* est positive, il faut administrer l'ipéca seul sans addition d'émétique; si les phénomènes gastriques sont moins accusés, on se bornera à donner un *purgatif salin*; je laisse entièrement de côté l'huile de ricin et le calomel.

Dans les cas beaucoup plus nombreux, où la maladie éclate avec cette soudaineté brutale sur laquelle j'ai tant insisté, on peut également prescrire selon les circonstances soit un ipéca, soit un laxatif destiné à amener l'évacuation complète de l'intestin, mais je n'admets cette intervention que durant le premier jour ou au début du second; à la fin de ce jour-là, et à plus forte raison au commencement du troisième, je craindrais de gêner par cette perturbation intempestive une opération spontanée qui peut être critique, et je ne reconnais comme indiqués que les moyens qui peuvent, sans nuire d'ailleurs, concourir à la diaphorèse salutaire; *boissons chaudes* en abondance, quelques prises de *poudre de Dover*; si l'agitation est extrême, des *applications de chloroforme* sur la région lombaire, au besoin une *injection de morphine* si la rachialgie est des plus pénibles, voilà les limites

1810. — LAIRD, *Practical obs. on Yellow fever and its treatment with Spirits of Turpentine* (*The Lancet*, 1853). — MOREHEAD, *On the treatment of Yellow fever in Antigua* (*Med. Times and Gaz.*, 1854). — LAIRD, *Turpentine* (*Eodem loco*, 1855). — COPLAND, *Même sujet* (*Eodem loco*). — AMIC, CHAPUIS, *Loc. cit.*

FIDDES, *New method of treating Yellow fever* (*New-York med. Rec.*, 1867). — MILLER, *On the treatment of remittent and yellow fever* (*Americ. Journ. of med. Sc.*, 1867).

que j'assigne à l'action thérapeutique dans les cas qui s'annoncent comme légers, et dans ceux aussi qui, bien qu'un peu plus sérieux dès le début, ne paraissent pas cependant appartenir au groupe funeste où toute rémission fait défaut à la fin de la période d'invasion. Dans les cas de ce genre, la conduite à tenir est autre: on sait qu'on n'a rien à attendre d'une rémission qui va probablement manquer, que par suite il ne peut être question de diaphorèse salutaire au troisième ou au quatrième jour, et l'indication principale doit être cherchée uniquement dans l'*HYPERTHERMIE* qui est, par elle-même, par elle seule, une cause de danger; les *lotions froides* avec le vinaigre aromatique ou non, et les *bains froids* au nombre de deux par jour au minimum, deviennent la base du traitement; l'expérience ayant appris que c'est dans ce cas aussi que les hémorragies gastriques sont les plus constantes et les plus abondantes, il est sage de ne pas les attendre, et de chercher à les prévenir ou à les modérer par l'*ingestion répétée* de boissons glacées, ou mieux de *fragments de glace* dont on seconde les effets par des *applications permanentes de glace* sur la région épigastrique. — Cette médication doit être également appliquée aux cas légers, dès qu'on a constaté que la rémission n'est pas définitive, et qu'elle est suivie d'une reprise de la fièvre; à dater de ce moment en effet toute chance de diaphorèse critique est évanouie, et les indications deviennent semblables. On donne en même temps des boissons acidules, des citrons et surtout du *vin*, qui est le meilleur moyen de prévenir l'adynamie et le collapsus; pour la fièvre jaune dépaycée en dehors des régions tropicales, je n'hésiterais pas à donner l'*alcool* comme dans les fièvres typhiques. Les malades ne doivent pas être laissés à la diète absolue; outre le vin et les boissons toniques, il faut leur donner des bouillons froids, et surtout du *lait en aussi grande quantité que possible* afin de maintenir la diurèse. Cette méthode de traitement n'a pas seulement pour elle les indications théoriques déduites de l'analyse pathogénique de la maladie, elle a en sa faveur des résultats pratiques extrêmement satisfaisants; la différence du traitement initial dans les cas légers et dans les graves, et le précepte relatif au lait, me sont tout à fait personnels; mais, ces deux points réservés, la méthode précédente est celle que Nægeli a adoptée à Rio de Janeiro, et même dans l'épidémie la plus meurtrière, celle de 1872-73, il n'a pas perdu plus de 15 pour 100 de ses malades. — Je n'ai rien dit du sulfate de quinine, et pour cause; tous les médecins en effet qui ont étudié la maladie au moyen du thermomètre, ont pu se convaincre que ce médicament, même à hautes doses, un gramme et demi à deux grammes par jour, est impuissant à modérer le processus fébrile; il n'y a donc plus pour lui d'indication rationnelle.

La convalescence doit être l'objet d'une surveillance attentive, surtout en ce qui concerne l'alimentation; car dans la fièvre jaune, comme dans l'ileo-typhus, les fautes de régime sont la cause la plus fréquente des réversions.