

— Les garçons paraissent y être plus exposés que les filles, d'après la statistique de MM. Rilliet et Taupin. Dans notre relevé, les deux chiffres sont absolument les mêmes. — Les enfants forts et bien portants sont peut-être atteints plus fréquemment que ceux dont la constitution est moins robuste.

Ni les vers, ni la dentition, ni la jalousie, regardés par le vulgaire comme causes de tant de maladies de l'enfance, n'ont influé en aucune façon sur la manifestation de la dothinentérie. — Quelques faits exceptionnels cités par M. Taupin militent en faveur de la contagion; M. Rilliet en rapporte trois qui sont analogues; pour nous, nous n'avons rencontré rien de semblable.

*Symptômes.* — Début souvent brusque: vomissements; accablement, somnolence notables; céphalalgie, fièvre intense, avec sécheresse de la peau. — D'autres fois, inappétence, constipation ou diarrhée, douleurs vagues, lassitudes pendant quelques jours; assez rarement épistaxis; l'enfant est triste, lent dans ses mouvements, indifférent à ses jeux les plus favoris; il y a de l'insomnie, de l'agitation la nuit; des cris au réveil.

Quels qu'aient été ses commencements, la maladie se caractérise bientôt davantage: le pouls est fréquent, de 120 à 130, assez plein; la peau est sèche et brûlante; la soif est vive, le dégoût pour les aliments complet; la langue est sale, rouge aux bords et à la pointe, visqueuse; les gencives sont recouvertes de petites pellicules blanchâtres (exsudations pseudo-membraneuses); la diarrhée est plus abondante; il y a de la douleur au ventre, surtout dans la fosse iliaque droite, du météorisme, du gargouillement, plus tard des taches lenticulaires. Le facies a une stupeur caractéristique, principalement chez les enfants un peu âgés. La faiblesse générale augmente, l'intelligence et les sens deviennent obtus, ou l'assoupissement qui existait déjà est plus profond; la respiration est accélérée; la toux sèche, etc.

A mesure que la dothinentérie suit son cours, cet état s'aggrave encore: le pouls est petit, dépressible; la peau toujours âcre et brûlante; la langue est sèche, recouverte, comme les dents, les lèvres et les narines, de croûtes noirâtres. La déglutition devient difficile; les boissons ingérées provoquent une toux convulsive et sont rejetées par les fosses nasales. Les selles sont involontaires; le ventre est tendu et ballonné; la rate déborde le rebord des fausses côtes. Les symptômes thoraciques augmentent d'intensité: la respiration est plus difficile; la toux plus fréquente; la voix faible et saccadée. En même temps l'ataxie ou l'adynamie sont à leur plus haut point; des eschares se forment, etc.

La mort arrive alors de différentes manières, suivant la prédominance de telle ou telle forme; ou bien, au contraire, la scène change, et les symptômes perdent de leur gravité: la fièvre diminue, la peau est moins sèche; la langue s'humecte, l'appétit renaît, la diarrhée est moindre, le météorisme cesse, ainsi que la douleur du ventre; la toux est moins fréquente, et l'expectoration plus facile; le facies est meilleur, plus calme et plus gai; les forces reviennent, l'enfant se lève sur son séant, et

joue volontiers; enfin la convalescence se dessine franchement.

Tel est en raccourci le tableau de la fièvre typhoïde, et si nous l'envisageons ainsi d'une manière générale dans ses diverses périodes, dans ses formes, dans sa durée, nous lui trouverions une ressemblance presque parfaite avec la dothinentérie des adultes. Mais descendons dans les détails, et nous aurons à signaler des nuances assez nombreuses, dont l'appréciation n'est pas sans importance. Nous verrons que les symptômes de la maladie ne se montrent pas tous avec le même degré de rareté, et que la valeur séméiologique des phénomènes étant quelquefois différente, les bases sur lesquelles nous établissons le diagnostic devront subir quelques changements.

Les vomissements sont très-communs au début de la fièvre typhoïde observée dans l'enfance: ils surviennent au moins dans la moitié des cas, presque constamment le premier ou les trois premiers jours (rarement à une période plus avancée). Ils sont peu nombreux et ne durent guère au delà de cette limite; cependant, chez un enfant de quatre ans et demi, qui succomba au neuvième jour d'une dothinentérie, ils se répétèrent le cinquième jour avec une grande fréquence et avec la spontanéité des vomissements de la méningite (Rilliet).

La douleur du ventre, en général peu intense, est d'une appréciation difficile, parce que l'enfant ne rend pas ou rend mal compte de ses sensations, ou parce qu'il crie au moindre attouchement de l'abdomen, comme de toute autre partie du corps.

La constipation nous a paru se montrer dans une proportion plus forte que chez l'adulte (environ un tiers des cas); mais elle n'est jamais opiniâtre, cède volontiers même à de doux purgatifs. D'ordinaire la diarrhée ne tarde pas à lui succéder, et persiste jusqu'à la fin de la maladie. Les selles sont souvent involontaires, sans qu'on doive en tirer de conséquence fâcheuse si les enfants sont très-jeunes, parce qu'on sait qu'à cet âge, malades ou bien portants, ils s'inquiètent fort peu d'être salis, et l'odeur qui s'exhale de leur couche souillée avertit plus souvent encore que leurs cris du moment de l'excrétion. — Les hémorrhagies intestinales sont un accident tout à fait exceptionnel, M. Rilliet n'en cite aucun exemple; M. Taupin n'en mentionne qu'un seul, où la mort eut lieu. Nous en avons observé un second; au treizième jour d'une fièvre typhoïde modérément grave, une jeune fille de quatorze ans rendit par les selles à peu près la valeur d'un verre de sang; l'hémorrhagie, combattue par une application de sangsues à l'anus et des lavements d'amidon, ne reparut point, et la guérison ne se fit pas attendre au delà du terme ordinaire.

La rétention d'urine, cet accident de la période moyenne ou ultime assez fréquent chez les adultes, est encore fort rare: sur nos deux cent vingt-six cas il est noté deux fois seulement.

La langue, toujours altérée, a, comme chez l'adulte, des caractères fort variés. La soif est habituellement intense: l'enfant se jette avec avidité sur le gobelet qu'on lui présente, et avale rapidement une grande quantité de boisson. Quand il ne peut encore exprimer ses besoins par la parole, il reste

dans le décubitus dorsal, la bouche ouverte, appelant pour ainsi dire le liquide par le mouvement de ses lèvres, et quelquefois haletant.

L'épistaxis est regardée comme une hémorrhagie particulière à l'enfance: il y a du vrai dans cette assertion, comme le remarque avec justesse M. Taupin, car c'est presque une exception de voir à cet âge des écoulements sanguins se faire par d'autres voies. Mais nous serions plus disposés à croire, d'après les faits que nous avons observés, que l'hémorrhagie nasale est, dans l'enfance, plus commune en santé qu'en maladie, et que, par inverse, elle est plus fréquente chez l'adulte dans l'état pathologique. On s'est enquis avec soin de l'existence ou de l'absence de l'épistaxis dans la dothinentérie de l'enfant, et notre statistique réunie ne donne, pour les cas où elle a été constatée, qu'une proportion d'un onzième, tandis que cette proportion serait, chez les adultes, des deux tiers environ, d'après les chiffres de M. Louis.

La céphalalgie ne manque presque jamais; elle est, d'ailleurs moins forte que dans les affections cérébrales. L'enfant exprime cette douleur de tête, soit, comme l'adulte, par le langage, soit en portant la main à son front, soit par des cris aigus, plus souvent par de simples grognements, et, en même temps, par un froncement marqué des sourcils avec demi-occlusion des yeux.

On peut dire des autres troubles du système nerveux, que tels ils se montrent chez les adultes, et tels ils sont d'ordinaire chez les enfants: seulement on conçoit qu'il est fort difficile de les reconnaître aux premières années de sa vie, et c'est là un des plus grands écueils du diagnostic. Quant au délire, il ne saurait exister là où l'intelligence n'existe pas: il est alors remplacé par l'anxiété, l'agitation, les cris aigus sans cause, symptômes qui, par malheur, n'offrent souvent rien de caractéristique, et qui peuvent appartenir aussi bien à une pneumonie ou à une fièvre éruptive.

Dans un grand nombre de cas, l'assoupissement persiste plus ou moins longtemps avec tous ses degrés, toutes ses nuances, et les membres, comme paralysés, répondent à peine aux stimulations extérieures. Cette somnolence n'a d'ailleurs rien de particulier, non plus que d'autres phénomènes nerveux, tels que l'obtusion des sens, la dilatation des pupilles, la carphologie, les soubresauts des tendons, etc. — Les douleurs musculaires et articulaires que les enfants éprouvent au début et dans le cours de l'affection, persistent parfois aux genoux et aux aines au delà du terme habituel, et M. Taupin a remarqué, dans trente cas de ce genre, que la taille des sujets avait pris un assez grand accroissement.

Signalons, comme étant rares dans la fièvre typhoïde du premier âge, les grincements de dents, les machonnements, qui appartiennent beaucoup plutôt à la méningite, et rapportons comme exceptionnels les faits suivants: un cas où M. Rilliet a constaté des mouvements choréiques chez un jeune sujet qui succomba le trente-septième jour; un autre également mortel, où M. Taupin a observé pendant plusieurs heures une véritable catalepsie, et un troisième où nous-mêmes avons vu des contractures des deux mains et des deux pieds survenir le

vingt et unième jour d'une dothinentérie assez grave, persister, durant six jours, avec douleur quand on essayait de vaincre la rétraction des doigts, et cesser avec l'établissement plus franc de la convalescence. — Notons aussi deux points assez importants, la rareté plus grande que chez l'adulte de la formation des eschares (douze fois sur deux cent vingt-six), et surtout des perforations intestinales, dont M. Taupin a seul observé deux exemples, sur ce même nombre deux cent vingt-six (1).

Nous ne trouvons rien de spécial, ni dans l'éruption (taches lenticulaires, sudamina), ni dans les symptômes thoraciques liés si essentiellement au grand ensemble d'altérations qui constitue la fièvre typhoïde. Mais, pour terminer ce que nous avons à dire sur les différences d'expression phénoménale de la dothinentérie des enfants et des adultes, ajoutons qu'une crise (Taupin) commune chez ces premiers, est l'apparition d'une otorrhée, qui, en effet, a eu lieu vingt-huit fois, du dix-septième au trente et unième jour, dans des fièvres typhoïdes qui ont guéri malgré leur gravité, et une fois seulement chez un jeune sujet qui a succombé.

L'alopecie et la génération spontanée d'une abondante vermine sont également des accidents habituels de la convalescence (quatre-vingt-quinze fois, dans les cent vingt et une observations de M. Taupin).

*Diagnostic différentiel.* — Lorsqu'après avoir décrit une maladie quelconque, on arrive au diagnostic différentiel, il est un écueil rarement évité: c'est de trop rester dans les considérations générales, et de ne pas insister suffisamment sur les particularités. Pour mieux frapper les yeux de l'observateur, on trace largement le tableau morbide, puis on le rapproche d'autres affections analogues que l'on esquisse également à grands traits, de sorte qu'il semble qu'une méprise ne soit pas possible entre des maladies dont la physionomie offre des différences si tranchées. Au lieu de comparer ainsi des extrêmes qui ne se touchent point, comparaison véritablement superflue, qu'on choisisse au contraire les cas exceptionnels; au lieu de ne voir les maladies que dans leur ensemble, qu'on descende dans le détail des faits particuliers et qu'on examine avec soin les points de contact de deux affections à la limite qui les sépare; qu'on mette en relief deux ou trois circonstances

(1) L'analyse de ces observations nous donne d'autres faits qu'il n'est pas ordinaire de rencontrer: 1 de gangrène du poumon, observé dans la période de décroissement (Taupin); 6 de stomatite couenneuse ou ulcéreuse; 5 d'anasarques, survenues dans la convalescence (dans l'un nous avons trouvé dans l'urine une proportion notable d'albumine; les urines n'étaient point albumineuses dans un autre (Rilliet), où l'œdème avait commencé en même temps que la maladie); 1 d'artérite chez un enfant de quatorze ans qui avait eu une fièvre typhoïde à l'hôpital, et qui rentra huit jours après sa sortie, pour un œdème considérable du membre abdominal gauche. Il y avait en outre douleur sur le trajet de l'artère, depuis l'aîne jusqu'au pied, cessation complète des battements artériels, diminution de la chaleur, etc. La guérison fut obtenue en une quinzaine de jours: les battements artériels continuèrent toutefois à rester presque imperceptibles (Rilliet, Taupin).

capitales, et cette méthode plus utile prémunira plus sûrement contre les chances d'erreur.

Ainsi, pour la fièvre typhoïde, si on la considère dans son ensemble, on la distinguera sans peine à la multiplicité de ses symptômes, à la réunion pathognomonique de ses phénomènes cérébraux, thoraciques et abdominaux. Mais qu'une forme prédomine ou qu'un groupe de symptômes vienne à manquer, ou bien encore qu'une autre maladie se présente avec des complications anormales, le diagnostic ne sera plus si facile; car, de tous les phénomènes nombreux dont la succession par périodes régulières caractérise la dothinentérie, aucun ne lui appartient en propre, si ce n'est l'éruption des taches lenticulaires, qui ne se montre dans aucune autre affection.

La fièvre typhoïde pourrait, à son début, être prise pour une *fièvre éruptive* commençante; mais, indépendamment de ce fait que la dothinentérie est plus rare que les fièvres éruptives dans les trois premières années de la vie, celles-ci ont plusieurs traits distinctifs. Pour la *rougeole*, le larmolement des yeux et le coryza qui précèdent les taches rubéoliques et qui ne manquent point, lors même que l'éruption se fait attendre cinq, sept et treize jours (comme nous en avons vu un exemple); pour la *scarlatine*, l'angine et l'apparition rapide de la rougeur; pour la *variole*, le lumbago et les vomissements répétés; pour toutes trois, quand l'éruption tarde à se faire, l'agitation extrême ou les convulsions, tels sont les caractères les plus saillants, et qui devront attirer surtout l'attention. Dans les cas douteux, il faudra non-seulement regarder la face plusieurs fois par jour, et très-attentivement, pour tâcher d'y découvrir quelque tache ou quelque papule naissante; mais encore on devra inspecter toute la surface cutanée, et si l'on soupçonne plutôt une *variole*, à cause de l'absence de cicatrices vaccinales, examiner la partie supérieure et interne des cuisses, parce que ces parties, irritées chez les très-jeunes enfants, par le contact de l'urine ou des matières fécales sont souvent les premiers points où l'éruption variolique se déclare.

La *tuberculisation aiguë*, qui est beaucoup plus fréquente dans l'enfance que dans l'âge adulte, et qui a aussi une tendance bien plus grande à se généraliser dans les organes des trois cavités; la tuberculisation aiguë, disons-nous, présente quelquefois la plus grande ressemblance avec la fièvre typhoïde, et il est alors très-difficile de ne pas se tromper. Les exemples de pareilles erreurs ne sont pas aussi rares qu'on le croirait au premier abord: M. Taupin en cite trois, et nous en avons nous-même observé deux des plus frappants. Qu'on se représente, en effet, les symptômes multipliés qui se sont montrés dans ces cas et qui étaient la traduction des nombreuses altérations anatomiques; symptômes abdominaux (douleur de ventre, météorisme, diarrhée) expliqués par l'entéro-colite tuberculeuse; symptômes thoraciques (toux, dyspnée, râles sibilant et muqueux) expliqués par la présence des tubercules dans les poumons; symptômes cérébraux (délire, céphalalgie, etc.) dépendants d'une méningite tuberculeuse, ou accablement, prostration sympathiques, etc.; sudamina, réaction fébrile prononcée,

que manque-t-il ici à la description la plus complète de la fièvre typhoïde? L'épistaxis? mais elle n'est pas commune dans la dothinentérie de l'enfance. Les taches lenticulaires? mais elles sont quelquefois si peu nombreuses (deux ou trois), qu'elles peuvent fort bien échapper à la plus scrupuleuse investigation; et d'ailleurs elles ne paraissent que du septième au dixième jour, et quelquefois pâlissent très-vite, de sorte qu'avant ou après, ce précieux renseignement fait défaut. On conçoit que, dans des circonstances semblables, il faudra procéder avec la plus grande réserve, et se tenir dans la voie de la plus rigoureuse analyse, étudier un à un les phénomènes, les comparer et peser la valeur de chacun, soit isolé, soit réuni à d'autres; ce sera le seul moyen, si nous manquons de renseignements et si la marche de la maladie n'a pu nous éclairer, d'éviter une erreur de diagnostic et de nous épargner de graves mécomptes dans notre pronostic.

Plusieurs formes de la fièvre typhoïde pourront être aisément confondues avec d'autres affections. La méprise la plus commune est celle qui consiste à prendre pour une méningite une dothinentérie ataxique. On ne saurait expliquer autrement que par des erreurs de ce genre les guérisons de *fièvre cérébrale* si souvent opérées par certains praticiens. Les deux maladies ont, à mesure qu'elles se développent, des différences tranchées, et plus elles s'éloignent de leur début, plus elles deviennent dissemblables: d'un côté, évidence de phénomènes cérébraux particuliers (convulsions, strabisme, paralysie, etc.), et, par opposition, phénomènes abdominaux peu marqués; de l'autre concomitance de symptômes cérébraux et abdominaux très-prononcés, tels sont les points de dissemblance que la marche des deux affections rend de plus en plus frappants. Mais à leur commencement, et surtout le premier jour, la distinction entre les deux maladies est à peu près impossible. Ceux qui voudront avoir un résumé complet des éléments divers qu'il faut examiner et comparer, pour la solution de ce problème difficile, n'auront qu'à étudier le tableau différentiel qui a été tracé de main de maître par un praticien consommé, dont la haute sagacité égale l'expérience (Guersant, art. *Méningite* du *Dict. de méd.*, t. XIX); ils y verront qu'au début c'est principalement dans les symptômes fournis par l'appareil de la digestion qu'il faut chercher des caractères distinctifs, que ne donnerait point l'examen comparé des phénomènes cérébraux qui peuvent être, dans les deux cas, parfaitement semblables, (dans la *fièvre typhoïde*, soit vive, *langue plus ou moins sale et rouge à la pointe et aux rebords*, un ou deux vomissements, chaleur âcre et douleur du ventre, et plus souvent diarrhée; dans la *méningite*, chez les enfants, vomissements répétés, sans soit, *langue presque nette*, forte constipation).

Entre la dothinentérie abdominale et l'entérite, la ressemblance est presque complète, surtout chez les enfants très-jeunes. On le concevra sans peine si l'on réfléchit, d'une part, à la gravité plus grande de l'entéro-colite dans les premières années de la vie, et à son influence plus constante et plus profonde sur le système nerveux; et, de l'autre, à la difficulté, pour ne pas dire à l'impossibilité, de

constater à cet âge d'une manière précise les troubles de l'innervation, le délire, l'obtusité des sens, l'affaiblissement plus ou moins grand des forces, etc. Aussi, tout à fait au début, la distinction ne nous paraît pas possible; mais, quelques jours après, trois signes caractéristiques se montrent dans la dothinentérie, et ils manquent toujours dans l'entérite simple: ce sont d'abord le râle sibilant, et un peu plus tard les taches lenticulaires et le gonflement de la rate qui survient habituellement dans le second septenaire. Du reste, on comprend qu'ici un diagnostic précis serait beaucoup plus important en vue du pronostic que par rapport au traitement.

Quelquefois, enfin, on a cru à l'invasion d'une fièvre typhoïde, dans des cas où l'on reconnaissait bientôt un embarras gastrique, une fièvre éphémère (affection si commune chez les enfants), ou même une pneumonie. Ces erreurs ne sauraient se prolonger au delà d'un jour ou deux, et un peu d'attention suffira pour les faire éviter.

*Pronostic et traitement.* — La fièvre typhoïde est moins grave chez les enfants que chez les adultes. Cette conclusion ressort, comme nous l'avons vu, de l'examen des caractères anatomiques (rareté des *plaques dures* et des perforations, lenteur plus grande du travail d'ulcération), et de celui des symptômes (rareté de quelques phénomènes graves, selles sanguinolentes, eschares, rétention d'urine, etc.). Elle ressort également des données de la statistique: si, par un hasard malheureux, M. Rilliet a constaté la mortalité dans un cinquième des cas, les chiffres de M. Taupin et les nôtres donnent une proportion bien différente (un dixième, un vingtième).

Les auteurs qui ont voulu juger quel était le meilleur mode de traitement de la fièvre typhoïde chez les adultes, se sont, avec raison, adressés à la statistique, et les chiffres nombreux qui sont consignés dans la science peuvent au moins servir d'éléments pour la solution du problème. Nous sommes beaucoup moins avancés relativement à la dothinentérie observée dans le premier âge, et nous n'essaierons certainement pas, dans une maladie dont les formes et les variétés sont si nombreuses, de décider la question avec deux cent vingt-six observations. Dans cette statistique très-bornée, nous trouverions d'ailleurs une contradiction qui serait peu propre à nous éclairer. Les faits de MM. Rilliet et Taupin ont été recueillis dans un service où le traitement par les purgatifs est presque exclusivement employé, et l'un a trouvé une mortalité considérable, l'autre une mortalité moindre de moitié. Nos observations ont été prises dans un service où une thérapeutique mixte, plutôt antiphlogistique au début, était préférée, et nous n'avons eu que deux cas malheureux sur quarante-quatre; mais ce nombre est réellement trop petit pour que nous puissions nous en prévaloir en faveur de ce mode de traitement.

À défaut d'expériences faites sur une grande échelle, rappelons que la méthode des saignées répétées est moins applicable dans la fièvre typhoïde de l'enfance, les malades supportant moins bien à cet âge les dépletions sanguines abondantes. Les purgatifs devront aussi être employés avec plus de

réserve, et d'une manière moins continue, parce que, chez les enfants, ils provoquent avec plus de facilité l'inflammation du tube intestinal, et que chez eux l'entéro-colite est infiniment plus grave. Nous croyons que l'exagération dans la méthode antiphlogistique ou évacuante serait ici condamnable, et nous serions enclins à préférer une médication combinée, dont la diversité s'accommode aux formes essentiellement variables de la fièvre typhoïde. *Suivre la nature*, non pas comme un retardataire ou un aveugle, mais comme un surveillant sévère qui observe sa marche avec vigilance et sagacité, toujours prêt à profiter habilement de ses bonnes tendances, comme à combattre vigoureusement ses mauvaises; telle est la médecine véritablement *rationnelle*. Et d'ailleurs, cette médecine sagement expectante et agissante, n'est-elle pas celle dont les avantages dans les fièvres éruptives (combien de points de contact entre ces fièvres et la dothinentérie!) ont reçu la sanction de l'expérience des siècles! (1)

(Archives gén. de médecine, juillet.)

178. *Observations sur le goître des nouveau-nés, précédées d'un court exposé historique sur cette maladie; par NICOD D'ARBENT.*

Il existe plusieurs points des sciences médicales sur lesquels les faits qui s'y rapportent sont restés ensevelis dans le silence des praticiens auxquels ils se sont offerts. En compulsant les ouvrages de médecine, on ne trouve rien, ou presque rien d'écrit sur diverses spécialités; cependant, dès que les esprits ont été dirigés vers certains sujets d'observations, chaque praticien s'étonne du silence des auteurs, et trouve dans sa mémoire des faits analogues à ceux qui se sont présentés. Je ne doute pas que les deux exemples de goître congénial qui vont suivre ne soient un signe de souvenir pour des cas semblables à ceux que j'ai vus.

Dans le peu de recherches que j'ai faites sur ce sujet, je me suis convaincu que les hommes qui s'étaient particulièrement occupés des maladies des enfants n'avaient pas parlé du goître congénial, ou n'en laissaient apercevoir que des notions à peine dignes de remarque. On a lieu de regretter aussi que les articles spéciaux sur les maladies du corps thyroïde n'en disent presque rien. C'est ainsi que dans

(1) Ajoutons que notre honoré maître, M. Guersant, n'a pas dans la fièvre typhoïde de traitement *unique, spécial*, et qu'il varie ses moyens thérapeutiques suivant les indications. Dans la forme ataxique il emploie très-souvent en ville les bains tièdes et les irrigations d'eau fraîche sur la tête, continués quelquefois pendant plusieurs jours (de l'eau à 18, 16 et 14° R. est incessamment versée par un siphon à double courant dont le jet n'a pas plus d'une demi-ligne de diamètre). Nous avons été témoin de guérisons tout à fait inespérées qu'il a obtenues par ce moyen.

le *Dictionnaire de Médecine*, en 18 volumes, à l'article GOÏTRE, traité par M. Ferrus, on trouve simplement le passage qui suit :

« M. Guyot, élève des hôpitaux, m'a communiqué, à ce sujet, un fait intéressant. Il m'a assuré que M. Godelle, médecin à l'hôpital de Soissons, conservait le corps d'un enfant qui n'a vécu que quelques heures, et qui est venu au monde avec un goître, sa mère étant affectée de la même maladie. »

On n'a pas dit quelle a été la cause de la mort de cet enfant... Ne serait-elle point due à un défaut de respiration, causé par la présence du goître?

Fodéré, dans son *Traité du Goître et du Crétinisme* (1), page 53, dit avoir vu commencer le goître chez un enfant âgé de trente-cinq jours. Le fait a été rappelé dans le *Dictionnaire abrégé des Sciences médicales* et dans l'*Encyclopédie moderne*, à l'article THYROCÈLE, traité par M. Desruelles.

Dans le même ouvrage, Fodéré s'exprime comme il suit :

« Le goître est héréditaire ou adventiciel; le premier est beaucoup plus rare que le dernier. J'ai vu trois exemples de goître héréditaire dans des nouveau-nés, dont les parents étaient goitreux; même un de ces tristes exemples a été recueilli sur un de mes parents. Dans des recherches que j'ai faites à ce sujet dans la Maurienne, MM. les curés des campagnes où il y a le plus de goitreux, notamment M. Mollin, curé de Saint-Remi, m'ont fourni plusieurs cas. »

Les observations que j'ai recueillies diffèrent essentiellement des faits rapportés par Fodéré; ces derniers ont augmenté avec le temps, tandis que les autres ont disparu naturellement en quelques semaines.

Moriceau, Rollin, Brouzet, ne disent pas un mot du goître congénial; M. Gardien n'en fait pas mention; Billard, qui a fait un bon traité des maladies des nouveau-nés, et qui a étudié les écrits spéciaux sur cette matière, notamment ce qu'en disent Underwood et M. Denis, n'a rien rencontré, ni dans sa pratique, ni dans ces auteurs, qui se rapporte à la maladie dont nous parlons, puisqu'il ne l'indique même pas.

D'après ce court exposé historique sans doute bien incomplet, sur les cas de pathologie dont je vais citer deux observations, il est facile de conclure que les recherches sur ce genre d'affection ont été tout à fait négligées; je ne crois pas qu'il soit sans intérêt d'arrêter l'attention sur une maladie qui n'a pas seulement trait à la curiosité, mais qui, pouvant mettre la vie de l'enfant en danger, exige, de la part de l'accoucheur, des secours prompts et dirigés avec sagesse.

OBS. I. — Dans l'année 1855, un de nos confrères fit une absence de quelques jours; il me chargea de voir une femme qu'il avait accouchée la veille, et qui demeurait dans la rue des Fossés, à la Croix-Rousse. Cette femme avait remarqué au cou de son enfant, petite fille bien portante d'ailleurs, une

(1) Et non pas du Crétinisme, comme on l'a souvent imprimé.

grosseur qui l'inquiétait. Elle me la montra et je m'assurai qu'elle tenait au développement anormal du lobe droit du corps thyroïde. Elle était arrondie, faisant une saillie d'un pouce, et présentait à sa base un pouce et demi de diamètre; elle était mobile, sans changement de couleur à la peau et sans douleur. La respiration étant parfaitement libre, mon avis fut qu'il n'y avait rien à faire pour le moment, et j'annonçai à cette femme, qui désirait savoir si cette grosseur guérirait sans remède, qu'il n'en serait rien, et qu'elle irait plutôt en augmentant; basant mon pronostic sur l'assurance des auteurs, que le goître commence souvent dans l'enfance, et n'ayant jamais rien lu ni observé qui se rapportât au goître des nouveau-nés. La mère n'avait aucune apparence de goître. L'enfant fut envoyé en nourrice.

Plusieurs mois après, ayant eu occasion de revoir cette mère, je m'informai du thyrocèle de sa jeune fille, et j'appris avec étonnement que sa tumeur avait diminué progressivement, et qu'il n'en restait plus de trace au bout d'un mois. Ce fait resta dans ma mémoire, et ne fut pas perdu pour la pratique comme le prouve la seconde observation.

OBS. II. — M<sup>me</sup> Differnet, femme d'un *liseur* (on appelle ainsi les ouvriers chargés de faire des trous aux cartons pour les métiers à la Jacquard), demeurant rue du Commerce, n° 10, jouit d'une excellente santé. Elle a eu plusieurs couches très-heureuses. Depuis une dernière grossesse, elle offre une légère intumescence du corps thyroïde, qui n'a rien de désagréable à l'œil. Elle était au terme d'une cinquième grossesse, quand, le 7 mai 1855, je fus mandé pour l'assister dans sa couche. Les douleurs avaient été assez vives pendant quelques heures, et venaient de se suspendre. Le toucher me fit reconnaître une dilatation complète du col utérin, mais la tête de l'enfant était encore au détroit supérieur, dans lequel elle commençait à peine à s'engager. J'attendis une heure sans résultat. La femme ne souffrant pas, et l'enfant ne courant aucun danger, je ne vis rien de mieux à faire que d'attendre encore, et je rentrai chez moi, en recommandant que l'on vint me chercher aussitôt que le travail recommencerait. On vint une heure après, et je me rendis de suite chez la femme en travail; mais il avait été si prompt que l'enfant était né à mon arrivée. La garde l'avait pris sur ses genoux, après avoir lié et coupé le cordon. Il ne pouvait respirer et se trouvait dans un état de congestiom remarquable.

Mon premier soin fut de couper le cordon, à plusieurs reprises, pour le faire saigner, mais inutilement. Je fis transporter l'enfant dans une pièce voisine, où on le tint à découvert dans un air légèrement frais, dans l'intention de suppléer à la respiration pulmonaire, et de diminuer l'état congestif; celui-ci était entretenu par une respiration excessivement gênée, qui ne se reproduisait qu'à des intervalles très-éloignés, et par des efforts convulsifs. Cela était dû à une cause matérielle très-évidente et peu commune. Une tumeur volumineuse s'étendait, de haut en bas, depuis l'extrémité du menton jusque sur la fourchette du sternum et sur les clavicules; en travers, d'un muscle mastoïdien à l'autre, et sous les angles de la mâchoire inférieure jusqu'aux apophyses mastoïdes, qu'elle dépassait même du

côté droit. Cette tumeur était légèrement mobile par les côtés et plus fixe vers le centre. Par sa position et par sa forme, elle me parut tenir à une hypertrophie et à une congestion sanguine énorme du corps thyroïde; sa surface était d'un rouge violet, demême que la tête et toute la surface du corps.

Tout le monde crut, et je pensai moi-même que cet enfant était perdu. Cependant le père demandait instamment des moyens de le sauver; ses instances, et le souvenir du cas précédemment cité, me firent concevoir l'espérance de surmonter l'imminence du danger. En effet, si je pouvais remédier aux premiers accidents de la compression des voies aériennes, la grosseur diminuerait probablement d'une manière prompte, et finirait par disparaître avec le temps.

Le succès prouva la réalité de ces prévisions. En attendant que l'on apportât quatre fortes sangsues, je fis toujours tenir l'enfant à l'air frais, et je couvris les extrémités inférieures de synapismes. Bientôt deux sangsues furent posées de chaque côté de la tumeur, et firent de larges piqûres; dès qu'elles furent tombées, il s'écoula un sang noir et épais; il sembla que la respiration était un peu moins rare, et la moutarde parut avoir réveillé un peu l'action cérébrale presque éteinte. Le sang coula toute la nuit; le lendemain matin il suintait encore, toujours presque aussi noir que la veille; mais la scène avait tout à fait changé. Le thyrocèle avait perdu un grand tiers de son volume, il était plus mou, plus mobile, et comprimait moins le larynx et la trachée-artère; la respiration, bien qu'un peu gênée, se faisait d'une manière suffisante à l'entretien de la vie; la surface du corps ne présentait plus que des marbrures disséminées. Cependant il y avait encore de la stupeur; la succion ne s'opérait qu'avec lenteur et faiblesse, quoique la vie ne fût plus en danger. Les évacuations alvines et urinaires avaient commencé.

Je fis placer deux nouvelles sangsues sur les bords de la tumeur; elles saignèrent encore jusqu'au lendemain: de sorte que la saignée avait duré quarante heures.

Le sang était devenu moins foncé et moins consistant; la diminution considérable de la grosseur, le changement de l'expression de la face, les marbrures presque éteintes, les sensations tout à fait rétablies, la succion devenue facile, et les évacuations régulières, annonçaient le retour à un état physiologique très-voisin de la santé la plus florissante.

L'enfant ayant été nourri par sa mère, j'ai pu suivre les progrès de la guérison. La maladie a diminué graduellement et s'est réduite, dans les huit premiers jours, à un noyau fort médiocre, un peu plus saillant sur le côté droit. Après cinq semaines, il n'en restait plus de traces. Je vois encore le sujet

de temps en temps, et je puis assurer qu'il est l'un des mieux portants de la maison, et sans saillie apparente sur le corps thyroïde.

Les deux goîtres dont je viens de retracer l'histoire appartiennent à la variété appelée goître sanguin par M. Tordiveau, dans sa *Dissertation inaugurale sur les maladies de la glande thyroïde*, contenue dans la collection des thèses de la Faculté de Paris, année 1805. Cette variété est la plus facile à guérir. On le voit quelquefois disparaître spontanément, quand la nature s'est créé un *diverticulum* par la congestion sanguine sur un autre organe, suivie ou non d'hémorrhagie.

A quelle cause rattacher la congestion du corps thyroïde? On ne peut hasarder que des hypothèses. Ce n'est point uniquement à l'hérédité, car les pères et les mères des enfants dont nous avons parlé ne portaient point de goître. Ce n'est pas non plus à la compression du cordon sur les veines thyroïdiennes, parce qu'il ne formait point de ligature autour du cou des enfants, au moins chez le dernier, à ce que m'a assuré la garde. Serait-ce à une hypertrophie? Mais l'hypertrophie amène un changement dans le tissu, qui ne permet pas une résolution aussi prompte. On ne peut admettre l'influence d'un tissu érectile, puisque la congestion, au lieu d'être active, paraît au contraire dans un état tout à fait passif. Attendons que de nouveaux faits viennent jeter quelque jour sur l'étiologie d'une maladie dont nous nous bornons à enregistrer deux cas, au bénéfice de la thérapeutique.

Le meilleur traitement consiste à laisser couler le sang par le cordon, et, en cas d'insuffisance, à faire mordre des sangsues au col. Mais comment tirer du sang en abondance, si on ne connaissait pas la nature de la tumeur et la facilité de sa résolution? Autrement on pourrait craindre d'affaiblir l'enfant en pure perte, ou croire le mal au-dessus des ressources de la nature et de l'art.

L'exposition du nouveau-né à un air modérément frais, et les révulsifs sur les extrémités inférieures, seront aussi d'un puissant secours. Les révulsifs me semblent préférables aux frictions, quand la congestion du cerveau est violente, parce que les secousses qui accompagnent les frictions peuvent alors devenir dangereuses. L'inspiration de quelque vapeur stimulante me paraît aussi parfaitement indiquée.

Si ces faits de thyrocèle ne paraissent pas dénués d'intérêt, j'en rapporterai deux autres peu communs, observés sur des adultes, et dont l'un me semble former une variété fort singulière, qui n'a pas encore été décrite, ou au moins dont la description n'est pas connue.

(Bulletin gén. de Thérapeutique, juillet.)