

et qui, après s'être exposée au froid humide, fut prise brusquement d'accidents asphyxiques graves dus au développement rapide du corps thyroïde et à la compression de la trachée. La trachéotomie fut pratiquée, et 4 jours après, une thyroïdectomie partielle, suivie de guérison parfaite.

Le pronostic du goitre chez l'enfant est donc très variable suivant la variété et le siège. Très favorable pour les goitres superficiels, peu volumineux, et les goitres folliculaires qui guérissent en général bien par les injections iodées, il est mauvais pour les goitres kystiques profonds et très grave pour les goitres rétro-sternaux.

**Traitement.** — Le traitement du goitre est prophylactique, médical ou chirurgical. Les enfants prédisposés au goitre doivent être éloignés des pays où il est endémique; on ne leur fera boire que de l'eau bouillie, on leur évitera tous les mouvements et les attitudes susceptibles de congestionner le corps thyroïde.

L'emploi des préparations *iodées* à l'intérieur ou à l'extérieur constitue le traitement médical habituel du goitre chez l'enfant comme chez l'adulte. Mais ce traitement doit être surveillé de près, car les enfants sont très sensibles à l'iode. Outre les accidents de l'iodisme banal, coryza, catarrhe pharyngo-laryngé et oculo-nasal, les accidents de l'iodisme chronique, décrits par Rilliet sous le nom d'iodisme constitutionnel, s'observent facilement chez les enfants goitreux traités. Ils sont caractérisés par de l'amaigrissement, de l'affaiblissement, du tremblement, des palpitations, de la tachycardie, des sueurs, de l'insomnie, une surexcitation extrême. On a reconnu que ces troubles ne se rencontrent sous l'influence de l'iode que chez des sujets goitreux. Jannin<sup>1</sup> (de Chexbres), Gautier<sup>2</sup> (de Genève) ont insisté sur l'identité des symptômes de l'iodisme constitutionnel avec ceux du thyroïdisme expérimental ou thérapeutique. D'autre part ils ont rapporté des cas de maladie de Basedow qui avaient pour point de départ l'emploi de l'iode et des iodures. D'après ces auteurs, chez certains prédisposés, goitreux avérés ou latents, l'iode apporte un trouble spécial dans la fonction thyroïdienne et des accidents de thyroïdisme seraient la conséquence de la résorption du goitre sous son action. L'iodisme se confond avec l'iodo-thyroïdisme. L'effet des petites quantités d'iode sur le goitre est démontré par ce fait qu'il suffit souvent d'un séjour un peu prolongé au bord de la mer, ou de l'emploi régulier des applications d'eau de mer, pour assister à sa disparition. De plus, comme Demme le fait remarquer, dans les pays à goitre, on observe que les enfants qui consomment dans leur alimentation une quantité relativement grande de sel, sont plus rarement atteints, et cela vraisemblablement grâce à la petite quantité d'iode contenue dans le sel.

Dans le très jeune âge l'emploi de l'iode à l'intérieur devra être très restreint. C'est au sirop d'iodure de fer qu'il faudra donner la préférence. L'action de l'iode employé à l'extérieur se fait moins par absorption par la peau, que par inhalation des vapeurs mises en liberté. Il faut préférer, à

<sup>(1)</sup> JANNIN. *Revue méd. de la Suisse rom.*, mai 1899.

<sup>(2)</sup> GAUTIER. Encore l'iode et la glande thyroïde. *Revue méd. de la Suisse romande*, octobre 1899. — Cité in BUIQUER. La thyroïdothérapie et les traitements iodé et ioduré. *Presse méd.*, février 1902.

l'usage de la teinture d'iode, celui des onctions à la pommade iodo-iodurée.

Dans ces derniers temps le traitement thyroïdien a été substitué au traitement du goitre par l'iode et les iodures. Pour beaucoup d'auteurs, parmi lesquels Baumann et Roos, Kocher, la médication thyroïdienne n'agirait que par son iode, et ne serait qu'un moyen d'administrer l'iode sous une forme très active et particulièrement assimilable. Elle ne donnerait pas plus de succès que l'ancien traitement iodé. Cependant il est des cas où la thyroïdothérapie a réussi alors que les médications iodée et iodurée avaient complètement échoué. C'est chez les jeunes sujets en particulier qu'elle a été favorable.

D'après Kocher le traitement *médical* par l'iode et le corps thyroïde donne dans 90 pour 100 des cas de goitre une amélioration telle que l'opération devient inutile. Ces cas favorables répondent surtout au goitre parenchymateux, de beaucoup plus fréquent dans l'enfance.

Le traitement *chirurgical* doit donc être réservé aux cas où le traitement médical a échoué ou à ceux où il paraît *a priori* ne pouvoir donner aucun résultat; ce sont en particulier les goitres kystiques ou les goitres fibreux, ces derniers très rares chez l'enfant. L'indication opératoire principale reste toujours la présence de troubles respiratoires par compression de la trachée. Dans ces cas, d'après Kocher, le traitement interne en produisant ordinairement un tassement de la tumeur augmente la sténose. Il ne faut pas hésiter à opérer, car depuis quelque temps la mortalité opératoire a considérablement diminué; sur les 556 cas de goitre simple opérés, qui constituent sa dernière statistique publiée, Kocher<sup>1</sup> n'a eu qu'une mort. L'opération de choix est la thyroïdectomie partielle, afin d'éviter le myxœdème post-opératoire. Kocher la pratique sans chloroforme, sous l'anesthésie cocaïnique. Nous signalerons la méthode des *injections iodées interstitielles* dans le goitre parenchymateux, aujourd'hui de plus en plus abandonnée depuis l'emploi des méthodes chirurgicales proprement dites. Elle a donné des succès nombreux chez l'enfant, notamment entre les mains de Demme<sup>2</sup>, dans les cas de goitre parenchymateux résistant à la médication iodée ou récidivant facilement. Demme employait soit la teinture d'iode pure, soit une solution de 5 grammes d'iodure de potassium dans 10 grammes d'eau distillée. Dans deux cas l'injection a été suivie de convulsions, très souvent de toux convulsive durant plusieurs heures. Une fois il y a eu suppuration. Demme ne signale pas de cas de mort chez l'enfant.

**Goitre congénital.** — Le goitre congénital présente quelques particularités et mérite une description spéciale. Signalé par Fodéré, Paletta, Mondini Betz, il a été bien établi par les publications de Bednar, Friedreich, Spiegelberg, etc., par les travaux de Virchow, Pflug. Buob consacre sa thèse à son étude (Strasbourg, 1867). Sa fréquence est assez grande, puisque Demme, sur 645 goitres infantiles vrais, relève 53 cas congénitaux. Les congestions chroniques de la thyroïde sont fréquentes chez le nouveau-né,

<sup>(1)</sup> KOCHER. Une nouvelle série de 600 thyroïdectomies pour goitre. *Correspond. Bl. f. Schw. Aerz.*, septembre 1898.

<sup>(2)</sup> DEMME. *Loco citato*.

elles sont transitoires, mais on observe un goitre vrai, qui présente en général une forme anatomique particulière, c'est un goitre hyperplasique simple, dans lequel il y a prolifération égale de tous les éléments anatomiques du corps thyroïde dans le sens du développement normal. On rencontre aussi fréquemment des goitres folliculaires, plus rarement le goitre kystique, mais la forme mixte est fréquente. Demme a signalé 1 cas de goitre congénital fibreux. La richesse vasculaire est à relever dans tous ces cas.

Le goitre vrai se rencontre très volumineux chez des fœtus comme chez des nouveau-nés à terme. Tels sont les cas de Béraud et Danyau (fœtus de 5 mois 1/2, goitre de 46 gr. au lieu de 2 à 4 gr., poids de la thyroïde normale à cet âge), de Virchow, de Mondini, de Friedreich. Hecker observe un goitre de 46 grammes chez un nouveau-né à terme de 7 livres asphyxié à la naissance, Demme un goitre de 102 grammes chez un enfant à terme, mort 56 heures après la naissance. La grosseur du goitre peut être telle, qu'elle soit une cause de dystocie (cas de Hubbauer, de Houel). Le goitre congénital se présente comme une masse demi-circulaire, siégeant entre le menton et le sternum, et latéralement entre la mâchoire et la clavicule. Il atteint la totalité du corps thyroïde, fait à remarquer. Demme rapporte un cas de goitre congénital latéral développé aux dépens d'une thyroïde accessoire. On a signalé comme altération concomitante l'hypertrophie du thymus, qui peut persister longtemps (Virchow, Bednar).

La *symptomatologie* est caractérisée par l'apparition précoce et rapide des phénomènes de compression laryngo-trachéale avec asphyxie dans les goitres un peu volumineux. La naissance en état de mort apparente est fréquente; les fœtus goitreux mort-nés ont succombé généralement à l'asphyxie. Dans les goitres plus petits, quelquefois latents, on peut observer, peu après la naissance, une congestion rapide, souvent mortelle. Même les goitres petits donnent lieu à des accidents de gêne respiratoire continus ou par accès, désignés par certains auteurs sous le nom d'*asthme des nouveau-nés* par goitre congénital. Ces accidents peuvent entraîner la mort, mais souvent ils rétrocedent; on assiste à la diminution progressive du gonflement du cou, et la guérison du goitre congénital se produit spontanément dans les premiers mois de la vie. Dans d'autres cas, le goitre congénital persiste et devient le point de départ d'un goitre volumineux de l'enfance. Le *pronostic* est donc favorable pour les goitres congénitaux peu accusés. Il n'en est pas de même pour ceux qui sont volumineux ou mal situés. Un grand nombre de goitres congénitaux peu volumineux restent tout à fait latents et ne sont découverts que par hasard, à l'occasion d'une exploration des autres organes.

Le *diagnostic* du goitre congénital est en général sans difficulté, et la différenciation est facile d'avec les kystes congénitaux, les hygromas kystiques, les kystes branchiaux.

Au *point de vue étiologique*, il faut ajouter, aux conditions générales du développement du goitre endémique, l'action très nette de l'hérédité dans le cas de goitre congénital, puisque Demme sur 55 cas a rencontré 14 fois le goitre chez les 2 parents, 25 fois chez la mère seule. De plus,

certain auteurs (Bednar, Herker) insistent sur l'acte de l'accouchement comme favorisant la congestion thyroïdienne en particulier dans la présentation de la face fréquemment relevée dans les cas de goitres congénitaux. Virchow incrimine le développement irrégulier des vaisseaux de la thyroïde.

Le *traitement* du goitre congénital est le même que celui du goitre en général. Nous signalerons cependant les cas où l'enfant naît en état de mort apparente et où il faut immédiatement mettre en jeu tous les moyens habituels pour provoquer l'acte respiratoire. La trachéotomie a été pratiquée dans un cas par Demme.

Un fait intéressant, rapporté par Mossé et Cathala<sup>1</sup>, montre la possibilité de réaliser chez le nourrisson l'opothérapie thyroïdienne par l'intermédiaire de la nourrice et d'obtenir ainsi la guérison d'un goitre congénital. Une femme de 22 ans goitreuse, mais indemne de crétinisme, donne naissance à un enfant atteint de goitre congénital formant de chaque côté de la ligne médiane deux tumeurs saillantes du volume d'une noix. L'enfant se développa mal, resta chétif et présentait l'aspect d'un athrepsique. On donna à la mère 1 gr. 50 de corps thyroïde en tablettes par jour, par périodes de 5 jours, suivies de périodes de 5 jours de repos. Après un mois et demi de traitement sans symptômes de thyroïdisme chez la mère ou chez l'enfant, on observa chez celui-ci la disparition du goitre, et la transformation de l'état général, devenu florissant.

#### TUMEURS DU CORPS THYROÏDE

Rares chez l'adulte, les néoplasmes de la thyroïde sont tout à fait exceptionnels chez l'enfant et nous n'en trouvons que quelques très rares observations dans la littérature médicale. D'après Demme ce serait surtout dans les pays à goitre qu'on pourrait rencontrer soit le carcinome, soit le sarcome du corps thyroïde; l'existence antérieure du goitre créerait une prédisposition. Pour Lücke le carcinome serait plus fréquent après 10 ans, le sarcome appartiendrait aux jeunes sujets. Demme<sup>2</sup> rapporte deux observations personnelles de sarcome primitif: l'une concernant une fillette de 5 ans et demi, l'autre un garçon de 7 ans. Dans les deux cas la tumeur se développa sur un goitre antérieur; elle atteignait le volume d'une pomme dans un cas, du poing dans le second. Il s'agissait de sarcome à cellules rondes. Il n'y avait pas d'autres localisations, et les ganglions cervicaux n'étaient pris que dans le premier cas. Les malades présentèrent de la gêne progressive de la respiration et de la déglutition, et succombèrent à la cachexie avec diarrhée et fièvre vespérale. Une autre observation de tumeur primitive du corps thyroïde publiée par Demme<sup>3</sup> est un cas de carcinome médullaire chez un enfant de 5 ans. La tumeur thyroïdienne débuta à l'âge de 2 ans et atteignit le volume d'une pêche. A 4 ans apparut une tumeur du

(<sup>1</sup>) MOSSÉ et CATHALA. *Guérison d'un goitre congénital par l'alimentation thyroïdienne de la nourrice*. Acad. de méd., 12 avril 1898.

(<sup>2</sup>) DEMME. *Loco citato*.

(<sup>3</sup>) DEMME. Carcinome médullaire du corps thyroïde. *Jahresbericht des Berner Kindersitales*, 1879, anal. in *Arch. f. Kinderheilk.*, 1881.

sein gauche de même nature. L'enfant succomba brusquement à l'ulcération de la carotide et à son ouverture dans le pharynx.

Le cancer secondaire est peut-être plus fréquent, dit Demme, et il en cite un cas personnel chez un enfant de 6 ans qui succomba à un carcinome du rein droit. Dans le corps thyroïde atteint de goitre on trouva deux nodules carcinomateux encapsulés, du volume d'une noisette, en même temps que des noyaux dans le poumon et la capsule du foie. Nous n'avons pas trouvé d'observation analogue.

Nous citerons enfin comme tumeur exceptionnelle un enchondrome du volume d'une orange observé par Esquardo<sup>1</sup> chez un enfant de 10 ans.

#### GOITRE EXOPHTALMIQUE, MALADIE DE BASEDOW

La maladie de Basedow est rare dans l'enfance et on ne compte guère qu'une quarantaine d'observations publiées, dont six seulement en France. Parmi ces dernières, les plus anciennes sont dues à Labarraque (1860) et à Bouchut (*Traité des maladies du nouveau-né*, 1875), les plus récentes sont celles de MM. Variot et Roy<sup>2</sup> et celle que nous avons publiée nous-même.

Le petit malade de M. Variot était un garçon de 4 ans 1/2 qui, au cours d'une coqueluche très prolongée, présenta la triade symptomatique typique de la maladie de Basedow : exophtalmie avec lagophtalmie, goitre avec battements et thrill, tachycardie variant de 140 à 168 pulsations. L'anémie était très marquée, s'accompagnant d'une hypertrophie considérable de la rate et de purpura. Dans notre observation, il s'agissait, au contraire, comme c'est plus habituellement le cas, d'une fille de 15 ans, mais non encore réglée. On avait constaté chez elle depuis quelques mois une augmentation de volume du corps thyroïde et le traitement iodé avait été institué, lorsque brusquement elle se mit à maigrir très rapidement, en même temps qu'apparurent des palpitations, de l'exophtalmie et du tremblement. Une cachexie très marquée avec agitation cérébrale extrême, puis l'apparition d'une chorée au cours d'une attaque intercurrente de rhumatisme articulaire aigu, caractérisèrent l'évolution de la maladie qui se termina en 6 mois par la guérison presque complète. Celle-ci se maintenait encore après deux ans, époque où la malade a été perdue de vue.

A l'occasion de ce fait observé par nous, nous avons donné un aperçu d'ensemble des principaux caractères du goitre exophtalmique chez l'enfant<sup>3</sup>. L'étude complète de tous les cas publiés a fait l'objet de la récente thèse du D<sup>r</sup> Barret, travail consciencieux qui réunit tout ce qui a trait à la question avec une bibliographie complète<sup>4</sup>. Signalons aussi le chapitre consacré par d'Espine et Picot au goitre exophtalmique dans la 6<sup>e</sup> édition de leur *Manuel des Maladies de l'Enfance* et par M. Comby dans la 4<sup>e</sup> édition du sien.

(<sup>1</sup>) Cité in ROGER. Pathologie de la glande thyroïde. *Traité de méd.*, t. V, 1902.

(<sup>2</sup>) VARIOT et ROY. Un cas de goitre exophtalmique chez un garçon de 4 ans 1/2 avec la triade symptomatique typique : exophtalmie, goitre, tachycardie. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, juin 1901.

(<sup>3</sup>) ZUBER. Maladie de Basedow dans l'enfance. Un cas de goitre exophtalmique chez une fillette de 15 ans. *Arch. de méd. des enf.*, octobre 1900.

(<sup>4</sup>) BARRET. La maladie de Basedow dans l'enfance. *Thèse de Paris*, 1901.

En Allemagne, dès 1878, dans le *Handbuch für Kinderkrankheiten de Gerhardt*, V. Dusch<sup>1</sup> et Demme<sup>2</sup> consacrent chacun un chapitre au goitre exophtalmique. Plus récemment Steiner<sup>3</sup> a fait paraître dans les *Archiv für Kinderheilkunde* un travail étendu et complet sur le sujet, analysant 28 observations dont 3 personnelles.

**Étiologie.** — La fréquence du goitre exophtalmique chez l'enfant par rapport à l'adulte est de 1 cas chez l'enfant pour 50 chez l'adulte, mais le degré de fréquence varie beaucoup avec l'âge, et les cas, très rares dans les premières années, se multiplient aux approches de la puberté; sur 59 malades, 52 ont entre 8 et 15 ans (Barret). L'enfant le plus jeune avait 2 ans 1/2. L'influence du sexe se fait sentir comme chez l'adulte : 28 filles pour 11 garçons (Barret). La race créerait une prédisposition, et la race allemande, comme le pense Eichhorst, serait plus fréquemment atteinte; pour 6 observations de provenance française on relève en effet 25 observations de race allemande (Allemagne, Suisse, Autriche), pays dont la population totale n'est que de 2 fois 1/2 celle de la France (Barret). — Comme influence des *antécédents héréditaires*, on peut noter l'*hérédité similaire complète* dans 2 cas, *incomplète*, c'est-à-dire se bornant à l'existence de un ou deux des symptômes cardinaux chez les ascendants, dans plusieurs cas. Le *goitre simple* existait dans 4 cas chez les ascendants ou les collatéraux. Lockart Gillespie a observé chez quatre filles sourdes-muettes, d'une famille de 8 enfants, du gonflement thyroïdien avec tachycardie. Le *neuro-arthritisme des parents* est relevé fréquemment. La *chorée* existait chez les deux frères d'un malade. L'*alcoolisme des parents* est signalé dans 8 observations.

Les petits malades sont en général chétifs, nerveux, parfois rachitiques; dans 2 cas on signale des végétations adénoïdes. Enfin presque tous sont plus ou moins anémiques. Dans 2 cas on a noté l'hypertrophie de la rate qui était considérable dans le cas de Variot et s'accompagnait de purpura.

Le goitre existait longtemps avant l'apparition des symptômes de Basedow dans 5 cas; dans l'un de ces cas il existait depuis la naissance chez deux sœurs, dont l'une seulement a présenté à 11 ans les signes de la maladie de Graves (Ehrlich).

Quant aux *causes occasionnelles*, sans insister sur l'influence d'une émotion, d'un traumatisme sur la tête qui ont été invoqués, nous signalerons les cas où les symptômes de Basedow sont apparus manifestement au cours ou immédiatement après une *maladie infectieuse* : scarlatine (Rosenberg, Demme), angine aiguë (Baldwin), coqueluche (Schwekendick, Steiner, Variot et Roy).

L'étiologie et la *pathogénie* du goitre exophtalmique sont peut-être appelées à s'éclairer d'un jour nouveau grâce aux notions récentes sur la nature des altérations du corps thyroïde au cours des infections que les recherches de MM. Roger et Garnier nous ont apportées. L'apparition consé-

(<sup>1</sup>) V. DUSCH. Die Neurosen des Herzens. *Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankh.*, 1878; Bd IV, 1, p. 596.

(<sup>2</sup>) DEMME. Krankheiten der Schilddrüse. *Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh.*, 1878, Bd III, 2, 597.

(<sup>3</sup>) F. STEINER. Morbus Basedowi in Kindesalter. *Archiv für Kinderheilkunde*, 1896, XX et XXI.

cutivement à une thyroïdite aiguë du syndrome de Basedow seul ou s'accompagnant de signes de myxœdème semble démontrer l'importance du trouble de la fonction thyroïdienne dans la pathogénie du goitre exophtalmique. Les cas où le myxœdème succède au goitre exophtalmique ou l'accompagne (5 cas observés chez l'enfant par Baldwin, Ehrlich), plaident de même en faveur d'une maladie thyroïdienne, ainsi que l'action souvent favorable du traitement thyroïdien chez l'enfant comme chez l'adulte basedowien (Hock, Baldwin). L'apparition de la maladie de Basedow chez les fillettes au moment de la puberté, période où la congestion du corps thyroïde est un fait physiologique, est à relever aussi au point de vue d'une pathogénie thyroïdienne. Le rôle que semble jouer dans la prédisposition à la maladie de Basedow l'existence antérieure d'un goitre, ou la tendance héréditaire au goitre dans certaines familles, sont des faits qui plaident dans le même sens.

D'autre part, comme le fait remarquer Variot, en présence de l'anémie extrême avec tuméfaction de la rate (cas de Rosenberg, Forster, Variot et Roy) il est difficile de ne pas établir un lien entre la dyscrasie sanguine et les troubles névropathiques et de ne pas être tenté de revenir aux anciennes idées de Bouillaud qui considérait le goitre exophtalmique comme une perturbation nerveuse surgissant au cours des anémies graves et prolongées.

Quant au rôle attribué par quelques auteurs au thymus dans la pathogénie du goitre exophtalmique, théorie basée sur la reviviscence de cet organe à l'autopsie de plusieurs basedowiens adultes, on peut faire remarquer avec Barret que c'est dans l'enfance, période d'activité fonctionnelle du thymus, que la maladie de Basedow est le plus rare, et qu'elle est exceptionnelle chez les très jeunes enfants à l'âge où la glande possède son maximum d'activité.

**Symptômes.** — La symptomatologie de la maladie de Basedow chez l'enfant présente en général la *triade classique* au complet, et les formes *frustes* ne sont relevées que dans 1/5 des cas.

La *tachycardie*, symptôme essentiel pour le diagnostic de la maladie, est constante et en général apparaît d'abord. Elle présente, comme caractère propre dans l'enfance, la moindre fréquence des pulsations ne dépassant pas en moyenne 100 à 120 au lieu des chiffres de 150, 180 observés chez l'adulte. La sensation subjective de palpitations est moins souvent signalée que chez le basedowien adulte.

L'*hypertrophie du cœur* existe dans 1/5 des cas. La région précordiale est le siège d'ondulations et d'ébranlements perceptibles au toucher et à la vue, le choc de la pointe est violent et perçu sur une grande étendue. L'arythmie est rare. Les bruits anormaux sont fréquemment notés : souffle systolique ou méso-systolique, à siège mal localisé, parfois diffus et étendu à toute la région précordiale. La dilatation des vaisseaux du cou, le battement des artères carotides, thyroïdiennes et temporales existent le plus souvent.

Le *goitre* est constant; il est le symptôme le premier en date dans 1/5 des cas. De volume généralement modéré, siégeant le plus souvent à droite,

c'est un goitre mou, compressible, vasculaire, avec pulsations, thrill et souffle vasculaire à son niveau. Son développement est souvent rapide.

L'*exophtalmie* est le plus inconstant des symptômes cardinaux; il manque dans 1/5 des cas. Lorsqu'elle existe, elle est généralement peu prononcée, la petite malade a simplement le regard brillant, inquiet, *étrange*. Elle était très accusée dans le cas de Variot. Les autres symptômes oculaires sont très effacés. Le signe de de Graefe est signalé 3 fois, le signe de Stellweg (lagophtalmie) 6 fois; le signe de Moebius n'est pas relevé, et d'autres signes (inégalité pupillaire, etc.) le sont exceptionnellement.

Le *tremblement vibratoire* de Charcot-Marie si fréquent chez l'adulte qu'on peut l'adjoindre à la triade classique des signes cardinaux est rare chez l'enfant (6 fois). Il est surtout marqué à la main et à la langue. Mais on observe souvent des mouvements choréiformes, tremblement choréiforme de Kahler et dans un certain nombre de cas la chorée vraie (chorea minor). Signalée chez l'adulte, cette coïncidence de la chorée est plus fréquente chez l'enfant et s'observe surtout chez les fillettes (Gagnon). Elle apparaît au début ou au cours du goitre exophtalmique pour disparaître toujours avant la fin de la maladie dont elle ne constitue qu'un épisode.

A côté des symptômes essentiels, d'autres symptômes d'importance secondaire s'observent dans la maladie de Basedow chez l'enfant comme chez l'adulte. La *diarrhée sévère* est signalée fréquemment, sous forme de crises. On a noté quelquefois des *troubles urinaires*, polyurie, incontinence d'urine. Des *troubles respiratoires*, dyspnée d'effort, dyspnée paroxystique, stridor laryngé ont été observés, mais rarement.

L'*état psychique* des petits malades est en général modifié. On observe de l'agitation, de l'irritabilité; plus rarement des phobies, des idées délirantes. Le sommeil est agité, troublé de cauchemars. Les stigmates hystériques manquent presque toujours. Quelques faits exceptionnels de paralysie (hémiplegie, paraplégie, parésie faciale, dérobement des jambes) ont été signalés. On a remarqué chez trois malades l'apparition d'un état de dépression mentale avec somnolence, lié au développement d'un myxœdème et faisant suite à une période d'excitation.

Des *troubles vaso-moteurs* variés appartiennent à la symptomatologie avec une inégale fréquence; ce sont les bouffées de chaleur, les sueurs, la tache cérébrale de Trousseau et la raie méningitique; plus rarement des œdèmes passagers, du purpura (Variot). La *thermophobie* n'est signalée que deux fois (Variot, Zuber). Dans plusieurs cas on a noté du *vitiligo*, ou une pigmentation brune de la peau. Le *signe de Vigouroux* (diminution de la résistance électrique) n'existait pas dans les rares cas où il a été recherché. L'*hyperthermie*, constatée chez plusieurs malades, est due dans certains cas à des complications (angine, poussées articulaires, broncho-pneumonie, tuberculose). Mais elle existe aussi à l'état d'accès fébriles passagers appartenant à la symptomatologie de la maladie de Basedow, et liés à l'intoxication thyroïdienne (Renaut, de Lyon).

**Marche. Pronostic.** — On observe souvent un *amaigrissement* très rapide et extrême. Mais cette *cachexie basedowienne*, *cachexie ophtal-*

mique de Beau et Charcot, rapidement grave, disparaît aussi très vite.

L'évolution du goitre exophtalmique présente chez l'enfant des caractères particuliers. Les formes à début brusque, avec développement rapide de tous les symptômes, sont plus fréquentes que chez l'adulte. La maladie atteint en quelques semaines, parfois en quelques jours, le maximum de son développement. Elle mérite parfois le nom de *maladie de Basedow aiguë*. Telles sont en particulier les observations de Solbrig, où la maladie se constitua en deux jours pour disparaître en dix jours, celles de Demme, de Müller où les symptômes se développent en 5 jours, en 14 jours et durent 6 semaines. La *rétrocession* et même la *guérison* dans un temps limité (quelques mois à 5 ans) appartiennent plus particulièrement à l'enfance. La *guérison* s'observe dans plus de la moitié des cas et la *mortalité* n'est que 10 pour 100 au lieu de 20 pour 100 chez l'adulte. Souvent il ne s'agit que d'amélioration avec persistance d'un ou de plusieurs symptômes, goitre léger, tachycardie, et les récurrences ne sont pas rares. Nous avons indiqué la transformation en myxœdème observée chez l'enfant.

Le pronostic est donc meilleur que chez l'adulte.

**Traitement.** — Le traitement de la maladie de Basedow de l'enfant ne diffère de celui de l'adulte ni dans ses indications ni dans ses moyens. La digitale, le strophanthus ont été donnés pour soutenir la fonction cardiaque. Mais c'est surtout à l'état d'anémie et de dénutrition qu'il faut s'adresser en prescrivant le fer et l'arsenic, en attendant l'avènement d'une thérapeutique physiologique rationnelle. Hack, Baldwin ont employé avec succès, dans leurs cas, l'opothérapie thyroïdienne, et dans le cas de Variot une amélioration sensible a suivi son emploi. L'électrisation faradique ou galvanique, appliquée au niveau du goitre ou du grand sympathique cervical, a donné des améliorations. Enfin Lockart Gillespie<sup>1</sup> signale les bons résultats qu'il a obtenus dans six cas par l'emploi combiné du bromure et de l'iodure de strontium. Sous l'influence du traitement il a vu le volume de la glande thyroïde diminuer rapidement, les battements du goitre disparaître, le pouls redevenir normal. A chaque recrudescence de la maladie le traitement a été repris avec succès.

(<sup>1</sup>) LOCKART GILLESPIE. Note sur l'action du bromure et de l'iodure de strontium dans le goitre exophtalmique chez les enfants. (*British Med. Journ.*, 8 octobre 1898. Anal. in *Arch. de méd. des enf.*, t. II, n° 8)

## XIX

## MYXŒDÈME

PAR LE D<sup>r</sup> A. COMBE

Professeur de Pédiatrie à l'Université de Lausanne.

**Historique.** — Il y a une vingtaine d'années, deux médecins anglais publiaient successivement quelques observations d'une maladie fort curieuse, inconnue jusque-là et caractérisée par trois symptômes principaux : une *tuméfaction spéciale de la peau*, une *cachexie générale* et un *état crétinoïde*. C'est à W. Gull que revient le mérite d'avoir reconnu et caractérisé ce syndrome nouveau comme une maladie spéciale. Il donne en effet, le premier, en 1875, devant la Société médicale de Londres en se basant sur cinq observations, une description détaillée de cette curieuse maladie qu'il croyait spéciale à la femme d'un âge avancé (*supervening in adult life in women*). Ce travail passa presque inaperçu. Quatre ans plus tard, le D<sup>r</sup> Ord publia deux observations nouvelles de cette affection dont une avec autopsie et examen chimique de la peau. Cet examen y révéla une grande quantité de mucine, de là le nom de myxœdème qui fut proposé par Ord et adopté par les auteurs anglais Duckworth et Sander, qui en publièrent des observations dans les années suivantes.

Depuis cette époque il a paru en France un certain nombre de travaux qui se rapportent également au type morbide décrit par les Anglais. Ce sont ceux d'Olive, de Hadden, de Morvan et de Thaon. Charcot, qui avait déjà étudié cette maladie et lui avait donné le nom de « cachexie pachydermique », en fit en 1879 le sujet d'une de ses leçons cliniques, un vrai modèle de précision et de clarté. On avait toujours admis jusqu'alors qu'il s'agissait d'une affection propre à la femme et même à la femme d'un certain âge. Ballet et Charcot démontrèrent qu'elle atteint aussi l'homme adulte. Mais il nous faut arriver jusqu'au beau travail de Bourneville et d'Olier (*Progr. méd.*, 1880, p. 709) pour obtenir la preuve que cette maladie qu'ils appellent « idiotie myxœdémateuse », loin d'être l'apanage de l'adulte, se trouve aussi chez l'enfant et même chez le nouveau-né. Depuis ce temps, Bourneville n'a cessé de s'occuper de cette question. Une partie des matériaux qu'il a recueillis ont été utilisés par un de ses élèves, le D<sup>r</sup> Bricon, qui publia en 1885 un mémoire sur ce sujet. En 1888 ce travail est complété par Bourneville lui-même (*Archives de neurologie*, n° 2, p. 157). Deux ans plus tard, en 1888, l'éminent médecin de Bicêtre publie un nouveau mémoire sur ce sujet, basé sur 17 observations personnelles ou empruntées à d'autres auteurs (*Progr. méd.*, 1888, p. 570).

En 1890, Bourneville, qui a édifié, on peut le dire, l'idiotie myxœdéma-