

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'uropoïèse 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'uropoïèse 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 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 lieu 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 degrés 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 hémorrhagique 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 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 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

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

les cas graves, — la DIPHTHÉRIE PHARYNGÉE, observée par Nægeli dans trois cas mortels dès le troisième jour de la maladie, — les CHARBONS (inflammations gangreneuses 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 degrés, le maximum de la seconde période ramène 40°,9; dans un autre tracé l'acmé initial est de 41 degrés 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 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 degrés. — 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 complètera 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 hémaphéique, 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 brusque, 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 déferescence; 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 complexe 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 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

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

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 ne dépasse pas 38°, 2 le matin, 38°, 5 ou 38°, 6 le soir, presque jamais elle n'atteint 39 degrés (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, hémorragique*; — 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 À 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 obli-

gation 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 (mélaturique) 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'hémorragie