

PAGE

MANQUANTE

Le goître exophtalmique, Pathogénie et traitement (1)

PAR LE DR E. P. BENOIT,

*Professeur titulaire de clinique médicale à l'Université
Laval ; médecin de l'Hôpital Notre-Dame*

Monsieur le Président.

Messieurs.

Vous avez, à votre avant-dernière séance, mis à l'ordre du jour une discussion sur le goître exophtalmique, les causes de la maladie, les moyens de la traiter. Mon collègue Parizeau m'a demandé d'ouvrir cette discussion par un résumé de la question au point de vue médical. J'ai accepté bien volontiers cette tâche. Mais j'éprouve, au moment de la remplir, le besoin de vous rappeler que le goître exophtalmique est une maladie encore à l'étude, dont certains points demeurent obscurs. Ce que je pourrai vous en dire sera donc forcément incomplet. Le sujet, néanmoins, ne manque pas d'intérêt ; la physiologie expérimentale et la sérothérapie y ont fait entrer récemment des aperçus nouveaux d'une très grande importance ; nous commençons à mieux interpréter les symptômes de cette bizarre maladie ; la pathogénie du myxoedème, aujourd'hui suffisamment connue, n'a pas peu contribué à éclaircir le problème, à nous révéler le rôle immense que jouent dans la nutrition de l'organisme, les sécrétions internes ; enfin, la thérapeutique de la maladie de Basedow s'engage dans une voie nouvelle pleine de promesses. Il y a donc là tous les éléments voulus pour que la discussion du goître exophtalmique, de sa pathogénie, de son traitement, soit intéressante et instructive.

Comme entrée en matière, voyons donc ; (1) quels sont les symptômes particuliers à cette maladie ; (2) à quelles causes on les rattache, et si (3) le traitement médical peut les combattre avec succès. Nous pourrions alors résumer, sous forme de (4) conclusions, l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet.

1.—LE GOÎTRE EXOPHTALMIQUE

Le goître exophtalmique est caractérisé par l'augmentation de volume de la glande thyroïde et la préminence des globes oculaires : ce sont les deux symptômes qui ont donné son nom à la maladie ; ils s'accompagnent de deux autres non moins importants : la tachycardie et le tremblement. La maladie débute habituellement par la tachycardie ; elle peut débiter par le goître, ou l'exophtalmie, ou le tremblement. Dans les formes frustes, l'un ou l'autre de ces symptômes peut être très effa-

cé ou manquer complètement, sauf l'accélération du cœur, qui fait rarement défaut.

Les symptômes cardinaux sont suivis de symptômes accessoires plus ou moins nombreux, variables avec chaque cas, mais pouvant atteindre presque tous les organes. L'énumération en est longue. Citons, pour le système nerveux, des troubles moteurs (dérobement des jambes, monopégies ou paraplégies, crises épileptiformes), des troubles sensitifs (névralgies frontales ou oculaires, crises d'angine de poitrine, crises de gastralgie), des troubles psychiques (agitation, instabilité, irritabilité, insomnie, cauchemars, délire). Au tube digestif, l'appétit irrégulier, le vomissement ne sont pas rares, la diarrhée est très fréquente. On peut avoir au poumon de la dyspnée et des congestions, au foie de l'ictère, au rein de la polyurie et de l'albuminurie, à la peau des poussées d'érythème ou d'urticaire. La fièvre et les œdèmes sont fréquents. Les malades éprouvent des sensations de chaleur intolérables, ont des bouffées chaudes au visage ; ils transpirent de la figure, des mains, parfois de tout le corps.

Enfin, les progrès de la maladie amènent une cachexie que l'on a qualifiée de thyroïdienne. L'amaigrissement se fait par crises : il est dû principalement à une augmentation considérable des échanges nutritifs, amenant une consommation de calories bien au dessus de la normale. L'anémie, l'anorexie, la diarrhée, l'ictère, l'albuminurie annoncent la déchéance organique. La mort a lieu dans le collapsus.

La simple énumération des symptômes du goître exophtalmique suffit à nous faire comprendre qu'il ne s'agit pas uniquement d'une affection localisée, mais bien d'une perturbation générale de la nutrition. Sans doute, les premiers symptômes sont au cœur, à la glande thyroïde, aux globes oculaires ; mais ce ne sont que des symptômes de début, des symptômes prémonitoires, indiquant tout au plus que le premier territoire envahi est celui dont les filaments nerveux sont reliés au plexus cervical et au plexus cardiaque. Peu à peu, la maladie se généralise ; le plexus solaire devient intéressé à son tour ; on voit alors le système nerveux sympathique perdre le contrôle des fonctions élémentaires des tissus et des glandes et c'est, en somme, la cachexie thyroïdienne qui s'installe dans bien des cas.

Quelles sont les lois qui régissent l'évolution de cette curieuse maladie ? Évidemment le système nerveux y joue un grand rôle. Mais on n'a pas prouvé qu'il soit prépondérant. On commence à croire qu'il sert surtout d'intermédiaire pour la généralisation des symptômes, et que, s'il peut également spécialiser certains d'entre eux, cela est dû sans doute à ses fonctions, mais n'explique pas pourquoi les fonctions nerveuses sont altérées. On accuse davantage la glande thyroïde, dont la sécrétion interne exercerait dans le sang une action antitoxique prononcée sans laquelle le système nerveux, le grand sympathique surtout, perd son contrôle des fonctions vitales, en particulier de celles qui commandent la vie végétative, la vie de nutrition. Et le goître exophtalmique

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, séance du 20 avril 1909.
Monsieur le Président,

devient alors le résultat, non pas d'une perturbation nerveuse inexpliquée, d'une névrose, mais bien d'une intoxication d'origine interne atteignant d'abord le système nerveux, puis secondairement les tissus et les organes.

II.—PATHOGENIE DU GOÏTRE EXOPHTALMIQUE

Étudions rapidement les deux théories qui se trouvent en présence.

2e THÉORIE NERVEUSE

On peut affirmer avec certitude que les troubles circulatoires qui affectent si profondément les vaisseaux du cou, les vaisseaux de l'orbite et la glande thyroïde elle-même sont causés par le système nerveux. Celui-ci n'exerce plus sur la région cervicale son contrôle habituel, et les vaso-constricteurs, pendant les crises, semblent être paralysés. Le cœur lui-même est en proie à une surexcitation nerveuse intense. Enfin le tremblement si caractéristique pourrait s'interpréter à la rigueur par un simple trouble d'innervation.

Les uns incriminent le bulbe, parce que, parmi les symptômes accessoires, on rencontre quelquefois des névralgies du trijumeau ou des paralysies faciales, et que l'autopsie de certains sujets a fait constater dans la région bulbaire des hémorragies, des dilatations vasculaires, des atrophies, des dégénérescences. Malheureusement, dans d'autres cas, on n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion, et cependant les symptômes spéciaux du goître exophtalmique existaient. De plus, une altération anatomique ou fonctionnelle du bulbe n'explique pas, par exemple, les paralysies des membres, qu'on a vu survenir tout aussi bien que celles de la face, ni les troubles psychiques qui existent toujours dans la maladie de Basedow.

D'autres auteurs accusent spécialement le grand sympathique, et cette théorie a certainement beaucoup plus de vraisemblance que la précédente. Le système sympathique, qu'on avait jusqu'ici beaucoup négligé, qui constitue en quelque sorte un accessoire extra-rachidien du système cérébro-spinal, et qui est chargé spécialement du contrôle des phénomènes végétatifs ou de nutrition, joue plus souvent qu'on ne croyait son rôle dans certaines manifestations pathologiques. On a cité, avec le goître exophtalmique, l'épilepsie, le glaucome, certaines crises d'angine; certaines asystolies réflexes, la maladie d'Addison, le diabète, l'entérocélite muco-membraneuse. Quelle serait l'action du sympathique cervical dans le goître exophtalmique ?

Voici l'opinion d'Abadie, résumée par son élève Herbert. "Tout semble se passer comme s'il y avait une excitation permanente des fibres vaso-dilatatrices seules du sympathique cervical ou de leurs noyaux d'origine. L'action des vaso-constricteurs étant abolie par un phénomène d'inhibition, les artères carotides et thyroïdiennes se dilatent, le corps thyroïde s'hypertrophie consécutivement à la turgescence des artères, d'où le goître; les vaisseaux rétro-bulbaires se dilatent également, d'où l'exophtalmie. Enfin la tachycardie existera comme elle

existe toujours lorsque le grand sympathique est excité." Vous remarquerez qu'ici le tremblement n'est pas expliqué. Mais il ya des objections encore plus sérieuses à poser. Si le grand sympathique est atteint, comment expliquer l'intégrité de la pupille, intégrité incompatible avec une lésion du sympathique? Comment expliquer également que la symphicectomie, proposée comme traitement du goître exophtalmique, tantôt a donné d'excellents résultats, tantôt est restée sans effet? Il faut donc qu'il y ait autre chose.

De plus, on peut faire observer que si la maladie de Basedow détermine un grand nombre de symptômes nerveux, et procède par crises comme une névrose, elle donne, d'un autre côté, des poussées fébriles, ce que les névroses ne font pas, et modifie profondément la nutrition: l'anorexie, la diarrhée, l'ictère, l'albuminurie, l'amaigrissement, la perte des forces surviennent rapidement chez les malades atteints de goître exophtalmique. Les poussées d'érythème ou d'urticaire sont essentiellement des manifestations toxiques. Enfin, et c'est un fait à noter, la maladie vient parfois se greffer sur un goître simple, et le basedowifier. Le goître exophtalmique est donc plus qu'une névrose: c'est une maladie altérant profondément la nutrition générale. Un grand nombre des symptômes secondaires qu'il détermine se rapprochent beaucoup des symptômes constatés dans les maladies de la nutrition comme le diabète, dans les auto-intoxications comme l'urémie, dans les intoxications proprement dites comme l'alcoolisme ou l'hydrargyrisme. Ces deux dernières maladies s'accompagnent d'un tremblement qui offre une certaine analogie avec celui des basedowniens. L'accélération du pouls ou tachycardie n'est pas rare dans les infections et les intoxications. Enfin, le corps thyroïde lui-même s'hypertrophie souvent pendant la grossesse, et il est probable que le goître simple est dû à un défaut de nutrition. Pourquoi le goître exophtalmique ne serait-il pas une intoxication due à la glande thyroïde, comme le diabète est dû au foie et l'urémie aux reins?

2e THÉORIE THYROIDIENNE

Les découvertes récentes des physiologistes concernant le rôle de la glande thyroïde dans la nutrition nous ont apporté sur ce point des renseignements nouveaux, mais non encore définitifs.

Il est évident que le corps thyroïde et ses glandes accessoires ou parathyroïdes jouent dans la nutrition un rôle important. Ce rôle paraît être double et s'appliquer d'un côté à la nutrition, et de l'autre côté, à la défense de l'organisme. Cette dualité dans l'action nous était déjà connue par le foie, qui utilise la matière glycogène pour maintenir la chaleur animale et en même temps excrète au dehors de l'organisme, par la bile, des substances nuisibles. La différence; c'est que le foie est une glande à sécrétion externe bien définie, tandis que le corps thyroïde et ses glandes constituent une glande à sécrétion interne difficile à analyser. Quoi qu'il en soit, les faits connus jusqu'à présents sont significatifs.

Le rôle important que joue le corps thyroïde dans la nutrition ne saurait être mieux démontré que par le myxoedème, qui apparaît chaque fois que la glande est atrophiée, absente ou enlevée. Le myxoedème congénital empêche la croissance; les myxoedèmes de l'adolescence, de l'âge adulte ou post-opératoires altèrent considérablement l'organisme, surtout la peau et le système nerveux; on a pu expérimentalement, en greffant dans le péritoine une glande thyroïde, pratiquer ensuite sans mauvais effets consécutifs une thyroïdectomie totale.

Le corps thyroïde renferme une substance, l'iodothyriane, qui est évidemment une combinaison organique de l'iode; on y a trouvé également de l'arsenic et du phosphore; et précisément ces substances chimiques sont les plus nécessaires au développement des tissus affectés par le myxoedème, c'est à dire la peau, le système pileux, les neurones et les os. Les relations de cause à effet sont ici très évidentes pour ne pas les admettre,

Quant au rôle antitoxique du corps thyroïde au pû-tôt de ses glandes accessoires, il se vble être démontré par le fait expérimental suivant: l'ablation des glandes accessoires est ordinairement suivie d'accidents aigus, telles que dyspnée, tachycardie, convulsions, tétanie avec hyperthermie.

Mais comment s'exerce ce rôle antitoxique de la glande? Comme on a trouvé dans la thyroïde, en outre de l'iodothyriane, d'autres substances, comme la thyroïdine, la thyroïdoprotéide, on a émis l'hypothèse que ces substances sont là pour neutraliser certaines toxines de l'organisme, entre autres les toxines d'origine intestinale. L'hypothèse pourra bien se vérifier; mais la démonstration n'en a pas encore été faite, et seules des tentatives récentes de sérothérapie confirment en partie cette hypothèse.

Que se passe-t-il en somme dans le goître exophtalmique? La maladie a bien les allures d'une intoxication portant spécialement sur les centres nerveux. Est-ce par hyperfonction thyroïdienne? Il ne semble pas, puisqu'on n'a pas trouvé, dans le goître exophtalmique, d'iodothyriane en excès, ni de thyroïdine, ni de thyroïdoprotéide, et puisque, bien souvent, la thyroïdectomie, est demeurée sans effet. Il faudrait d'ailleurs expliquer la cause de cette hyperfonction.

Certains auteurs pensent que les maladies infectieuses, par exemple, peuvent atteindre la thyroïde comme elles atteignent le rein, déterminer une thyroïdite qui passe à l'état chronique et peu à peu altère la fonction de l'organe. Mais ils ne nous expliquent pas pourquoi cette altération donne du goître exophtalmique plutôt que du myxoedème, touche la fonction antitoxique plutôt que la fonction nutritive. Les opinions ne sont pas non plus d'accord sur le caractère même de cette altération fonctionnelle. Les uns, avec Gauthier (de Charolles), pensent que la glande lésée sécrète une iodothyriane anormale qui localise ses effets; d'abord sur la région bulbo-protubérantielle, puis modifie profondément les échanges intra-organiques. Les autres croient, avec le prof. Gley, que l'appareil thyroïdien devient incapable de neutrali-

ser certaines toxines qui vont exercer une action élective sur les centres nerveux sympathiques ou médullaires.

Il est permis de croire que ces hypothèses renferment une part de vérité, et qu'elles aideront à trouver la vérité toute entière. On nous expliquera, un jour, la pathogénie entière du goître exophtalmique, et comment il se fait que des goîtres simples n'altèrent pas la nutrition générale, alors que des goîtres exophtalmiques paraissent toxiques. On nous dira également quels liens unissent la glande thyroïde à la glande thymus, et pourquoi celle-ci, dans le goître exophtalmique et le myxoedème, subit parfois une reviviscence imprévue, reprend ses fonctions éteintes depuis des années, et même atteint un volume considérable.

En attendant, nous pouvons répéter à propos des sécrétions internes ce qu'écrivaient en 1904 Morat et Doyon dans leur "Traité de Physiologie": "Certains organes (ils parlent ici de la glande thyroïde et des capsules surrénales) sont démontrés nécessaires à la vie sans que l'on puisse définir exactement la fonction qui leur revient. Manifestement, ces organes entretiennent de échanges avec le sang; ils reçoivent de lui certaines substances qu'ils lui restituent après transformation; et c'est la nature particulière de cette transformation qui reste le problème à résoudre pour chacun d'eux."

III.—TRAITEMENT DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

La pathogénie du goître exophtalmique étant encore à l'étude, les divers éléments qui participent à la détermination de cette maladie n'ayant pas encore reçu la définition exacte de leur rôle, nous n'avons pas lieu d'être surpris que le traitement soit demeuré jusqu'ici peu satisfaisant. On ne peut combattre avec succès une affection que lorsque la cause en est parfaitement connue. Or, si l'on est en droit d'accuser primitivement dans le goître exophtalmique, une perturbation de la sécrétion thyroïdienne, et secondairement un trouble d'innervation du grand sympathique, nous ignorons absolument le processus intime de ces phénomènes, et les recherches récentes de la physiologie expérimentale et de la sérothérapie, si elles nous font espérer la solution du problème, ne nous en donnent pas encore le dernier mot.

Le traitement du goître exophtalmique demeure un traitement symptomatique; nous ne possédons pas de spécifique pour la maladie de Graves ou de Basedow.

N'ayant pas qualité spéciale à juger les procédés de chirurgie, dont mon collègue St Jacques vous expliquera beaucoup mieux que moi les indications et l'efficacité, je ne parlerai que du traitement médical, du plus ancien, basé sur les médicaments et l'électricité, du plus récent, encore dans son enfance, mais qui promet beaucoup, la sérothérapie.

1^{er} TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Il y a à traiter les crises paroxystiques, et, dans l'intervalle des crises, la maladie elle-même.

Pendant les crises, on applique de la glace sur le

corps thyroïde dans des sachets et sur la région précordiale dans sac ou une vessie. En même temps, suivant le précepte de Trousseau, on prescrit la digitale à hautes doses. Par exemple : 60 à 80 centigrammes de poudre de feuilles, données toutes les demi heures pendant deux à trois heures, à 15 centigrammes à la dose. Si l'amélioration n'est pas satisfaisante, on essaiera d'appliquer des sangsues sur le cou, ou encore la saignée au bras, et l'on pourra faire inhaler, mais avec une extrême prudence, de l'éther ou du chloroforme.

Pour le traitement du goître exophtalmique lui-même, les médicaments conseillés sont tellement nombreux, qu'ils ont fait dire à un médecin spécialiste allemand Moebius, que l'Amérique doit être l'eldorado des apothicaires. Aussi je renonce à vous en donner une énumération complète, me contentant de citer ceux qu'on emploie le plus souvent, et qui donnent les résultats les moins défavorables.

Pour combattre l'excitation nerveuse et l'éréthisme cardiaque, on a conseillé le bromure à hautes doses, par exemple 3 ou 4 grammes par jour d'une solution tribromurée. C'est un traitement employé dans les névroses, et spécialement l'épilepsie. On conseille également le valérienat d'ammoniaque pour calmer les palpitations et la dyspnée ; c'est un médicament qui rend de bons services chez les cardiaques nerveux. D'après le même principe, on traite la tachycardie par la digitale, dont on fait prendre, 10 à 20 centigrammes de feuilles sèches en infusion.

Dieulafoy, se basant sur le fait que l'ipéca à doses nauséuses agit dans les cas d'éréthisme cardio-vasculaire et de dyspnée chez les urémiques, ou dans l'éréthisme vasculaire et les hémoptysies chez les tuberculeux, prescrit aussi ce médicament dans le goître exophtalmique. Il ajoute la digitale et l'opium, et formule ainsi :

Poudre d'ipéca	0.05 centig.
Poudre de feuilles de digitale	0.02 centig.
Extrait d'opium	1-4 centig.

Pour une pilule.—Prendre quatre pilules par jour, en évitant les vomissements.

Les calmants du système nerveux, combinés à l'hydrothérapie* (douches en pluie à 25 degrés C, puis abaisser progressivement la température pour arriver à la douche écossaise) ont été employés pendant longtemps. On semble préférer aujourd'hui aux médicaments nervins le traitement de Forcheimer, qui donnerait de meilleurs résultats, c'est-à-dire la quinine à hautes doses : 5 grains trois fois par jour, longtemps prolongés. Les fortes doses de quinine, comme on sait, ont une action ralentissante sur le cœur et l'innervation sympathique. On peut remplacer la quinine par l'antipyrine à hautes doses. Moebius, sur les conseils de Sahli et Kocher, s'est servi du phosphate de soude, 2 à 10 grammes par jour, et prétend avoir obtenu de bons résultats. Il donne évidemment le phosphate comme tonique du système nerveux.

On oblige également les malades à garder le lit. L'attitude, dit Brissaud, est le plus sûr calmant de l'agita-

tion physique et psychique ; c'est un préservatif contre la cachexie Basedownienne.

Malgré tout, le traitement médicamenteux, exclusivement symptomatique, est assez limité. Les résultats qu'on obtient, quels que soient les médicaments qu'on emploie, sont variables : quelquefois très bons, souvent médiocres, parfois nuls. Et il est impossible de donner la cause de cette irrégularité des effets.

2e TRAITEMENT ELECTRIQUE

L'électricité est certainement préférable aux médicaments. Elle influence plus profondément les fonctions de la glande thyroïde et l'innervation du grand sympathique ; elle modifie davantage la nutrition générale.

On préconise deux méthodes : celle des courants continus, celle de la faradisation.

METHODE DES COURANTS CONTINUS.—On applique les deux rhéophores de chaque côté du cou, au niveau du ganglion cervical supérieur, puis au niveau des pneumogastriques, en faisant passer un courant d'une intensité de 3 à 8 milli ampères, suivant la tolérance, pendant huit à dix minutes. Séance tous les jours pendant vingt-cinq jours à trente jours. Reprise après huit jours.

METHODE DE FARADISATION, (méthode Vigourous modifiée par Delherm). C'est celle à qui on semble donner la préférence en ce moment à Paris. On peut commencer la séance par la galvanisation du goître : on roux modifiée par Delherm). C'est celle à qui on s'empare de la batterie : une autre plaque, reliée au positif, est placée à la nuque. Il faut utiliser de fortes intensités (Joffroy). La séance sera d'une à dix minutes selon la tolérance du malade.

On passe ensuite à la faradisation de l'orbiculaire, de la région carotidienne, de la région précordiale. Pour l'orbiculaire des paupières, placer au point moteur une petite électrode, et donner au courant une intensité suffisante pour qu'il se produise une contraction nette (Vigourous) ; après avoir électrisé chaque orbiculaire pendant une minute, faradiser la carotide à l'angle de la mâchoire inférieure pendant le même temps, puis la région précordiale pendant trois à cinq minutes.

La durée du traitement est de trois à quatre mois avec des séances quotidiennes. La diminution du goître, l'atténuation du tremblement, la disparition de la diarrhée, l'amélioration de l'état général se font souvent au bout de quelques séances. L'atténuation de la tachycardie et de l'exophtalmie est plus lente.

Le reproche qu'on peut faire au traitement par l'électricité, c'est qu'il n'est qu'empirique, que symptomatique, et qu'il ne met pas à l'abri des récurrences.

3e TRAITEMENT SEROTHERAPIQUE

Aussi la sérothérapie nous donne-t-elle de bien plus belles espérances, parce qu'elle s'adresse directement à la cause, bien que celle-ci soit encore mal définie. La sérothérapie du goître exophtalmique n'est encore qu'à son début ; cependant, elle laisse entrevoir de brillants résul-

tats, d'autant plus consolants que l'opothérapie avait subi un échec complet.

Gilbert Ballet et Henriques ont été les premiers, à utiliser le sérum d'animaux éthyroïdés dans le traitement du goître exophtalmique ; ils ne paraissent pas avoir poussé leur étude bien à fond. En Allemagne, Moebius a appliqué avec succès la méthode française ; il emploie un sérum de mouton éthyroïdé additionné d'acide phénique, qu'il fait prendre par la bouche. Il a à son crédit une série de neuf-cas, tous améliorés.

Hallion, en France, préfère administrer le sang total de moutons éthyroïdés, additionné de glycérine. Il croit que les propriétés immunisantes ou curatives du sang sont fixées dans les globules et non pas dans le sérum. Il prescrit son hémato-éthyroïdine par cuillerées à thé, dans de l'eau. Par exemple : 1 à 2 cuillerées à thé par jour, au moment des repas. Ou bien : 3 cuillerées à thé par jour la première semaine, 3 cuillerées à dessert par jour la deuxième semaine, 3 cuillerées à soupe par jour la troisième semaine ; puis diminuer la dose les semaines suivantes et recommencer. Je ne sais pas si Hallion a publié la statistique des cas traités par l'hémato-éthyroïdine, mais on fait beaucoup d'éloges de ce produit.

En Angleterre, Rogers et Bèche procèdent différemment : ils injectent à des lapins la thyroïdine et la thyroprotéïde, c'est-à-dire les sécrétions thyroïdiennes internes que l'on suppose être antitoxiques, et emploient le sérum ainsi obtenu au traitement de la maladie de Basedow. Leur statistique est de 55 cas, traités avec les résultats suivants : 20 guéris, 24 améliorés, 7 non améliorés, 4 morts.

Si les résultats encourageants donnés par la sérothérapie se complètent et si généralisent, la question du goître exophtalmique aura fait un grand pas. Nous aurons enfin un traitement vraiment spécifique, c'est à dire efficace, de la maladie, dont l'origine thyroïdienne recevra une confirmation pratique. Nous pourrions alors attendre sans impatience que la physiologie nous fournisse le dernier mot de la question en nous expliquant, d'une manière complète et détaillée, les fonctions de la glande thyroïde elle-même.

IV.—CONCLUSIONS.

Comme conclusions à tout ce qui précède, on peut, je crois, formuler les propositions suivantes :

1e.—Les glandes à sécrétion interne ou glandes lymphoïdes, telles que la glande thyroïde, les capsules surrénales, la rate, le pancréas, la glande pituitaire, le thymus, jouent dans la nutrition générale de l'organisme un rôle des plus importants, que l'on commence à peine à réaliser.

2e Ce rôle nous est démontré par les relations de cause à effet qui paraissent exister entre ces glandes et certaines maladies que l'on peut qualifier de nutrition. Par exemple : (a) pour la glande thyroïde, le myxoedème et le goître exophtalmique ; (b) pour les capsules surrénales, la maladie d'Addison et peut-être l'arterio-sclérose ; (c) pour la rate, la leucocythémie ; (d) pour le

pancréas, le diabète pancréatique ; (e) pour la glande pituitaire, l'acromégalie et le gigantisme.

3e.—L'action physiologique de la glande thyroïde est aujourd'hui expliquée, dans une certaine mesure. Elle fournit à la nutrition un élément nécessaire, puisque son absence entraîne le myxoedème, et que le myxoedème se traite avec succès, on se prévient, par l'opothérapie. Elle exerce très vraisemblablement une action anti-toxique sur l'économie, comme semble le démontrer l'apparition du goître exophtalmique dans des circonstances encore mal définies.

4e.—Tant que la pathogénie du goître exophtalmique n'aura pas été définie d'une manière plus précise, le traitement de cette maladie demeurera symptomatique et forcément incomplet. De tous les traitements médicaux employés jusqu'ici, la sérothérapie paraît devoir donner les meilleurs résultats.

Montréal, 2 avril 1909.

Le goître exophtalmique

Son traitement chirurgical

PAR LE Dr EUGÈNE ST-JACQUES

Professeur-adjoint de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu

La CHIRURGIE peut-elle quelque chose contre la maladie de Basedow ? et si oui, sa thérapeutique est-elle seulement palliative ou sûrement curative ?

Voilà, Messieurs, ce que nous allons rechercher ensemble à la lumière de l'enseignement clinique et des derniers travaux publiés.

Je n'ai pas à établir si la maladie de Basedow, ou plutôt la maladie de Graves, puisque le premier mémoire sur la question fut publié par Graves en 1835 et est antérieur de cinq ans à celui de Basedow (1840), si la maladie de Graves, dis-je, relève d'une névrose pure ou d'une lésion organique du bulbe ou du sympathique, ou peut-être d'une viciation de sécrétion de la glande thyroïde : ce point de pathogénie reste encore à élucider. J'avoue que fussons-nous fixés sur la nature de la lésion causale, notre thérapeutique en serait d'autant meilleure puisqu'elle serait mieux raisonnée. Mais l'expérimentation en laboratoire et les documents cliniques fournis par les chirurgiens depuis quelques années nous permettent de préciser que certains troubles de la maladie de Graves relèvent directement de ou tout au moins sont aggravés par l'hypersecrétion thyroïdienne telle par exemple la tachycardie,.....

Dès lors n'est-il pas rationnel de s'attaquer à la cause, qu'elle soit immédiate ou simplement aggravante.

Quels moyens la thérapeutique externe nous offre-t-elle donc ?

L'Électricité.

Les Rayons X.

La Radium-thérapie.

Les interventions chirurgicales :

A. Injections médicamenteuses intrathyroïdiennes.

B. Sympathicectomie.

C. Thyroïdectomie.

* * *

Je serai bref pour ce qui est de l'électricité. Haute fréquence, faradisation, galvanisation, tout a été essayé et le plus que ces méthodes ont donné c'est une amélioration, qui n'a été que passagère, quand elles n'ont pas aggravé l'état du malade, ce qui n'a pas été rare. Nous ne rejetons pas l'emploi de l'électricité : d'ailleurs nous verrons plus loin qu'elle peut être de quelque utilité.

RAYONS X et RADIUM : c'est là une médication à L'ESSAI, qui jusqu'ici a donné des résultats contradictoires, amélioration disent les uns, aggravation rapportent les autres. L'expérience semble indiquer qu'il est des cas qui en bénéficient tandis que d'autres en sont aggravés. LA MÉTHODE, MEME EN MAINS D'EXPERTS, EST TATONNANTE : il y a lieu d'attendre que l'on sache vraiment comment l'appliquer.

* * *

Nous en arrivons aux interventions chirurgicales. Et ici en premier lieu nous devons rappeler, mais que pour mention seulement, les INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LA GLANDE. L'iode et ses dérivés tiennent la place et presque uniquement. La solution iodo-iodurée à la dose de 0.50 à 1 c. c. aurait donné quelques améliorations, largement contrebalancées par les dangers encourus : tels qu'hémorrhagie, douleurs intenses, dyspnée et même mort subite. Pitres, de Bordeaux, a conseillé les injections de I. c. c. d'éther iodo-iodoformé à 20 p. c. Le clinicien bordelais et Abadie auraient de cette façon enregistré quelques succès. Mais outre les complications post-opératoires, il n'est pas de preuve de guérison permanente.

* * *

Somme toute jusqu'ici médication interne, électricité, injections médicamenteuses intra-thyroïdiennes n'ont enregistré que des améliorations, qui ne se sont pas toutes maintenues.

La chirurgie a-t-elle mieux à proposer et peut-elle prouver ses avances ? Disons oui.

Des quatre procédés opératoires proposés :

Sympathicectomie,

Exothyropexie,

Thyroïdectomie,

Ligature des artères thyroïdiennes,

les deux derniers seuls sont aujourd'hui employés.

La SYMPATHICECTOMIE, ai-je besoin de le rappeler, consistait dans la section du sympathique cervical.

Proposée par Jaboulay en 1896, puis prônée à l'excès par Abadie, elle reposait sur la supposition que deux au moins des symptômes cardiaques de la maladie, l'exophtalmie et les palpitations cardiaques, relevaient d'une irritation du sympathique cervical. Jonnesco, non satisfait des résultats fut plus osé : il reséqua le ganglion supérieur et moyen avec le cordon intermédiaire. Soulié ajouta encore et fut plus radical : il enleva en plus le ganglion sympathique cervical inférieur.

Et quels résultats la SYMPATHICECTOMIE a-t-elle donnés ? Écoutez Ballet résumer lui-même les observations cliniques et dresser les conclusions :

"Il existe, dit-il, une grande inconstance dans les résultats obtenus. Les guérisons complètes sont rares. Dans tous les autres cas, les malades ou sont morts ou bien ont obtenu seulement une amélioration symptomatique plus ou moins marquée. Bien souvent enfin au bout de quelques mois les symptômes, qui s'étaient améliorés, ont réapparu."

Ces résultats n'ont pas lieu d'étonner ce semble, ceux qui se reportent aux faits établis par l'expérimentation et l'observation physiologique. Je rappelle pour mémoire cette communication de François Frank à ses collègues de l'Académie de Médecine de Paris, où il leur signalait les effets que produit exactement la suppression du sympathique cervical sur la circulation du corps thyroïde, sur celle du cerveau, sur l'appareil oculaire et le cœur.

"Quand à la prétendue action vaso-dilatatrice du sympathique cervical sur la glande thyroïde elle n'existe pas, disait-il. L'excitation de ce nerf détermine au contraire la contraction des vaisseaux thyroïdiens : sa section ne peut dès lors qu'ajouter une vaso-dilatation paralytique à la congestion active du goitre. Pour ce qui est de l'exophtalmie, ajoutait-il, le cordon cervical du sympathique agit comme propulseur du globe oculaire, grâce à son action sur le muscle de Muller : sa section supprime ou atténue l'exophtalmie."

Aussi l'opération est-elle à peu près abandonnée comme le dit d'ailleurs Ballet en un agréable euphémisme : "Un temps d'arrêt paraît du reste s'être fait dans la vogue de la sympathicectomie."

Et l'EXOTHYROPEXIE, qui consiste à luxer au dehors de son lit la glande thyroïde au total ou en partie, qu'en dirons nous ?

Qu'après des essais multiples on l'a abandonnée. On n'a pu signaler de guérison radicale et permanente par ce procédé. Les dangers opératoires et post-opératoires ne manquent pas : l'expérience clinique a enregistré plus d'un accident même mortel.

Enfin la THYROÏDECTOMIE ?

Voici, Messieurs, où nous nous arrêterons plus longuement. Non pas que je puisse vous proposer par ce moyen une panacée infaillible et toujours applicable, mais parce que c'est de toutes les méthodes la plus sûre dans son action et la plus complète dans ses résultats.

Étudions les renseignements de la clinique. Il semble d'après les mémoires publiés qu'il faille aller se renseigner surtout auprès des maîtres allemands.

Kocher, de Berne, l'expert international en question thyroïdienne, faisait part en 1906 au Congrès des Chirurgiens Allemands des conclusions anatomo-pathologiques et thérapeutiques auxquelles il était arrivé après 3-000 opérations pour goîtres de toutes variétés : " nous pensons donc pouvoir fournir quelques renseignements " disait-il si justement.

Que peut donc proposer la chirurgie contre cette affection ?

La réponse est brève : la GUERISON.

Voyons par l'étude des rapports de quelques cliniques si cette réponse est conforme aux faits.

KOCHER rapportait à ce Congrès des Chirurgiens Allemands (1906) ses premiers cas de Basedow au nombre de 42 dans son troisième mille de goîtres opérés. Sa mortalité opératoire totale sur ce troisième mille était de sept dont :

1 Basedow sur 42, par hémorrhagie ;

3 malins, sur 36 ;

3 goîtres simples, la mort étant due dans un cas à une hémorrhagie secondaire, dans l'autre à une pneumonie et dans le troisième à une myocardite.

Dans sa première série de 60 cas de Basedow opérés, Kocher rapportait une mortalité de 7 p. c. Dans une deuxième de deux cent cas, la mortalité était descendue à 4 1-2 p. c.

Que dit le Prof. Garre, de l'Université de Bonn sur Rhin (Presse Méd. lev. 1908) ? " Si je me permets d'exposer les résultats de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Basedow c'est que j'ai eu l'occasion de revoir dans ces derniers temps une série de malades que j'ai opérés " autrefois " et que les RESULTATS DEFINITIFS m'ont paru TELLEMENT SATISFAISANTS que je crois devoir venir rompre une lance en faveur de cette thérapeutique. "

Sur 35 opérés, il compte 5 hommes et 30 femmes, avec une seule mort (persistance du thymus : status lymphaticus).

Les résultats immédiats avaient été fort encourageants puisqu'il avait noté de suite une amélioration de la tachycardie et du nervosisme général, l'absence de tout mauvais symptôme. Seule l'exophtalmie ne s'était pas de suite améliorée.

A 5 ans de là il revoit 20 de ses 35 opérés chez qui il constate les résultats ultimes définitifs suivants.

A. Poids au-dessous de 90 chez les deux tiers, au-dessous de 110 chez les autres.

B. Troubles nerveux généraux disparus dans le tiers, mais persistait à quelqdegré chez les autres.

C. Etat général excellent chez la moitié.

E. Exophtalmie disparue dans le tiers seulement des cas.

HILDEBRANDT analysant (in Berl. Klin. Wochen. Juil. 1908) les 27 opérations faites à la clinique du Prof. Klemm, constate 92 p. c. de guérisons, 4 améliorations, 4 insuccès, 0 mort.

KRECKE (Munch. med. Wochen. jv. 1909) a opéré 17 cas, avec une seule mort. Encore ce cas est-il fort

grave et avait-il nécessité une nouvelle intervention pour l'ablation du second lobe. Les résultats éloignés furent excellents, sauf dans un cas. La tachycardie et l'état général furent améliorés, tandis que l'exophtalmie le fut peu ou pas.

GARRE résume bien la question quand il écrit : " Une guérison absolue, idéale, avec disparition complète de tout symptôme de basedowisme ne s'observe, si j'en crois ce que j'ai vu, que relativement rarement. Presque toujours il persiste une ébauche de tel ou tel symptôme basedowien et entr'autres et avant tout certains troubles nerveux. Nonobstant, en totalisant les cas de guérison vraie et d'amélioration on arrive au chiffre de 85 p. c., soit donc 15 p. c. d'insuccès y compris les morts. "

Le traitement MEDICAL, que donne-t-il lui comme résultat ultime ? Je n'ai pas à rappeler combien peu chanceux, peu ambitieux ont été les plaidoyers de MM. Ballet, Delherm et Sainton au Congrès de Médecine de Paris en 1907, pour la médication interne. Tout au plus ont-ils montré que le traitement pharmaceutique pouvait améliorer et encore n'était-ce que dans quelques cas rares l'état basedowien.

Ils ont établi dans leurs mémoires avec quelle désespérante discordance les thérapeutes et les meilleurs, tour à tour ou simultanément employaient ou repoussaient tantôt l'iode ou l'arsenic, la digitale ou le strophanthus. Il ne semble y avoir que deux médicaments qui aient trouvé grâce aux yeux de nos collègues internistes : c'est le Bromure et le Salicylate de Soude. Encore celui-ci est-il de proposition trop récente pour l'accepter sans réserve : reconnaissons cependant qu'il a déjà à son actif des succès que nous sommes heureux de noter et qui semblent l'indiquer comme un adjuvant précieux du traitement chirurgical, à condition que les observations cliniques à venir confirment les avancés de Clibret, Babbinski et autres que le neuro-arthritis est la cause initiale du goitre.

Donc comme résultats : peu de guérisons, à peine d'améliorations. Et la mortalité avec le traitement interne, comporte 12 p. c. allant même à 25 p. c. dans les cas graves.

Et la mortalité dans l'opération contre le Goitre Exophtalmique ?

o dans 27 cas de Klemm, — 1 dans 35 cas de Garre, soit 3 p. c. — Dans la série de Kocher, 4 1-2 p. c. — 6 p. c. avec Kreske.

Nous avons donc le droit de conclure en disant :

A. La mortalité par le traitement chirurgical n'est pas plus élevée que lorsque le traitement interne est suivi.

B. La chirurgie produit des cures là où la médecine ne donne que des améliorations.

L'intervention chirurgicale s'IMPOSE donc dans le goitre exophtalmique, à moins de contre indications.

Il y a donc des contre-indications à l'opération dans la maladie de Graves ? Oui, comme pour toute autre opération.

Alors, quelles sont-elles ?

Je laisse la parole à Kocher : C'est dans l'insuffisan-

ce du cœur que réside presque le seul danger opératoire. Cette insuffisance vient de l'éréthisme cardiaque, de la dilatation de l'organe, de la myocardite aussi.

Les goîtres avec sténose considérable et de vieille date de la trachée, accompagnée de troubles de la circulation pulmonaire, contre indiquent l'opération.

Les goitreux exophtalmiques très intoxiqués et affaiblis, les basedowiens cancéreux avancés, sont des "noli me tangere".

Somme toute ici comme ailleurs les cachectiques ne doivent pas être opérés.

Quand donc alors la "LIGATURE DES ARTERES THYROIDIENNES" se fait-elle ?

L'expérience a montré que cette ligature devait être le premier acte opératoire dans les cas avancés, où la cachexie basedowienne est marquée. La thyroïdectomie, qu'elle soit partielle ou totale, est fort dangereuse chez ces cachectiques à nervosisme marqué et éréthisme cardiaque exagéré. Chez eux on fait d'abord la ligature des thyroïdes à titre préventif. Dans les mois qui suivent, la masse goitreuse diminue et de pair les symptômes généraux s'amendent. Lorsque l'état général et les symptômes cardio-vasculaires se sont suffisamment améliorés, — alors, et alors seulement, on doit songer à l'ablation d'un ou des deux lobes thyroïdiens.

Ainsi l'enseigne l'expérience.

Je ne saurais laisser passer sans m'y arrêter un instant une constatation pleine d'intérêt faite par Garré et qui jette un jour quelque peu nouveau sur la question.

L'autopsie de son opéré mort durant l'éthérisation révéla une hypertrophie du thymus. Je n'ai pas à vous rappeler cet état pathologique connu sous le nom de "STATUS LYMPHATICUS", responsable d'un si grand nombre de morts subites, plus particulièrement au cours de l'anesthésie générale. Il est dû à la persistance du thymus. On le rencontre de préférence chez les enfants en bas âge, comme on le conçoit facilement, — mais aussi chez certains adultes.

Garré frappé de cette coïncidence chez son malade rechercha dans la littérature médicale et il trouva par exemple que trois basedowiens opérés, même avec simple anesthésie locale et morts subitement, présentaient de même une persistance du thymus.

Autre fait corrélatif très-intéressant, Gierke n'a-t-il pas montré que 50 p. c. des sujets ayant succombé naturellement à la maladie de Graves présentaient à l'autopsie un thymus persistant.

Garré relève 56 autopsies de basedowiens avec 43 fois l'hyperplasie du thymus, — soit donc 77 p. c. Mais fait plus remarquable, 24 de ces 56 basedowiens sont opérés et chez 21 d'entre eux on trouve une hyperplasie du thymus et de tout l'appareil lymphatique.

Aussi Garré conclue-t-il avec beaucoup de sens clinique, nous semble-t-il, qu'il doit certainement exister une relation fonctionnelle intime entre la glande thyroïde et le thymus."

Ceci nous amène, Messieurs, à formuler nos conclusions sous forme de préceptes thérapeutiques :

a. Un basedowien doit être soumis à la médication interne à titre d'essai, à titre préparatoire.

b. L'intervention chirurgicale est le traitement de choix du goître exophtalmique, parce que plus que tout autre traitement celui-ci est curatif, — parce que s'il ne l'est pas toujours au complet, il améliore du moins les plus graves symptômes et cela en permanence, — parce qu'enfin la mortalité opératoire est encore au-dessous de celle qui suit la médication interne.

c. La basedowien cachectisé ne doit pas être opéré. Et ceci me conduit à ajouter ce corollaire par lequel je termine.

Pour le Goître Exophtalmique, comme pour le Cancer en général, comme pour l'Appendicite aigu, comme pour l'Hypertrophie Prostatique, comme pour les Fibromes Uterins... Médecins internistes, n'attendez pas la cachexie, la péritonite généralisée, l'infection vésicale et rénale, les monstruosité du ventre pour diriger vos malades au chirurgien.

C'est alors narguer les dieux, puisque vous demandez à de simples chirurgiens de faire des quasi miracles. Sachez qu'il est des bornes à votre expectative et à la résistance de la nature, — comme aussi aux audaces de notre art!

BIBLIOGRAPHIE

- La Thyroïde et sa pathologie. Kocher in Keen's Surgery 1908.
- Les résultats de 3000 opérations pour goîtres. Kocher au Cong. des chirurgiens allemands 1906.
- Les tumeurs malignes de la thyroïde. Kocher. 1908 Plus de 400 cas sur un total de plus de 3500 opérations.
- The surgical treat. of exophtalmic goiter. Kocher in Jnal of the amer. med. ass. 1907.
- Etude générale sur la question par Erb, v. Steumpell, Eulenberg, Bier et Kocher, in Med. Klin. 1908.
- Idem par Schultze, Krehl et Mortius. Lococit.
- La Strumectomie dans le trait. de la mal. Basedow. — Garré in Pr. Med. Paris, 1908.
- The surg. treat. of Grave's disease. Heinecke in Surg. Gyn. and Obst. 1907.
- Le trait. chir. de la mal. de Basedow. — Hildebrandt in Berl. Klin. Wochen 1908.
- Idem. Krecke in Munch. med. Woch. 1909.
- The Pathology of Ex. G. — MacCulleum in Jnal amer. med. ass. 1907.
- The early signs of dis. of the Thy. — Murray in Brit. Med. Jnal. 1909. Le goître exophtalmique. — Clinique du Prof. Debove 1909. Le Corps thyroïde. Bernard. Paris 1908.
- Le coeur des goitreux. Bernard. Presse med. Paris 1907.
- Trait. de la mal Basedow par Rayons X. — Schwartz in Wien. med. Pr. 1908.
- Inconvénients des Rayons X pour les G. Ex. — Muggia al Acad. med. Turin. 1908.
- Ligatures des thyroïdes dans le G. Ex. — Enochin in Arch. f. Klin. Chir. 1906.
- Corps thyroïde et goîtres. Le Dentu et Delbet. Traité de chir. 1809.
- Corps thyroïde, hypophyse et surrénales. E. Latreille Thèse Paris, 1908.
- Pathogénie et trait. du Goître Exaphtalmique. Ballet au Congrès de Médecine de Paris 1907.

Clinique Chirurgicale

Les pleurésies purulentes chez l'enfant et leur traitement

Par le professeur Kirrnisson, à l'hôpital des Enfants-Malades

Un petit garçon de deux ans, entre le 8 février, avec des signes de pleurésie purulente. Vers la partie moyenne du poumon droit on décèle de la matité et du souffle. Le médecin est frappé de l'asymétrie du thorax : la moitié droite est manifestement affaissée, la gauche amplifiée. C'est le contraire qu'on observerait dans une pleurésie récente, mais il s'agit ici d'une pleurésie déjà ancienne. L'enfant est tombé malade dès le mois d'octobre. La maladie date donc d'environ quatre mois. De là cette déformation scoliothique à convexité tournée à gauche, c'est-à-dire du côté sain. La radiographie montre à gauche une transparence parfaite, tandis qu'à droite on voit une zone opaque moyenne, intermédiaire à deux zones claires. Il s'agit donc bien d'une pleurésie interlobaire, comme l'indiquaient les autres symptômes. L'analyse du pus a montré la présence de pneumocoques et d'anaérobies.

Un autre petit malade de 18 mois, avec des antécédents analogues au précédent, est entré, à quelques jours de distance, atteint, lui aussi, de pleurésie interlobaire. Celle-ci avait succédé à une pneumonie. Le malade avait présenté au neuvième jour une défervescence passagère de 24 heures, puis la température était remontée à 41,3, avec un souffle dans l'aisselle.

La pleurésie purulente est surtout une affection des jeunes enfants, au-dessous de cinq ans. Dans le "Traité des maladies de l'enfance", Netter, réunissant toutes les statistiques, trouve sur un total de 641 pleurésies purulentes de l'enfance :

395	au-dessous de 5 ans ;	soit 62 p. c.
176	de 5 à 10 ans ;	" 27,6 "
70	de 10 à 15 ans ;	" 10,4 "

Elle se rencontre même chez les nouveaux-nés chez lesquels elle affecte un caractère de gravité toute particulière, parce qu'elle est une expression de la septicémie streptococcique (Thèse de Roger, inspirée par Sevestre.)

Il est incontestable que la nature, c'est-à-dire le microbe pathogène de la pleurésie purulente est un élément important du diagnostic et du pronostic. Or on peut ériger en axiomes les principaux faits suivants : 1^o. La pleurésie purulente des enfants est beaucoup moins souvent de nature tuberculeuse que celle des adultes ;

2. Dans la majorité des cas, c'est une pleurésie à pneumocoques, possédant un certain nombre de caractères propres ; tout d'abord, elle peut se révéler comme accident consécutif à une broncho-pneumonie ou à une pneu-

monie, qui peut se prolonger, de sept à onze jours, suivant les cas, et avoir été terminée par une défervescence éphémère. C'est alors une pleurésie purulente métapneumonique. Dans d'autre cas, c'est une affection pneumococcique primitive.

Le pus, dans les pleurésies pneumococciques, a des caractères particuliers. Il est très épais, tomenteux, d'une couleur verdâtre, quelquefois d'un vert extrêmement prononcé ; il renferme des grumeaux fibrineux semblables à des écheveaux de fil, expulsés par les efforts de toux.

Cet examen doit être confirmé par la recherche microscopique. La pneumocoque se présente sous la forme d'un microbe arrondi, avec l'extrémité légèrement lancéolée, que l'on compare volontiers à la flamme d'une bougie. Quelquefois, on le voit en chaînettes assez longues qui peuvent en imposer pour des streptocoques. D'autres fois, il forme des amas plus ou moins arrondis, comme les staphylocoques. Très souvent il existe à l'état de diplocoque, encapsulé, les deux grains opposés par leur extrémité effilée ligurent le chiffre 8. Les cultures troublent légèrement le bouillon et laissent au fond du tube un dépôt granuleux. Sur la gélose, elles forment comme de petites gouttelettes de rosée. Enfin, l'inoculation du pus à la souris blanche détermine une septicémie aiguë, mortelle en 48 heures.

On rencontre plus rarement des pleurésies purulentes à streptocoques, elles sont particulières aux nouveau-nés, qui sont la proie de toutes les infections streptococciques (ostéomyélites, arthrites, phlegmons de la région péri-ombilicale). Sept fois sur onze cas, la pleurésie purulente du nouveau-né a pour agent le streptocoque.

On trouve aussi dans certains cas une origine staphylococcique, et il ne faut pas oublier que pneumocoque, streptocoque et staphylocoque peuvent être associés. Enfin, le bacille de Koch peut être uni tantôt au pneumocoque, tantôt au staphylocoque.

Il existe en outre des pleurésies purulentes putrides, dont une variété fort intéressante est la pleurésie appendiculaire, située à droite.

La pleurésie purulente des enfants présente un certain nombre de caractères cliniques qui lui sont propres. C'est en premier lieu, son évolution lente, insidieuse. La maladie traîne en longueur, reste méconnue pendant un certain temps. Elle peut aboutir à la résorption spontanée, dans un certain nombre de cas. Ces faits ont été recueillis et signalés par les observateurs les plus consciencieux, de sorte qu'on ne peut les révoquer en doute, mais ils ne sont pas assez constants pour qu'on puisse compter sur cette heureuse terminaison de la maladie.

La pleurésie purulente expose aux dangers des vomiques, de l'ouverture à la peau (empyème spontané), qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, tend à se faire sur la ligne antérieure de l'aisselle.

Un fait très surprenant est celui-ci : très souvent on entend distinctement le murmure respiratoire, malgré l'abondance de l'épanchement. Il faut éviter de confondre l'épanchement avec une caverne tuberculeuse du poumon.

Si on avait des doutes, il faudrait faire une ponction exploratrice.

En outre des accidents et des dangers signalés tout à l'heure, il y a, plus tard, la scoliose, qui constitue l'une des séquelles les plus lamentables de la pleurésie. Elle peut aboutir à des déformations colossales. Aussi faut-il faire un traitement de gymnastique orthopédique, développer le pignon par les exercices et les attitudes, maintenir par un corset ou tuteur.

Ces déformations sont d'autant plus à craindre que le sujet est plus jeune.

L'abstention ne peut être érigée en méthode de traitement. Il faut toujours commencer par faire une ponction, qui ne sert pas seulement à préciser le diagnostic, mais soulage et diminue l'oppression. On peut renouveler la ponction un certain nombre de fois ; on peut en faire trois ou quatre, dans les premiers jours ; mais il ne faut point s'attarder à ce moyen, et si au bout de huit à dix jours on voit le liquide se reproduire, on doit pratiquer immédiatement l'opération de l'empyème, la large ouverture de la plèvre.

Deux points sont à considérer : tout d'abord la technique. M. Kirmisson conseille d'inciser, non dans l'espace intercostal, mais sur la côte elle-même, qu'on dénude avec une rugine de façon à pouvoir la réséquer (au moyen d'une cisaille d'un modèle spécial), sur une étendue de trois à cinq centimètres. Il sera aisé ensuite d'ouvrir la plèvre avec une extrémité mousse, d'une pince, par exemple. Cette résection costale est absolument nécessaire chez les petits enfants, jusqu'à trois ans, parce qu'à cet âge les espaces intercostaux sont d'une étroitesse telle que, si l'on se contentait d'inciser les parties molles, le drain placé dans l'ouverture de la plèvre serait comprimé et ne pourrait donner issue au pus. La résection d'une côte est donc une bonne pratique pour assurer le drainage suffisant. A peine peut-on s'en dispenser dans un cas urgent.

Généralement, à moins qu'il ne s'agisse d'une pleurésie putride à streptocoques, il vaut mieux s'abstenir de lavages. Les lavages pleuraux offrent le danger d'accidents réflexes, mort subite, hémorragie, éclampsie, l'inconvénient aussi de laisser une certaine quantité de liquide, M. Kirmisson les déconseille.

In Jnal des Praticiens.

Emploi de la scille comme diurétique

D'après le professeur His (Therap. den Gegenwart), le mode d'administration de la scille qui serait préférable à tous autres pour augmenter la diurèse, consisterait à prescrire à la dose quotidienne de trois à quatre cuillerées à café, répartie en trois ou quatre prises, le vin de digitale composé (Vin diurétique de Trousseau).

20 grammes de ce vin correspondent à environ 10 centigrammes de digitale, 15 centigrammes de scille et 1 gramme d'acétate de potassium.

Pédiatrie

La pneumonie du sommet chez l'enfant

Malgré sa fréquence et malgré les nombreux travaux dont elle a été l'objet, la pneumonie du sommet chez l'enfant présente encore dans son histoire de nombreux points à discuter et dont l'interprétation reste incertaine. M. le Dr Demars vient de faire sur ce sujet dans sa thèse une revue d'ensemble où l'on trouvera, avec un bon nombre d'observations inédites dues à M. le Dr Baboumex, un grand nombre de faits intéressants.

Les statistiques montrent ce fait singulier que la pneumonie du sommet est extrêmement fréquente chez l'enfant, dans une proportion dépassant souvent 50 p. 100 proportion dépassant aussi sensiblement celle que l'on trouve chez l'adulte ; mais de plus, et c'est là un fait encore inexpliqué, malgré tous les théories qui ont été données, le sommet droit est beaucoup plus souvent atteint que le gauche.

Autre point qui a été mis bien souvent en lumière. Si dans un grand nombre de cas, la pneumonie du sommet offre les mêmes symptômes réactionnels que les autres localisations, il arrive souvent que les phénomènes d'ordre nerveux prennent dans cette forme une particulière intensité, bien mise en relief par Rilliet et Barthez, à tel point que ces auteurs ont créé pour les désigner l'expression de pneumonie à forme cérébrale.

Dans toute pneumonie infantile, il y a des symptômes du côté du système nerveux : on observe du délire, de l'anxiété, de l'agitation souvent nocturne, suivie d'assoupissement, il est peu de pneumonies chez lesquels on n'observe pas à un degré plus ou moins accentué des phénomènes nerveux soit au début, soit à la période d'état. Les convulsions qu'on remarque au début n'ont pas pour cela une particulière gravité.

Mais dans la forme cérébrale proprement dite, qui s'observe surtout dans les pneumonies du sommet, ces accidents nerveux présentent une toute autre intensité. Leur origine est si souvent méconnue qu'il est bon de rappeler l'aspect de ces pneumonies cérébrales, dont Rilliet et Barthez ont décrit trois formes.

La forme éclamptique ou convulsive est caractérisée par des convulsions générales, épileptiformes ou partielles, localisées. Ce sont des spasmes des muscles de la face, du mâchonnement continu ou intermittent ; parfois le malade grince des dents, il a des convulsions des globes oculaires qui roulent dans l'orbite donnant à l'enfant un aspect effrayant, des contractures, de l'agitation des membres, principalement du membre supérieur, qui est animé en son entier de mouvements saccadés, de l'agitation des mains, de la contracture en forme de griffe, des soubresauts tendineux.

Quand les convulsions sont généralisées et épileptiformes les attaques sont généralement peu nombreuses, mais elles peuvent se répéter un grand nombre de fois par jour

si elles sont partielles. "Après la disparition des convulsions générales, dans les cas où elles ont lieu au début l'enfant reprend toute sa connaissance, cependant le faciès conserve quelque chose de cérébral, l'oeil est fixe, les mouvements sont saccadés, les bras tremblants, il y a une tendance à l'assoupissement. Lorsque les convulsions surviennent dans le cours de la maladie et surtout à la fin elles sont suivies de raideur des membres, de contractions, de strabisme, d'assoupissement et même de coma, quelquefois de résolution des membres. (Rilliet et Barthez.)

FORME COMATEUSE.—Il peut arriver que les symptômes nerveux prennent une allure plus grave encore qui se rapproche tellement de la méningite la mieux caractérisée que des médecins expérimentés ont porté dans ces cas le diagnostic de méningite. L'enfant est prostré, indifférent à tout ce qui l'entoure, il ne répond aux questions qu'on lui pose que par des monosyllabes ou des phrases inachevées et retombe ensuite dans sa torpeur, le coma peut être complet. Parfois il pousse des petits cris et porte la main à la tête siège de sa souffrance; le moindre attouchement réveille des cris de douleur, il y a de l'hyperesthésie, du strabisme, de l'inégalité pupillaire, parfois de la photophobie, la pommette présente des alternatives de rougeur et de pâleur; le ventre est déprimé et le passage de l'ongle fait apparaître la raie vasomotrice. La respiration est inégale, irrégulière, entrecoupée de pauses, avec rythme précipité, la constipation tenace, les vomissements se font sans douleur comme dans les affections encéphaliques. Quand on peut faire asseoir le petit malade sur son lit on constate parfois un degré plus ou moins accentué de flexion spasmodique des genoux (signe de Kernig); dans la plupart des cas la raideur de la nuque est très accusée.

On conçoit qu'en présence d'un tel tableau symptomatique l'idée d'une méningite s'impose naturellement à l'esprit.

FORME DELIRANTE.—D'autres fois le petit malade délire, mais on ne constate ce fait qu'à partir de cinq ans. Le plus souvent c'est un délire tranquille, se présentant sous la forme d'hallucinations de la vue ou de l'ouïe; parfois au contraire c'est un délire violent et furieux, l'enfant ne connaît plus sa mère, il est extrêmement agité, il rejette ses couvertures, cherche à sortir de son lit, pousse des cris aigus. D'autres fois l'enfant ne paraît pas comprendre ce qu'on lui demande, il a l'air hébété, les yeux hagards, le regard étonné.

Tous ces symptômes, classés ainsi un peu schématiquement peuvent d'ailleurs s'entremêler et se rencontrer dans les diverses formes, mais ce qui rend l'erreur du diagnostic si facile, c'est que les accidents cérébraux qui donnent à la maladie sa physionomie spéciale masquent quand ils sont nombreux et intenses, les symptômes ordinaires de la pneumonie; c'est à peindre si l'on fait attention à la toux, qui est du reste rare, le point de côté et l'expectoration manquant également.

Malgré tout, le pronostic de ces formes n'est pas plus sérieux que celui des formes ordinaires, c'est-à-dire que,

chez les enfants il est ordinairement bénin puisque la mortalité est d'environ 3 p. 100.

Pourquoi maintenant la fréquence des formes cérébrales en rapport avec la localisation au sommet, c'est ce que les théories émises par divers auteurs et exposées par M. Desmars ne peuvent guère expliquer. Quant à la fréquence des phénomènes nerveux chez les enfants, elle paraît dans bien des cas relever de l'hérédité. La névropathie héréditaire due aux toxi-infections endogènes des ascendants directs est un facteur de premier ordre, et la susceptibilité du système nerveux devant les toxines du pneumocoque les accidents qui se produisent de préférence chez certains sujets prédisposés héréditairement.

* * *

Traitement de la bronchite et de la bronco-pneumonie des jeunes enfants

Trois indications : aseptiser les bronches — faciliter l'expectoration — calmer la toux.

Chez les enfants du premier âge, dans la forme légère, prescrire le séjour à la chambre, à une température de 17 degrés : envelopper les jambes dans une couche d'ouate recouverte de taffetas gommé; pratiquer deux fois par jour des onctions sur le thorax avec le liniment térébenthiné du Codex, ou, deux ou trois fois par jour, cataplasme sinapisé (dans la forme intense) qu'on laisse deux à trois minutes jusqu'à rubéfaction de la peau; enfin, faire évaporer trois à quatre fois par jour, dans une théière, un quart de litre d'eau additionnée d'une cuillerée à café de :

Créosote de hêtre	5 gram.
Teinture de benjoin	10 —
Essence de thérébenthine	100 —
Mêlez.	

Vomitif si l'enfant est âgé de plus de trois ans, robuste, avec une bronchite intense, beaucoup de râles, sonores, muqueux et respiration un peu accélérée. Dans ce cas, qui se présente surtout dans la coqueluche, prescrire aux enfants de trois à douze mois une cuillerée à café de sirop d'ipéca, toutes les cinq minutes, jusqu'à effet vomitif. Son administration ne doit pas être répétée, sous peine d'affaiblir l'enfant et de provoquer l'entérite.

Dans la bronchite intense des nourrissons, prescrire l'ipéca à dose très faible, et sous forme d'infusion, en l'associant aux balsamiques et aux antispasmodiques. Si la fièvre est intense, ajouter 10 à 30 centigrammes d'antipyrine.

Si la diarrhée apparaît le quatrième ou cinquième jour de la bronchite, cesser toute médication, mettre le nourrisson à la diète, à l'eau bouillie, pendant 6 heures et, dans ce temps, administrer toutes les deux heures un des paquets :

Calomel	0 gr. 03 à 05 centigr.
Sucre	0 = 50
A diviser en trois paquets.	

Si la bronchite s'étend aux capillaires et aux lobules,

si, en un mot, la forme bénigne devient grave par apparition de broncho-pneumonie, insister sur les cataplasmes sinapisés ; appliquer plus souvent et même pratiquer des enveloppements hydriques du thorax qui apaisent en plus, l'agitation et favorisent la diurèse.

Les stimulants diffusibles, qui sont aussi des expectorants, sont doublement indiqués. Repousser l'emploi de l'alcool, le remplacer par l'éther et l'acétate d'ammoniaque :

Acétate d'amm.	0 gr. 50 centigr.	à	2 gram.
Sirop d'éther	.	.	10 --
Julep gommeux	.	.	10 --
M. s. a.			

Dans les broncho-pneumonies à forme commune, pratiquer, tous les 2 ou 3 jours, une injection d'huile camphrée au dixième : jusqu'à six mois, un quart de gramme ; à après six mois, un demi-gramme ; après deux ans, 1 gramme.

Si on constate des signes d'anesthésie cardiaque ou d'asphyxie, il faut recourir aux injections de caféine

Dans certains cas de bronchite capillaire suffocante, recourir à la révulsion étendue et très rapide qui sera surtout réalisée par le bain sinapisé ou le bain froid répété deux ou trois fois par jour.

Dans la bronchite capillaire toxique, c'est la réfrigération hydrique qui, seule, pourra juguler cette septicémie bronchique, particulièrement grave. (Marfan).

* * *

La broncho-pneumonie infantile, d'origine intestinale

Il n'y a pas de broncho-pneumonie sans inflammation bronchique préalable. Telle est la loi qui domine l'étiologie de cette affection. Nous devons, cependant, à Sevestre, l'étude d'une forme spéciale de broncho-pneumonie infantile dont l'origine serait intestinale.

Chez un enfant de deux ans environ, soumis à une alimentation défectueuse, survient de l'entérite simple avec diarrhée fétide. "Cette période diarrhéique dure deux à cinq jours et ne s'accompagne pas de fièvre. Puis la fièvre apparaît et l'enfant se met à tousser. La dyspnée est en général modérée et le chiffre des inspirations ne dépasse pas 30 ou 40. L'auscultation fait entendre dans divers points et surtout dans la région axillaire, des foyers de râles crépitants ou bien un souffle peu intense, inspiratoire. Ces signes stéthoscopiques sont très mobiles. Pendant la période des troubles respiratoires la fièvre oscille entre 39 et 40 degrés, le pouls est fréquent 120, 140, 160 pulsations."

Cette maladie est extrêmement grave, car elle se termine souvent par la mort dans le collapsus. Nous avons observé, dernièrement, deux cas de ce genre et il nous semble utile de les signaler. Il s'agissait de tout jeunes enfants qui, à la suite d'une entérite de moyenne intensité, présentèrent le tableau symptomatique broncho-pulmonaire que nous venons de citer.

Or, nous avouerions volontiers que, dans le premier

cas, notre médication fut un peu hésitante et se termina par un insuccès, tandis que nous pensons, au contraire, avoir amené la guérison du second malade par des moyens thérapeutiques décisifs et vraiment faciles à employer.

Chez notre premier malade, en effet, nous avons traité l'entérite par les procédés ordinaires, changement d'alimentation, diète et potion à l'acide lactique, comptant bien obtenir en peu de temps une amélioration sérieuse. Mais l'enfant se mit à tousser sans inquiéter, tout d'abord, l'entourage et ce ne fut qu'au bout de quarante-huit heures, que les signes de broncho-pneumonie devinrent évidents. La thérapeutique dès lors fut inactive et l'enfant mourut dans le collapsus.

Tout autre est le second cas ; notre première observation avait été instructive. Nous souvenant que la médication thiocolée est à la fois antiseptique du poulmon et de l'intestin, nous avons ordonné, dès l'apparition de la toux, un sirop au thiocol.

Rapidement la diarrhée diminua et surtout la mauvaise odeur des selles. Puis la fièvre baissa et les râles nas localisés dans l'aisselle parurent diminuer de nombre. La dose du remède fut alors portée à six cuillerées à café par jour (enfant de deux ans) et dès lors l'état général et local s'améliora nettement. L'entérite disparut, puis la dyspnée et les râles congestifs. La fièvre n'existait plus et le pouls régulier, bien frappé, était à 105-90. L'abattement s'atténuait, le pronostic devenait favorable.

La dose de sirop thiocol fut donc diminuée et continuée pendant dix jours de suite. Nous avons constaté alors la disparition complète de tout signe pulmonaire congestif ; et le retour à la normale de la fonction respiratoire.

Dans les cas de ce genre, Sevestre utilisait le calomel et il signale plusieurs cas où, sous l'influence de ce remède, les désordres intestinaux s'amendèrent, entraînant avec eux les désordres pulmonaires. A notre avis, le calomel comme le bétol, le benzonaphtol, etc., ne peuvent suffire dans des cas aussi graves où il faut agir énergiquement sur le poulmon ; et le thiocol mieux que tout autre remède nous semble capable d'y arriver. Il est démontré, en effet, que les comprimés de thiocol exercent sur les agents infectieux et secondaires de l'appareil broncho-pulmonaire, une action destructive réelle et qu'ils stimulent en même temps les réactions défensives locales.

Que ce soit le streptocoque ou le colibacille que l'on rencontre à l'origine de ces graves affections infantiles, ce remède, pouvant lutter tout à la fois contre la septicité intestinale et pulmonaire, doit forcément exercer une action préventive et curative indéniable et que notre seconde observation semble bien d'ailleurs démontrer.

Tardier in Gaz. des Hôpitaux.

* * *

La dentition chez les enfants

M. le professeur Hutinel a fait sur la question de la

dentition chez les enfants, question toujours si discutée, une leçon clinique d'un grand intérêt pratique que nous résumons.

...Vous êtes appelé, dit-il, auprès d'un enfant du premier âge atteint d'une affection aiguë, et, bien souvent, il vous sera posé cette question : Ne croyez-vous pas, docteur, que ces accidents ne soient sous la dépendance des dents ? Messieurs, les dents ont leurs croyants comme aussi leurs incrédules. C'est une opinion très ancienne que les dents sont la source de méfaits.

Cette notion, exprimée même par le poète latin et qui a ainsi traversé les âges, est cependant ébranlée depuis près d'un demi-siècle.

Guersant, un de nos illustres devanciers dans cet hôpital, considérait déjà la dentition non pas comme cause de maladie, mais comme période de la vie où l'enfant, l'individu, est plus vulnérable comme il le deviendra plus tard sous l'influence de la menstruation, de l'accouchement, de la ménopause. Bouchut restreint aussi leur influence, et Magitot, un dentiste dans un débat resté fameux à l'Académie de Médecine vers 1874, vint confirmer par ses recherches les travaux de Politzer tendant à réduire la dentition dans son rôle concernant la pathologie infantile ; enfin actuellement le Dr Comby, plus radical encore, dénie toute influence à la dentition. Cette opinion, bien des praticiens la partagent si bien que les dents, chez le jeune enfant, après avoir été tout, sont réduites à bien peu de chose.

Méfiez-vous de ces exagérations ! Nous ne pouvons d'un seul coup détruire le résultat d'observations faites par des cliniciens aussi avertis que l'étaient les anciens. Les notions qu'ils nous ont léguées concernant le froid n'ont rien perdu de leur exactitude, malgré la découverte de l'agent pathogène de la pneumonie ; mais nous avons appris que le froid met en lumière sa virulence. En médecine, le progrès, la marche en avant ne se fait jamais en ligne droite, il y a trop de difficultés, trop de résistances pour cela ; c'est par une série de zigzags que la nef médicale voit réaliser son déplacement vers la Vérité.

Que produisent les dents ?

D'abord de la douleur, comme le témoignent leurs cris et l'habitude de mordre des jeunes enfants. Voyez ce qui se passe chez les animaux ; observons un jeune chien en puissance de dentition ; chez lui, vous observez les mêmes phénomènes. Delabarre avait constaté, il y a quelque cinquante ans, l'irritation des filets nerveux de la gencive déterminant des accidents de vaso-dilatation active, de la rougeur, du gonflement des tissus et des troubles vaso-moteurs éloignés : de la rougeur des joues que les anciens appelaient des "feux de dents." Ces troubles irritatifs s'accompagnent du côté des glandes salivaires, d'une hypersécrétion qui retentit du côté des sécrétions du tube digestif tout entier, car vous savez combien est étroite la solidarité qui unit toutes les fonctions digestives.

Ce gonflement, cette intumescence disparaissent une

fois la dent percée et le retrait de la muqueuse donne le change et peut faire croire à un accroissement rapide de la dent. Ce gonflement peut favoriser l'infection. Vous savez que la bouche d'un enfant qui vient de naître et dans les jours qui suivent n'est pas infectée ; l'infection croît avec l'âge : on l'observe surtout chez certains enfants chétifs, malingres ; chez eux, l'évolution dentaire se comporte comme certains abcès qui réclament l'évacuation de leur pus pour que tout rentre dans l'ordre. Ce sont des enfants à la bouche infectée qui ont surtout des troubles de la dentition étudiés par Rillet et Barthez, médecins dont les observations et le témoignage sont venus fortifier l'opinion de Trousseau. Ces enfants feront de la diarrhée ; car l'infection, déglutie pour ainsi dire, gagnée de proche en proche de la bouche jusqu'à l'appareil digestif tout entier. Mais de là à conclure que la dentition peut devenir un facteur étiologique capable de faire des diarrhées graves, du choléra infantile, ce serait une exagération confinant à l'absurde. Ces états pathologiques ont pour genèse une alimentation vicieuse ; à peine la dentition, réduisant la résistance agit-elle comme l'érythème morbillieux qui prépare le terrain à la broncho-pneumonie.

Cette diminution de la résistance s'affirme localement du côté de l'épithélium buccal ; ces stomatites érythémateuses, aphteuses, ce que le professeur Parrot a appelé les "plaques ptérygoïdiennes," provoquées par le frottement de la langue préparent l'ensemencement du muguet.

Cette infection locale peut avoir son retentissement à distance. Je vous présente un enfant en pleine évolution dentaire, malingre, souffreteux ; des deux côtés du cou il présente les traces de deux abcès ganglionnaires, qui ont eu comme point de départ une muqueuse gingivale infectée ; il a guéri ses abcès, mais le mauvais état de ses voies digestives porte le témoignage de la généralisation de son infection.

Cette infection du tube digestif ou de ses annexes, dont le point initial, le "primum movens," est la dentition, peut avoir son retentissement du côté de l'appareil pulmonaire. Combien de fois ai-je vu certaines bronchites, certaines congestions pulmonaires céder, disparaître dès l'éruption de plusieurs ou d'une dent. Au début de ma carrière, je professais un certain scepticisme à l'égard des accidents dus à la dentition, j'avoue que j'ai dû me rendre à la réalité des faits. Certaines dents, comme les incisives du haut, les canines, favorisent les phénomènes d'infection plus que les dents du maxillaire inférieur, et les accidents sont d'autant plus graves que l'infection est plus marquée. Souvent dans le service, je vous ai montré des enfants ayant des syphilis acquises, quelques-uns offraient à l'anus des plaques muqueuses énormes, je vous disais : ce sont là des syphilides de saleté provoquées par un défaut de soins, entretenues par du suintement anal ; quelques jours suffiraient pour les faire disparaître. Chez l'adulte, ces accidents sont plus rares, mais la bouche étant chez lui, plus que chez l'enfant, le milieu infecté, c'est de ce côté que se présenteront de préférence les manifestations syphilitiques.

Pour les accidents de dentition, l'infection prime chez l'enfant ; chez l'adulte, même constatation : sans infection buccale, sans carie dentaire, pas de stomatite mercurielle, pas de nécrose phosphorée.

Chez l'enfant, la bouche a un rôle pathogène plus effacé que chez l'adulte, et aussi moindre que le cavum, sorte carrefour de la bouche et du nez. C'est, en effet, du côté du cavum que se développent les germes de la diphtérie et de certaines angines infectieuses, c'est le nez, la gorge, qui sont la voie de pénétration des germes pathogènes. Chez l'adulte, la bouche gagne ce que perd le cavum chez lui, la carie dentaire, l'haleine fétide, sont la règle, c'est plus rare chez l'enfant du premier âge. Mais chez l'enfant comme chez l'adulte, à toute période, l'évolution dentaire constitue un péril d'autant plus menaçant que l'infection est plus active. C'est au moment de l'établissement des molaires définitives, à 6 ans, à 12 ans, à 20 ans, qu'elle se développera dans un milieu infecté la stomatite ulcéro-membraneuse si bien étudiée par Bergeron. La poussée dentaire a réduit la résistance de la gencive que le milieu buccal se charge d'infecter.

* * *

Traitement des paralysies diphtériques par la sérothérapie

On a discuté pendant plusieurs années sur la valeur thérapeutique de la sérothérapie antidiphtérique dans le traitement des paralysies diphtériques. Marfan (Soc. de pédiatrie, 1904), Comby (Archives de médecine des enfants, 1904) rapportèrent des observations démonstratives de guérison par le sérum. Plus récemment, la ques-

tion a été de nouveau débattue ; aujourd'hui l'utilité du traitement sérothérapique ne reste plus discutable après les observations récentes de Comby, Sicard et Barbé (Soc. méd. des hôp., 1907). Dans un travail de Lyon (1908), M. Louis Mandy conclut à la nécessité du traitement sérothérapique en face de toute paralysie diphtérique, qu'elle soit récente ou tardive, quelle qu'en soit la forme : localisée ou généralisée.

Ces injections, faites à la dose de 20 centimètres cubes chacune et plus, suivant l'âge du malade et suivant la gravité du cas, seront répétées tous les jours ou tous les deux jours, jusqu'à ce que l'état du malade s'améliore d'une façon sensible et persistante.

Il faut frapper "vite et fort," tout le succès de cette thérapeutique réside dans ces deux conditions.

Ce traitement intensif ne présente, dans la plus grande majorité des cas, aucun danger, ni même aucun inconvénient. Il s'applique à tous les malades, quel que soit leur âge, quelle que soit la forme de leur diphtérie, qu'ils aient été traités ou non préalablement par des injections de sérum antidiphtérique.

En effet, les résultats cliniques doivent prévaloir sur les considérations théoriques concernant la nature des paralysies diphtériques. Ils semblent prouver que : ou bien la plus grande partie de ces paralysies est due à l'action de la toxine soluble, ou bien l'antitoxine diphtérique (sérum antidiphtérique) exerce ses propriétés neutralisantes aussi bien sur les endo que sur les exotoxines.

Les quelques accidents sériques qui ont pu être observés ont tous "été bénins et passagers" : ils ont consisté en érythèmes et oedèmes fugaces ou en phénomènes douloureux sans importance.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

A quelle thérapeutique doivent nous amener les conceptions de la diathèse urique.

La diathèse urique comprend l'ensemble des manifestations dues à l'excès d'acide urique dans les différentes parties du corps. A l'heure actuelle, nos connaissances sont encore trop imparfaites pour préciser la pathogénie de la diathèse urique et nous ne tenterons pas de raccorder les différentes théories qui résultent des recherches de nombreux auteurs.

Mais un fait domine néanmoins dans ce chapitre de pathogénie : c'est l'excès d'acide urique dans le sang, dans les urines, dans les articulations, dans les viscères et surtout dans les reins et les vaisseaux. Et l'on sait d'une façon précise à quel cortège clinique correspond ce complexe anatomique : c'est la goutte avec ses manifestations atypiques. Ce sont les manifestations dues à l'excès d'acide urique dans les urines, la gravelle. C'est

enfin la lithiase rénale avec les accidents de l'infection calculeuse, la colique néphrétique, etc. On voit que les troubles morbides qui dépendent de la diathèse urique sont encore assez nombreux.

Nous ne voulons pas ici passer en revue toutes les médications : la comparaison de ces médicaments a été faite maintes fois et les essais ont été assez nombreux pour qu'on puisse considérer les résultats comme concluants : "la pipérazine," alcalin organique du groupe des pyrimines (éthylanimine ou diéthylène-diamine) est de beaucoup le plus avantageux. En effet, cette substance a la propriété de dissoudre l'acide urique en se combinant à lui pour former un urate de pipérazine soluble dans 47 fois son poids d'eau ; c'est le plus soluble des urates. Et d'autre part, il est démontré que les produits simples comme la pipérazine sont supérieurs aux produits composés de divers dissolvants de l'acide urique.

Dans les états aigus, la dose varie entre 0 gr. 60 et 1 gr. 20 ; dans les états chroniques, entre 0 gr. 20 et 0 gr. 60, à prendre de préférence le matin à jeun, dans l'intervalle des repas et au moment du coucher.

La "Piperazine Midy"—granulée effervescente est l'une des formes les plus généralement employées parce que à la fois agréable et effective.

Dans la majorité des cas, on verra son effet augmenté par l'adjonction de "l'Urotropine." Les "Pastilles "Necker, marque Hélios" à l'urotropine et la Jusquiane, sont tout indiquées à cause de leur double pouvoir "diurétique et sédatif."

* * *

De l'action curative des métaux colloïdaux dans les infections aiguës

Les preuves cliniques s'accumulent nombreuses et indubitables de l'effet vraiment merveilleux de l'électrargol et des autres métaux colloïdaux.

A l'une des dernières réunions de la Soc. des chirurgiens de Paris, le Prof. Delbet en faisait le sujet d'une fort intéressante communication.

Après un exposé de l'action bactéricide et antitoxique des métaux colloïdaux, il établit par l'analyse de 9 cas personnels et de 197 faits publiés, que, sans donner des succès constants, les métaux colloïdaux arrivent à guérir les 3-4 des malades atteints d'infection grave. Ils produisent dans certains cas de véritables résurrections ; ailleurs, ils facilitent la convalescence. Jamais nuisibles, toujours utiles, ils doivent être employés dans toutes les septicémies, autant que possible dès le début même des accidents, sans craindre d'employer des doses massives. L'argent colloïdal doit être utilisé surtout sous la forme électrique et en injections intra-veineuses.

* * *

Sur l'emploi des sels de mercure dans le traitement de la syphilis chez l'enfant

M. Charles Leroux se déclare très partisan des injections de benzoate de mercure à doses rapidement croissantes.

L'enfant supporte très bien les injections d'huile grise ; mais elles ont l'inconvénient de laisser un noyau d'induration : de plus avec les sels insolubles, on ne connaît jamais exactement la dose de mercure absorbée. L'auteur préfère les sels solubles et réserve l'administration de l'huile grise aux enfants qui ne peuvent se présenter quotidiennement à l'hôpital.

S'il se produit des phénomènes d'intolérance, on supprime momentanément l'emploi des injections pour les reprendre ultérieurement en modifiant les doses.

Quant à la durée du traitement, l'auteur trouve insuffisante la période de quatre années prescrites par les syphiligraphes, et la poursuit plus longtemps encore.

M. Gillet emploie, tant à son dispensaire que chez ses petits malades de la ville, l'emplâtre au calomel de Quinquaud. Cet emplâtre que l'on applique en bandes de 10

centimètres carrés x 15 centimètres carrés ou de 15 centimètres carrés x 30 centimètres carrés, pouvant être même disposé en ceinture, est laissé huit jours en place puis renouvelé.

Le seul incident qui soit survenu pendant une période de dix-huit ans est une dermatite qui céda rapidement par les moyens habituels.

(Société de pédiatrie, 15 décembre 1908).

* * *

Chancre mou (solution pour cautériser)

FRANCESCHINI.

Dans le but de transformer l'ulcère en une plaie quelconque qui tende à guérir spontanément, après avoir lavé la région, laisser tomber au milieu du chancre une ou deux gouttes du liquide suivant :

Camphre pulvérisé	6 grammes.
Alcool rectifié	1 —
Acide phénique	3 —

qui ne détermine aucune douleur (il en serait autrement avec l'acide phénique pur). Ensuite, imprégner du liquide un petit tampon du volume du chancre, l'appliquer sur la plaie et l'y maintenir à l'aide de coton et de gaze. Faire deux pansements par vingt-quatre heures. Le tampon ne doit rester sur la plaie que pendant trois ou quatre heures et laisser alors la place à une poudre cicatrisante.

* * *

Le mercure chez les nourrissons

M. Comby (Société de Pédiatrie, 16 février 1909) préconise les prescriptions suivantes pour l'administration du mercure aux nourrissons syphilitiques.

1^e Friction d'une durée de cinq minutes faite tous les jours avec une flanelle sur laquelle on étale gros comme une noisette (deux grammes) de la pommade suivante :

Onguent napolitain	60 grammes.
------------------------------	-------------

La friction sera faite successivement sur les côtés droit et gauche du ventre, sur les aisselles droite et gauche, sur les aines droite et gauche, sur la face interne des cuisses droite et gauche, de façon à ne pas revenir avant huit jours sur la place déjà frictionnée. Laisser la flanelle sur le lieu de la friction.

2^e "La première année," frictions quotidiennes avec interruption de quinze jours tous les trois mois. "La seconde année" un mois de frictions, un mois de repos. "La troisième année" un mois de frictions sur trois.

3^e "Les premiers mois" introduire, matin et soir, dans chaque narine, un peu de la pommade suivante :

Vaseline	30 grammes.
Calomel précipité	3 —

4^e "Pendant dix jours," s'il y a des boutons sur la peau, bain de dix minutes à 35 degrés dans une baignoire en bois, avec :

Sublimé	3 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	3 —

pour un paquet No 10.

M. Comby n'a jamais observé aucun accident toxique, et ce traitement a toujours été efficace. Il a complètement renoncé à l'emploi de l'iode, le mercure seul lui ayant paru avoir de la valeur contre les accidents virulents de la syphilis.

Un traitement de l'anthrax

M. le Dr d'Ajutolo (Bulletino delle Sc. med., nov. 1908) préconise pour le traitement de l'anthrax la solution alcoolique d'acide phénique mentholée selon la formule suivante :

Acide phénique neigeux	100 grammes.
Alcool	100 grammes
Menthol	10 grammes.

Si l'anthrax n'a pas encore suppuré, on le badigeonne avec cette solution et on le recouvre ensuite avec une compresse de tarlatan imbibée d'alcool mentholé à 5 p. c.

S'il a suppuré, on en exprime le contenu par de légères pressions à la surface et dans chacun des petits pertuis on introduit une petite mèche de coton hydrophile imbibée de la même solution et l'on recouvre avec la compresse imbibée d'alcool mentholé.

Suivant M. D'Ajutolo, sous l'influence de ce traitement, les douleurs diminuent rapidement; l'anthrax avorte si le traitement a été institué à temps et si, déjà, il est en voie de suppuration, il se sèche en trois ou quatre jours et s'affaisse au bout d'une semaine. Vers le douzième ou treizième jour, il ne reste qu'une cicatrice très petite, non pigmentée, qui, bientôt, devient imperceptible.

Rhinites chroniques

Insufflations :

1. Acide borique	20 grammes
Menthol	0 gr. 10

augmenter progressivement la dose de menthol jusqu'à 0 gr. 50.

2. Acide borique	20 grammes
Camphre	1 —

3. Fleur de soufre 10 grammes
une seule insufflation par jour pour commencer.

4. Salicylate de soude	10 grammes
Borax	10 —

contres les rhinites rhumatismales.

5. Hyposulfite de soude	5 grammes
Borax	10 —

Toutes ces poudres doivent être finement pulvérisées. N'adjoindre la cocaïne ou la stovaine à ces poudres qu'avec la plus grande circonspection, étant donné la possibilité d'une intoxication chronique.

Diabète et tuberculose

Tous les auteurs sont aujourd'hui d'accord pour admettre cette prédisposition effrayante des diabétiques à la tuberculose. Mais la fréquence de cette complication varie avec les trois conditions suivantes : le milieu dans lequel vit le malade, son âge, la forme de son diabète.

C'est ainsi que sur 51 diabétiques d'hôpital 22 étaient tuberculeux, alors que sur 20 diabétiques de la ville, 2 étaient tuberculeux. Or, cette fréquence de la tuberculose chez les diabétiques d'hôpital tient à ce fait, que, hypersensibilisé à l'égard du bacille de Koch un diabétique ne peut résister à la contagion, lorsqu'il y est exposé, comme à l'hôpital.

Après avoir donné l'opinion des auteurs anciens et modernes, M. Labbé prouve à l'aide de ses statistiques, que la tuberculose est incomparablement moins fréquente au cours du diabète sans dénutrition et qu'elle y est même presque de règle.

Quant aux formes que revêt chez les diabétiques la tuberculose pulmonaire, elles sont diverses : ou leur évolution est rapide, torpide, fatale et deux mois suffisent pour amener une fonte caséuse des deux poumons ; ou cette évolution subit un ralentissement lorsqu'on soigne le diabète et que l'on institue une cure de régime. Les nombreuses observations rapportées par l'auteur en font foi et permettent de constater le début insidieux marqué seulement par la toux, l'expectoration et l'amaigrissement rapide. Aussi tout diabétique qui tousse doit-il être ausculté.

L'absence des bacilles de Koch est fort gênante pour le diagnostic car les signes cliniques tirés de l'examen des sommets pulmonaires chez les diabétiques induisent souvent en erreur. Outre cette forme caséuse, l'auteur rappelle les formes broncho-pneumonique ; miliaire aiguë, plus rare ; hémoptoïque, bien que le plus souvent la tuberculose pulmonaire des diabétiques s'accompagne rarement d'hémoptysies ; pleurétique, très rare également ; fibreuse enfin, qui ne paraît guère exister chez les diabétiques.

Certains travaux (Gougerot, Salomon) autorisent à supposer que la tuberculose crée la lésion pancréatique responsable du diabète, bien que seule l'action du glycose favorise l'action du bacille de Koch.

Quant à la thérapeutique, elle consistera dans le régime de réduction hydro-carbonée et l'on ne supprimera ou l'on ne réduira l'hyperglycémie que si l'on a affaire à un diabétique avec ou sans dénutrition. L'arsenic et les alcalins trouveront leur indication, mais secondairement.

(Marcel Labbé. "Gazette des hôpitaux", 30 juillet 1908).

