Enfin, Netter a employé systématiquement l'adrénaline depuis cinq ans chez ses malades atteints de diphtérie grave : nous reviendrons tout à l'heure sur la communication de cet auteur, mais nous voulions signaler dès à présent sa méthode thérapeutique, car les bons résultats qu'il a obtenus paraissent bien indiquer que l'insuffisance capsulaire intervient pour une part dans la diphtérie, comme elle peut le faire d'ailleurs dans toutes les autres maladies infectieuses.

Il sera intéressant, en effet, maintenant que l'attention est attirée sur ce point, de chercher si l'insuffisance surrénale n'intervient pas, pour provoquer des complications encore mal interprétées que l'on constate dans une série de maladies infectieuses, et en particulier dans la fièvre typhoïde. Depuis longtemps, tous les auteurs qui s'occupent de cette maladie ont fait remarquer, à juste titre, combien le diagnostic de myocardite que l'on porte en clinique ne correspond pas à des lésions bien manifestes du myocarde. Il m'est arrivé personnellement bien des fois de faire l'autopsie d'un malade qui avait présenté cliniquement tous les signes d'une myocardite aiguë des plus nettes, et qui cependant à l'autopsie, avait moins de lésions du muscle cardiaque que tel autre malade dont le coeur semblait n'avoir présenté aucun trouble pendant l'évolution de la maladie. Je crois que beaucoup de ces troubles cardiaques attribués encore journellement à la myocardite, sont dus à autre chose et en particulier à l'insuffisance surrénale, tout au moins dans un certain nombre de cas.

Une observation récente de Josué semble d'ailleurs tout à fait conforme à cette conception : il s'agit d'un homme arrivé au dix-huitième jour d'une fièvre typhoïde, chez lequel on constata brusquement une asthénie très marquée, de la cyanose intense avec tendance à la syncope, en même temps que son pouls battait à 146 pulsations par minute. On donna au malade en deux fois, dans la journée, une potion contenant deux milligrammes d'adrénaline. Les cinq jours suivants, on injecta quotidiennement sous la peau 500 grammes de sérum artificiel, auquel on avait ajouté 1 milligramme d'adrénaline. L'état du malade s'améliora sensiblement : le pouls descendit à 120, la température oscilla autour de 34 degrés 7, les urines atteignent un litre et demi ; le malade sortit de sa torpeur, l'état général devint meilleur, et le malade finit par guérir.

Il est un autre accident qu'on observe assez souvent au cours de la fièvre typhoïde et que l'on peut attribuer, dans certains cas, tout au moins, à l'insuffisance surrénale : c'est la mort subite. Depuis longtemps, en effet, on a signalé cette terrible complication qui peut survenir au cours des dothiéntéries, même les plus bénignes en apparence. Un malade qui, le matin encore, semblait en très bonne voie de guérison, présente brusquement dans l'après-midi une grande faiblesse et meurt, soit subitement, soit en quelques heures. L'interprétation donnée à de tels faits n'est pas tout à fait satisfaisante : d'une part on a invoqué un réflexe qui partirait des ulcérations typhiques et qui produirait un arrêt des battements du coeur, comparant ce processus à l'expérience de Stoltz par

laquelle on arrête le coeur d'une grenouille en lui percutant le péritoine mis à nu ; il ya là une comparaison très intéressante, mais rien de plus. D'autre part, on a pensé que c'est la myocardite typhique qui produit ces cas de mort subite. Cette opinion est soutenable quand, pendant la vie, le malade a présenté des symptômes d'insuffisance cardiaque, et lorsqu'à l'autopsie on trouve des lésions du myocarde ; mais il existe des cas nombreux où ni l'une ni l'autre de ces conditions n'ont été relevées, par des observateurs cependant très soigneux. Peut-être, si l'on avait examiné alors les capsules surrénales au point de vue macroscopique et microscopique, aurait-on trouvé au niveau de ces organes la solution du problème pathogénique.

En tout cas, voici le fait que j'ai observé personnellement avec mon vénéré maître Albert Gombault. Un jeune malade de dix-huit ans, qui était en traitement pour une fièvre typhoïde régulière, présente au dix-huitième jour une syncope pour laquelle on lui fait une piqûre d'éther et de caféine qui paraissent le ranimer quelques instants, mais il reste très asthénisé, incapable de faire un mouvement, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose, et son pouls qui, jusqu'à ce moment s'était maintenu parfait, devient brusquement faible et très rapide. Une heure après, une nouvelle syncope se produit qui entraîne la mort. L'autopsie faite avec tout le soin désirable, montra comme toute lésion pouvant avoir entraîné un accident aussi foudroyant, une surrénalité infectieuse bilatérale avec hémorragies multiples.

Je pense donc que, dans certains cas tout au moins, la mort brusque observée comme terminaison de la fièvre typhoïde peut être due à une insuffisance des capsules surrénales ; il me semble, d'autre part, que certains faits enregistrés sous le nom de myocardite sont mieux expliqués par une lésion de ces glandes ; enfin on peut se demander si certains cas de fièvre typhoïde avec asthénie profonde, ne relèvent pas, en partie tout au moins, de la même pathogénie.

J'ai insisté dans une leçon clinique récente sur le rôle que joue l'insuffisance aiguë des capsules surrénales dans les accidents de la fièvre typhoïde, et je me basais pour l'admettre non seulement sur les cas anatomo-cliniques que je viens de rapporter, mais aussi sur des faits de maladie d'Addison qui sont apparus à la suite de la dothiéntérie. Sergent a rapporté des observations de ce genre, et j'en ai signalé moi-même un cas qui m'a paru tout à fait instructif : un homme de vingt-cinq ans, indérmine de tout passé pathologique, est atteint de fièvre typhoïde à forme ataxo-dynamique ; il présente au cours de l'évolution de sa maladie des accidents cardiaques qui font redouter une évolution fatale. Il guérit néanmoins, mais deux mois après le début de sa convalescence, il revient me trouver à l'hôpital parce qu'il présentait une asthénie telle que toute occupation lui devenait impossible. Je pus constater en outre qu'il présentait une mélanodermie très nette, des taches noires au niveau de la muqueuse buccale, et que sa tension artérielle était très diminuée. Le diagnostic de maladie d'Addison s'imposait, et comme