

Il y a dans l'histoire de cette épidémie des arguments pour tous les systèmes : êtes vous contagioniste ? Le navire a porté des objets contaminés, il a communiqué avec des lieux infectés ; voulez-vous de l'influence hygiénique pure ? Quel état fut jamais plus pénible et plus oppressif que celui de ce malheureux équipage ! mais les officiers, les passagers ne travaillaient point et pourtant tous furent atteints ; voulez-vous enfin de l'infection locale ? Vous avez un *transport* qui constamment bouleverse la cale, qui y entasse mille objets différents, jusqu'à du bois venimeux coupé dans un marais, qui reçoit des passagers nombreux et valétudinaires, etc. Nous nous rangeons, sans balancer, de l'opinion de M. Fleury, qui avec toute la facilité possible d'adopter la contagion, est entraîné par la force des choses à professer l'infection : il demande naturellement comment ces malades n'ont pas répandu la contagion dans l'hôpital de Saint-Thomas ou dans les maisons qui leur ont donné l'hospitalité, et où se trouvaient ou venaient les visiter beaucoup d'Européens ?... Mais voilà qu'on désarme, qu'on purifie, qu'on blanchit le navire, et l'équipage y rentre avec une foule de convalescents, et, quoique ce soit au milieu de la mauvaise saison, désormais tout le monde se porte bien..... Concluez.

Ajoutons encore quelques faits particuliers : La corvette la *Bacchante* de la division du général Leclerc arrive à Saint-Domingue avec ses sabords condamnés ; la fièvre jaune s'y déclare avec intensité ; on ouvre les sabords et l'épidémie cesse. Le vaisseau l'*Argonaute* est affecté de la fièvre jaune au Ferrol (1802), l'équipage abandonne la cale et le faux-pont pour n'habiter que les batteries, et l'épidémie cesse de sévir ; la même chose est arrivée à l'*Expéditive*, au rapport de M. Mollet. M. Nonay dit avoir vu aux Antilles et nous avons vu maintes fois nous-mêmes des bâtiments atteints de la fièvre jaune, lorsque celle-ci n'existait pas à terre ni sur aucun bâtiment voisin, et ces navires étaient ordinairement les plus mal tenus. M. Gau-

bert, médecin à Saint-Pierre (Martinique), a remarqué que l'épidémie sévit de préférence sur les navires chargés de bestiaux, bœufs, mulets, qu'on loge dans la cale ; enfin les médecins contagionistes, M. Péan, entre autres, ne laissent pas que de conseiller de n'envoyer aux Antilles que des navires à batteries couvertes, à cause des hublots qui permettent d'aérer l'intérieur.

Mais voici qu'un médecin étranger, qui a fait de nombreux voyages en Amérique pour étudier la fièvre jaune, Reider, de Vienne, publie en 1828 un ouvrage où il pose en fait que cette maladie est non-seulement dans un rapport intime avec la navigation, mais *qu'elle n'est motivée et fondée que dans la navigation*, que cette dernière en est la source unique, et que partout où se manifeste une épidémie, les exhalaisons putrides, cause unique de la fièvre jaune, s'y sont trouvées transportées par des navires et non par des hommes ou des effets, comme le prétendent les contagionistes : car, pour M. Reider comme pour M. Lefort, les émanations qui s'élèvent de l'eau qui croupit dans la cale des vaisseaux est la cause spécifique de la fièvre jaune. Ces vapeurs ainsi renfermées arrivent à un degré de putréfaction ou de malignité que ne peuvent acquérir des exhalaisons putrides et marécageuses à l'air libre ; ainsi s'expliquerait pourquoi, d'après l'observation de M. Humboldt, la fièvre jaune règne exclusivement sur les bords de la mer, et ne fait jamais irruption dans l'intérieur, quelle que soit d'ailleurs l'intensité de la chaleur, de l'humidité et des miasmes.

Tout en admettant l'importation telle que la conçoit M. Reider, c'est-à-dire par infection inhérente au navire lui-même, nous ne pouvons nous refuser à penser qu'il ne puisse exister d'épidémies par causes inhérentes au sol. Toujours est-il que voilà en faveur de l'infection locale des témoignages imposants.

Nous ne chercherons point à spécifier quel est l'élément de

cette infection, si c'est l'oxide d'azote ou l'hydrogène carboné; nous nous bornerons à rappeler que, dans la cale des vaisseaux comme dans les marais, il existe de puissantes causes d'infection dues à l'eau de mer qui croupit en dissolvant des matières putrides, végétales et animales, telles que les rats morts et ces insectes qui pullulent prodigieusement dans les colonies, sous le nom de *cancerlats*, *ravets* ou *blattes*; l'on conçoit donc que lorsqu'après un ancrage prolongé l'on vient à remuer ces immondices, il puisse s'en élever des émanations délétères; c'est d'ailleurs ce que confirment les faits; ainsi, lorsque l'*Infatigable* fut atteinte de l'épidémie, on espéra la voir s'amender en prenant la mer, mais, dans l'espace de trente heures que le navire resta sans voiles, dix-sept hommes tombèrent malades, et l'on fut obligé de revenir au mouillage pour épargner le reste. Autant il en arriva à l'escadre des Antilles en 1821: ayant essayé de mettre à la voile pour croiser au vent de la Martinique, l'épidémie acquit une violence extraordinaire, et ce fut au retour de cette malheureuse tentative que deux navires furent obligés de désarmer.

Tel est en résumé ce qu'on peut dire des causes déterminantes de la fièvre jaune; quant aux causes prédisposantes, prenez la liste de celles communes à toutes les maladies inflammatoires, âge adulte, tempérament sanguin et bilieux, constitution robuste, excès dans le régime, aliments salés, fumés, condiments excitants, abus des liqueurs spiritueuses, usage immodéré des boissons rafraîchissantes, suppression de transpiration, excès vénériens, exercices forcés, passions violentes ou délabrantes, tristesse, nostalgie, appréhension du mal, excès de travaux intellectuels, etc. Tous les navigateurs savent que les constitutions les moins exposées à contracter la fièvre jaune sont les constitutions un peu sèches, avec coloration pâle et brunâtre de la peau, c'est ce que les marins et les créoles appellent le *teint patate*. Parmi les attributions du bord, celles qui retiennent les hommes dans les profondeurs

du vaisseau, ou près des foyers de chaleur, y prédisposent manifestement; ainsi les caliers, cuisiniers, forgerons, y seront plus sujets. M. Bouyer a remarqué qu'à bord de l'*Euryale* les gabiers furent les derniers atteints. Les canotiers y sont exposés, tant par les fatigues de leur métier que par la facilité qu'ils ont à commettre des excès, et particulièrement parce qu'ils sont exposés à contracter la maladie ailleurs qu'à bord, soit en couchant à terre, soit en visitant des navires infectés. C'est ainsi que M. Jolivet nous apprend que le premier individu atteint à bord de l'*Africaine*, fut le patron du canot qui alla visiter la corvette danoise, d'où, selon cet observateur, la maladie tira sa source.

Quoi qu'il en soit, tous les tempéraments, comme les individus les plus sobres, les plus exempts de passions et d'habitudes pernicieuses, sont exposés à cette maladie et donnent souvent des démentis à nos spéculations étiologiques.

Nous nous sommes réservés de parler en particulier du passage subit dans un climat chaud, pour rappeler ce bel aperçu d'Edwards, qui signale comme cause des dérangements qui surviennent dans ce cas, le défaut d'équilibre entre la faculté productive de la chaleur et la température nouvelle; alors plus de calorique est fourni par l'économie que l'air extérieur ne tend à en soustraire, de là excès de chaleur interne et constitution éminemment inflammatoire, de là susceptibilité à contracter des irritations provoquées par la moindre cause. C'est ce fait qu'expriment Kiltrick et Nancrede, médecins américains, en disant que les Européens sont plus sujets à la fièvre jaune, parce que la chaleur animale est chez eux plus développée.

Laisant de côté les vues théoriques, nous arrivons aux faits que constate l'observation; c'est ainsi qu'il est reconnu qu'entre les tropiques la maladie règne quelquefois toute l'année; mais qu'elle sévit plus particulièrement pendant la saison de l'hivernage (du 15 juin au 15 octobre environ),

période pendant laquelle règnent des pluies abondantes et des vents de sud et de sud-ouest aux Antilles. Rarement elle atteint les indigènes ou ceux qui habitent la contrée depuis plusieurs années, et sévit en général sur les nouveaux venus; mais, lorsqu'elle éclate sur un point des zones tempérées, c'est toujours pendant le règne des chaleurs; on a posé en principe que, pour que la fièvre jaune se développât, il fallait une élévation de température de 22 degrés, ce qui n'est pas absolu. En Europe, les habitants comme les étrangers subissent l'influence épidémique; cela tient à ce que les variations des saisons en changeant les modifications imprimées à l'organisme par la chaleur, rendent tous les individus susceptibles de contracter le mal; c'est ainsi que l'habitant des colonies perd sa prérogative après un séjour en Europe, et peut tomber victime au retour dans ses foyers.

L'opinion que les divers auteurs se sont faite de la nature de la fièvre jaune, se trouve exprimée dans les dénominations qu'ils lui ont données. Nous nous bornerons à rappeler que beaucoup d'auteurs d'un grand poids, tels que Lind, Pringle, Pinel, Valentin, Devèze, Gaillot, etc., la considèrent comme l'exagération des fièvres dites *bilieuses d'été et d'automne*, d'autres comme une variété de la *peste*, d'autres comme un *typhus*; etc. Depuis que M. Dubreuil l'a rapportée à la gastro-entérite, et surtout depuis que la doctrine physiologique est naturalisée dans les écoles navales, la plupart des médecins de la marine l'envisagent comme une *gastro-entérite* compliquée de phénomènes cérébraux; cependant, en 1822, M. Devèze, dans sa thèse, énonce que le siège de la maladie n'est pas constant. En 1827, M. Maire avance que la phlegmasie débute tantôt par l'estomac, tantôt par le cerveau, ou par les deux organes à la fois. Enfin, en 1828, M. Nonay se met en devoir de démontrer l'altération des fluides, et professe la théorie de l'*empoisonnement miasmatique* qui, dans l'état actuel de la science, n'est pas la moins raisonnable.

La doctrine de la fièvre jaune rapportée à la gastro-entérite n'est pas nouvelle; Warren l'avait professée en 1740, Wolfing en 1803, Tommassini en 1805; MM. Caillot, Dubreuil et Rochoux lui prêtèrent l'appui de leur expérience; mais des recherches nouvelles et les plus exactes qui aient jamais été publiées sur cette maladie, celles de M. James Gillkrest pour l'épidémie de Gibraltar en 1826, rendent singulièrement douteuse l'inflammation gastro-intestinale comme caractère constant de la fièvre jaune; elles démontrent encore que la maladie d'Europe ne diffère nullement de celle d'Amérique, quant aux symptômes et aux résultats cadavériques.

Dans l'exposé des symptômes de la fièvre jaune, nous puiserons dans l'histoire de plusieurs épidémies les caractères les plus saillants, les plus communs, et qui cadrent le mieux avec ce que nous avons observé nous-mêmes.

La maladie débute ordinairement par un frisson accompagné de lassitudes spontanées, de douleurs lombaires avec céphalalgie sus-orbitaire plus ou moins vive, quelquefois stupeur; le pouls est plein, mou, ou dur et concentré, surtout lorsque les localisations viscérales sont intenses; soit, éructations, nausées, vomissements, sensibilité, chaleur ou simple pesanteur épigastrique; la soif est plus ou moins vive, la bouche est mauvaise, la langue humide et blancheâtre au centre, mais rouge au limbe et à la pointe; la respiration est quelquefois gênée, entrecoupée; la peau est sèche avec chaleur âcre, quelquefois humide; le visage, ordinairement rouge, est par fois plus pâle que de coutume; les yeux sont injectés, sensibles à la lumière, souvent ils sont hagards; la physionomie exprime la terreur; le ventre, souple, est sensible à l'épigastre ou aux hypocondres; il y a fréquemment constipation, même opiniâtre, ou diarrhée; les urines sont rares, foncées en couleur, d'émission difficile, ou d'aspect naturel; l'accablement est général ou l'anxiété est affreuse et les douleurs déchirantes, surtout celles des reins et de la tête; il

y a quelquefois des convulsions; les extrémités sont froides, l'haleine est chaude et fétide, la face vultueuse; deux fois sur l'*Africaine*, M. Jolivet a observé l'horreur des liquides avec envie de mordre.

Tels sont les phénomènes qui constituent la première période, dont la durée moyenne est de deux à quatre jours, après lesquels la fièvre cesse tout à coup, ainsi que les douleurs qui ne laissent plus qu'un sentiment d'accablement plus ou moins profond; alors le malade et le médecin peuvent se bercer d'un vain espoir, mais bientôt les conjonctives, les ailes du nez, le contour des lèvres réfléchissent une couleur ictérique qui s'étend successivement au cou, à la poitrine et au reste du corps, donnant lieu à une teinte jaune universelle ou à des macules livides plus ou moins foncées; alors peuvent survenir des hémorrhagies par le nez, la bouche ou l'anus; les saignées et les piqûres de sangsues s'ouvrent pour donner lieu à l'écoulement d'un sang noir et liquide, très-difficile à réprimer; plus souvent le malade est fatigué par le hoquet, les éructations, les vomissements et les selles répétées, dont la matière noire ou d'un brun foncé ressemble à du *marc de café*; il survient des syncopes ou du délire; la langue fuligineuse semble se refuser à l'articulation des sons; le malade est plongé dans cet état d'affaissement et de torpeur qui constitue l'adynamie, ou bien il éprouve des douleurs atroces avec anxiété, désespoir; quelquefois des taches de pourpre se manifestent ou des parotides font éruption; les auteurs parlent de gangrène de la peau aux environs des piqûres de saignée; le ventre est plus ou moins douloureux, les urines sont supprimées, le pouls devient faible, inégal, intermittent; coma ou convulsions, délire sombre ou furieux, cris douloureux; mort dans une syncope ou dans un état apoplectique, avec les apparences d'une décomposition générale, après six ou huit jours de maladie.

M. Jolivet a remarqué que le corps du malade exhale par fois

une odeur fétide bien différente de cette *odeur de souris* du typhus européen.

Telle est la marche que suit l'affection dans les cas les plus ordinaires, marche que nous avons exposée de la manière la plus concise et en même temps la plus complète qu'il nous a été possible; les auteurs diffèrent sur le nombre des périodes ou divisions artificielles à établir, et, s'il faut en admettre plusieurs, nous ne pouvons en reconnaître que deux assez tranchées: la première, *d'excitation*, s'étend du moment de l'invasion jusqu'à celui où les symptômes d'exaltation tombent tout à coup pour faire place à la période *d'adynamie* qui se termine à la mort, laquelle est quelquefois précédée, comme on l'a vu, de symptômes *ataxiques*, qui sont comme le dernier cri de la nature expirante.

Ces périodes n'ont pas uniquement pour utilité de faciliter l'étude, elles sont aussi liées intimement au pronostic: c'est ainsi que les chances de guérison subsistent tant que la réaction est prononcée, mais lorsqu'arrive le collapsus accompagné d'ictère, d'hémorrhagies passives et de déjections noires, le pronostic est des plus graves, et si le malade guérit, le principal mérite en est aux ressources de l'organisme, car nous avons alors à confesser l'impuissance de l'art.

Néanmoins ces phases morbides ne s'enchaînent pas toujours avec la même régularité: quelquefois la maladie débute par une indisposition plus ou moins prolongée, malaise, anorexie, etc., que M. Dubreuil appelle à bon droit *période d'opportunité*, car, si l'affection vient à faire explosion, elle suit alors une marche rapide et désordonnée dont l'issue est fréquemment funeste. D'autres fois, l'invasion éclate subitement avec tant de véhémence que le malade succombe rapidement avant la période de collapsus, c'est ce que M. Jolivet a observé sur les gabiers et les canoniers de l'*Africaine*, et ce qu'on observe sur les individus d'un riche tempérament. Souvent les périodes se confondent et les symptômes se combinent de ma-

nière à ce qu'on ne peut saisir de filiation entre eux; c'est ainsi qu'en 1821, aux Antilles, la première période était souvent nulle: la faiblesse et la rareté du pouls, l'ictère et les vomissements survenaient sans exaltation préalable. Quelquefois enfin, ces périodes se prolongent jusqu'à quinze ou vingt jours de durée, après quoi le malade peut guérir ou succomber, car cette lenteur dans la marche n'est pas toujours un signe favorable. Desperrières, en décrivant la maladie de Saint-Domingue sous le nom de *fièvre ardente*, dit que la crise qui a lieu vers le cinquième jour est ordinairement salutaire; *mais ce qu'il y a de fâcheux*, ajoute-t-il, c'est que la plupart des malades meurent avant le quatrième jour... Ils guérissent d'ordinaire lorsqu'ils vont jusqu'au septième.

Parmi les symptômes considérés comme essentiels, quelques-uns peuvent manquer; c'est ainsi qu'en 1821, la suppression d'urines était loin d'être un symptôme constant; alors et en 1826, les malades succombaient assez souvent sans offrir la suffusion ictérique, sans même que les vomissements noirs se fussent manifestés; mais alors, il faut le dire, l'ictère apparaissait le plus souvent après la mort, et l'on trouvait la matière noire dans les voies digestives; les parotides et les abcès critiques n'étaient pas rares; M. Lefort n'avait observé qu'une fois le bubon inguinal. Ces abcès et les hémorrhagies sont loin d'être toujours un signe favorable.

L'épidémie n'affecte pas toujours d'emblée les caractères de la fièvre jaune; elle est quelquefois précédée de fièvres dites bilieuses, cholériques, intermittentes; c'est ce qui eut lieu pour l'*Infatigable*; il faut lire dans l'ouvrage de Rouppe les transformations de l'épidémie qu'il observait à Curaçao, et qu'il a tracée de main de maître; par la même raison l'épidémie peut se transformer au déclin, et dégénérer en fièvre intermittente, comme nous l'avons observé en 1821.

Nous avons déjà dit quelque chose du pronostic que l'on conçoit devoir varier suivant l'intensité des symptômes, la marche

de la maladie, le traitement, etc. Les pressentiments sinistres, la suppression d'urine, le vomissement noir sont les signes les plus graves, le dernier surtout.

Il est à remarquer que la maladie est d'autant plus sûrement mortelle que l'individu subit depuis plus long-temps l'influence du climat.

Les rechûtes sont moins rares que ne le fait supposer l'opinion qu'on n'est attaqué qu'une fois de la maladie. Ces rechûtes arrivent si le malade continue de s'exposer aux causes déterminantes; c'est ainsi que M. Jolivet considère comme cause des récidives qu'il a observées, la continuation du séjour à bord du navire infecté. Des cinquantes malades de l'*Endymion*, seize récidivèrent (thèse de M. Bermond). généralement les rechûtes sont moins graves que la maladie première.

Nous abordons les caractères nécroscopiques de la fièvre jaune, et ce n'est pas là le point le moins difficile de notre tâche; là git en effet le nœud de la question relative à la nature essentielle, inflammatoire ou autre, à l'existence réelle ou non de la gastro-entérite qui constitue le système dominant aujourd'hui dans les écoles. Parmi les soutiens de cette dernière opinion, M. Rochoux est l'autorité la plus imposante, en ce qu'il s'appuie d'observations nombreuses et détaillées dont il déduit les résultats suivants: 1° *Constamment* la muqueuse gastro-intestinale et celle de la vésicule biliaire sont enflammées; 2° d'inflammation des reins existe sur un tiers ou un quart des sujets; 3° quelquefois celle de la vessie; 4° quelquefois aussi celle de l'arachnoïde; 5° chez un cinquième ou un sixième des individus, celle de l'œsophage ou du pharynx; tous les autres organes sains; d'où l'inflammation des voies digestives est le caractère essentiel. Cette conclusion s'accorde du reste avec les résultats déduits de presque toutes les recherches d'anatomie pathologique faites sur la fièvre jaune, depuis le milieu du dernier siècle; quelques-uns, même, ont parlé d'ulcères, de gangrène de l'estomac;

Nous allons voir ce qu'on doit penser de ces observations , eu égard du moins aux recherches de M. Gillkrest, que nous avons promis de faire connaître, et à celles qui nous sont propres.

Si nous manquons de notions positives sur l'anatomie pathologique de la fièvre jaune , dit cet excellent observateur, c'est qu'on s'est trop hâté de conclure d'un petit nombre de faits, ou parce qu'on observait avec des idées préconçues, ou enfin parce qu'à défaut d'habitude et d'attention on n'apportait qu'un examen superficiel à l'ouverture des cadavres. C'est ainsi qu'on parle de gangrène de l'estomac et des intestins; cependant il est très certain que la gangrène de ces parties n'a point lieu dans la fièvre jaune. Qui n'a point entendu parler de l'inflammation de la muqueuse de l'estomac et des intestins? et cependant nous savons maintenant que ce qu'on a regardé comme de fortes preuves de l'existence de cette inflammation, est précisément des plus équivoque.

L'auteur s'étaie ensuite du concours de M. Chervin, qui a consacré quinze ans de sa vie à l'étude de la fièvre jaune; de M. Louis, qu'on peut regarder à bon droit comme le médecin le plus exercé en fait d'investigations cadavériques; de M. Trousseau, connu par des travaux estimés dans le même genre.

M. Gillkrest regarde comme de fausses apparences morbides la simple rougeur de la muqueuse gastro-intestinale, l'injection arborisée des veines des plis du canal, le simple ramollissement de la muqueuse, certaines colorations des bronches, le ramollissement de la substance du cerveau, la congestion des vaisseaux de la partie postérieure de l'encéphale, une vive coloration de la surface interne des artères, tous phénomènes qui peuvent survenir après la mort.

Les phénomènes suivants sont communs à d'autres affections : amas de sérosité sous l'*arachnoïde*, à la base du crâne ou dans les ventricules; substance *cérébrale* pointillée

ou légèrement teinte en rouge; serum dans le canal vertébral; *moëlle* de l'épine plus consistante ou plus molle que dans l'état normal; rougeur de la surface interne des *bronches*; *œsophage* dépouillé de son épiderme. *Estomac* : gonflement, plaques grisâtres, rides épaisses, taches en grappes sous la muqueuse, plaques ou raies de la même couleur, muqueuse mamelonnée, épaissie ou amincie. *Intestins* : plaques grisâtres plus communes dans l'iléon, épaissement, amincissement de la muqueuse, distension par des gaz. *Vésicule biliaire* rétrécie, amincie, épaissie, muqueuse enflammée, contenant très peu de bile, d'un rouge orange des plus intenses, entièrement vide, contenant du serum ou une petite quantité de bile verte, ou de la bile visqueuse en abondance, ou de la consistance du goudron, ou contenant un peu de pus; canal cystique obstrué plus ou moins complètement.

Les organes ci-après n'ont généralement point été trouvés malades : le péricarde, le cœur, la surface interne des veines, la rate, le pancréas, les glandes mésentériques, les reins, les uretères, la vessie, le péritoine.

L'ulcération des plaques de Peyer, commune dans le typhus et les fièvres lentes, n'a point été observée dans la fièvre jaune.

Voici les altérations pathologiques propres à l'épidémie de Gibraltar (qui, avons nous dit, est essentiellement semblable à toutes celles d'Amérique) :

Jaunisse, mais non constante, légère ou foncée, pouvant s'étendre au tissu cellulaire, mais ne colorant jamais la sérosité; oreilles, doigts, orteils livides, lividité du col, des omoplates et des aînes plus grande que dans d'autres maladies; chaleur persistante des viscères abdominaux; odeur du cadavre pas plus désagréable, ni décomposition plus prompte que dans d'autres maladies. Lorsque la mort est rapide, à l'instant fatal le corps éprouve une altération de couleur remarquable, et passe du jaune grisâtre au livide foncé, depuis le milieu

du corps jusqu'au col et aux oreilles; celles-ci, les mains, les avant-bras peuvent à peine, à quelque distance, être distingués des mêmes parties chez un nègre. La partie postérieure du corps, le pénis et le scrotum prennent la même teinte; cet état est bien distinct de la putréfaction et n'affecte pas l'odorat. Dans cet état, les muscles sont pâles et friables, tandis que dans les cas ordinaires ils conservent leur couleur et leur fermeté; alors seulement le cœur est aussi pâle et ramolli.

Au dire des auteurs le foie est le plus souvent intact: selon M. Gillkrest, c'est l'organe qui présentait les changements morbides les plus constants et les plus remarquables, surtout sous le rapport de la couleur. Celle-ci, durant la plus grande partie de l'épidémie, était d'un vert jaunâtre ou couleur olive pâle, approchant assez de la poudre de *colombo*. Cette couleur affectait toute la substance de l'organe qui était pointillé de rouge vif; elle s'est montrée quelquefois nuancée de vert foncé et très-rarement partielle. Vers la fin de l'épidémie, la couleur la plus ordinaire était le rouge-brun que M. Trouseau comparait à celui des anciens revers de bottes, comparaison triviale, mais expressive. Ces couleurs résistaient au broiement et à la macération. Le foie était peu gorgé de sang, les canaux biliaires ne contenaient aucune trace de bile; on a rencontré le canal cystique obstrué. Rarement l'organe était augmenté de volume, sa substance était friable entre les doigts; aucune trace d'adhérences, d'abcès ou d'autres signes d'inflammation.

Dans les cas de mort rapide, le changement de couleur du foie était rarement bien marqué.

Il résulte que ces altérations peuvent être considérées comme dépendantes des fonctions de sécrétion, et non pas comme des changements de structure de l'organe biliaire.

Je suis entièrement convaincu, continue M. Gillkrest, qu'il n'y a point de lésion de l'estomac caractéristique de la

fièvre jaune, si ce ne sont les apparences du fluide qui constitue le vomissement noir, fluide qui n'a été observé ni pendant la vie, ni après la mort, dans la moitié des cas. Quant aux changements de tissu caractéristiques de l'inflammation, ils n'existent pas de manière à pouvoir rattacher le groupe de symptômes qui composent la fièvre jaune, à l'idée d'une localisation de la cause prochaine dans l'estomac, et à voir dans ces symptômes la réflexion d'une gastrite ou gastro-entérite. Les conditions nécessaires pour établir d'une manière satisfaisante l'inflammation de la muqueuse gastrique n'ont existé que rarement et accidentellement, ou comme lésions secondaires, et jamais essentiellement liées à la maladie. Dans les cas même de vomissement noir et d'existence de ce fluide dans l'estomac, cet organe apparaissait dans un état tout à fait naturel, et de même que, dans des cas où la céphalalgie avait existé au plus haut degré d'intensité, durant tout le cours de la maladie, on ne rencontrait que très-peu de traces morbides dans le crâne, de même, dans les cas où la sensibilité et la douleur à l'épigastre avaient été le plus remarquables, les signes de l'inflammation avaient peut-être été tout à fait nuls. Néanmoins, un changement de couleur plus ou moins marqué de la muqueuse était le plus ordinaire dans cette fièvre.

Les observations tendent à établir l'opinion de John Hunter, que la matière du vomissement noir est le produit d'une exsudation passive au travers des vaisseaux capillaires de l'estomac. On a quelquefois pu prendre, pour ainsi dire, la nature sur le fait, ayant trouvé des traces de fluide noir dans le tissu cellulaire sous-jacent, et passant à la surface de la membrane muqueuse; quelquefois cette matière était mélangée de sang rouge, d'autres fois ce dernier seul existait dans l'estomac. Le fluide noir ne comporte aucune propriété corrosive, il est insipide, M. Chervin en a plusieurs fois avalé.

On rencontre ce fluide à divers états au nombre de quatre: