

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Fröhlich (syndrome de)**

**LAUNOIS, P. E. / CLERET, M. - Le
syndrome hypophysaire
adiposo-génital**

*In : Gazette des hôpitaux civils et militaires, 1910,
Vol. 83, pp. 57-64*

LE SYNDROME HYPOPHYSAIRE ADIPOSE-GÉNITAL

Par MM. P.-E. LAUNOIS,

Médecin de l'hôpital Lariboisière, agrégé, chargé de cours,
et M. CLERET,

Interne des hôpitaux de Paris.

Dans une série de travaux antérieurs*, l'un de nous s'est efforcé de mettre en valeur les relations qui unissent les tumeurs de l'hypophyse aux dystrophies des tissus dérivés du feuillet moyen (conjonctif, cartilagineux, osseux), telles qu'on les observe dans l'acromégalie et le gigantisme acromégalique. Le présent mémoire a pour but de montrer comment les lésions de la glande pituitaire, s'associant à des troubles évolutifs, pathologiques ou fonctionnels de l'appareil génital, sont susceptibles d'agir d'une façon sélective sur les cellules conjonctives, en provoquant et en exagérant leur surcharge graisseuse.

La meilleure justification du titre de *syndrome hypophysaire adipo-génital*, que nous lui avons donné, nous paraît devoir être l'exposé primordial des faits que nous avons personnellement observés ou rassemblés. Nous avons choisi parmi les plus typiques de façon à montrer successivement comment les stigmates de la dystrophie peuvent s'associer chez la femme, pendant la période active de la vie génitale, aux approches de la ménopause, après la castration ovarienne, puis chez l'homme adulte et enfin chez les enfants et les adolescents.

OBSERVATION I. — *Polysarcie. Cyanose de la face et des mains. Troubles menstruels. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Le 15 mars 1908, entré à l'hôpital Lariboisière, une femme de trente-trois ans, attirant et retenant l'attention par une dyspnée intense, une teinte cyanotique de la face et des mains, une polysarcie considérable.

En l'interrogeant, on apprend que son père et un oncle étaient obèses et que son passé pathologique est assez chargé.

Dans l'enfance, elle a eu successivement la rougeole, la scarlatine et une pneumonie. Réglée pour la première fois à onze ans, elle s'est mariée à seize ans et demi. Une première grossesse s'est normalement terminée deux ans après son mariage et a été suivie d'une fausse couche de quatre mois et demi. À l'âge de vingt-cinq ans, un curetage a du être pratiqué à l'hôpital Saint-Antoine; à vingt-sept ans, la malade subit l'ablation d'un fibrome utérin; à trente ans, une cure radicale de hernie ombilicale. Elle aurait souffert aussi, à plusieurs reprises, de crises de rhumatisme articulaire aigu.

Ce qui frappe le plus lorsqu'on s'approche de la malade, c'est son embonpoint; il paraît d'autant plus excessif que sa taille est plus petite; elle ne mesure, en effet, que 1^m56.

Son embonnement a commencé à apparaître à l'âge de vingt et un ans et a subi des variations plus ou moins grandes. En 1895, son poids était de 59 kilogrammes; il augmenta progressivement jusqu'en 1904, époque à laquelle il atteignit 117 kilogrammes. Au cours d'un séjour d'un mois qu'elle fit à l'hôpital Bichat en janvier 1908, elle pesait 101^{kg}500. Au moment de son entrée à Lariboisière, elle ne pèse plus que 95 kilogrammes.

Sa face est large, épanouie, elle est encadrée à sa partie inférieure par un collier adipeux, ferme et résistant. Les seins sont tombants sur le ventre et tous deux également hypertro-

phiés. La paroi abdominale surchargée de graisse s'étale sur les cuisses dans la position assise et se dispose en forme de tablier dans la station debout.

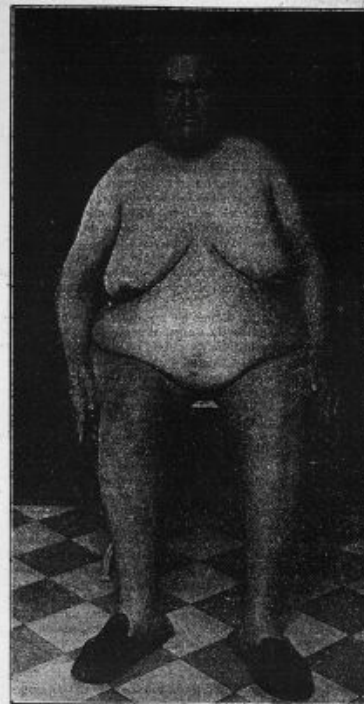


FIG. 1^{re}. — Malade de l'observation I (de face).

Au niveau des seins, des parties latérales du ventre existent de nombreuses vergetures allongées, parallèles les unes aux autres, remarquables par leur coloration violacée. Ces déchirures du derme sont plus en rapport avec les variations de l'adiposité qu'avec les deux grossesses.

Le développement des membres est adéquat à celui du tronc; toutefois les segments distaux, mains et pieds, ont conservé leurs dimensions habituelles; les doigts sont à peine boudinés.

Une coloration violacée, répandue sur la face, le cou, la partie supérieure du thorax et les bras, donne à la malade un aspect particulier, qui rend plus étrange encore la blancheur des sclérotiques et un léger exorbitisme des deux yeux. La teinte cyanotique, très marquée au niveau des oreilles, des lèvres, de la langue, des mains, augmente d'intensité à l'occasion d'un mouvement ou d'un effort. Le tégument prend un aspect bleu rougeâtre dans tous les segments précédemment indiqués lorsqu'on prie la malade de s'étendre dans le décubitus dorsal.

* P.-E. LAUNOIS et P. ROY. *Etudes biologiques sur les géants*, Paris, Masson, 1904. — P.-E. LAUNOIS et H. CÉRON. *Acromégalie*, en cours de publication dans l'*Encyclopédie médicale de Philadelphie*.

* Les photographies sont de E. Duvau; les dessins de A. Bessin.

De cette adiposité, de ces troubles de la vascularisation périphérique nous rapprocherons les désordres de la menstruation. Dès l'époque où commença à apparaître l'engraissement, les règles devinrent irrégulières, tantôt très abondantes et persistantes pendant une semaine, elles étaient d'autres fois presque insignifiantes. La moindre contrariété, la plus minime émotion suffisaient pour arrêter l'écoulement menstruel. Il a persisté après l'ablation du polype utérin et ne s'est supprimé complètement que quatre ans après, c'est-à-dire en 1906.

L'état mental était très particulier; très émotif, très loquace, la malade pleurait facilement et à sa tristesse passagère succédait une gaieté qui se traduisait par des chants.

Une notable dyspnée attirait l'attention de côté du thorax; on constata un léger degré de congestion des deux bases et on ne nota aucun bruit morbide du côté des sommets. Le pouls était fréquent, donnant 110 pulsations à la minute. Les bruits du cœur sont légèrement assourdis, mais non soufflants; la tachycardie est considérée comme une manifestation nerveuse. La tension artérielle est voisine de 21. L'appétit est faible, capricieux, la soif assez vive, la diarrhée est assez fréquente. L'urine, émise dans la proportion quotidienne de deux litres à deux litres et demi, renferme 128500 d'urée, 12 à 13 grammes de chlorures par litre; elle ne contient ni sucre, ni albumine.

L'examen du sang a donné les résultats suivants: obtenu par piqûre de la pulpe du doigt, il renferme 5 200 000 globules rouges par millimètre cube. De nouvelles numérations, pratiquées au lendemain d'une saignée rendue nécessaire par l'exagération brusque de la cyanose, permirent de constater 5 624 000 hématies dans le sang recueilli au niveau du lobule de l'oreille et 4 500 000 dans le sang recueilli au niveau de l'index. Un troisième examen, portant sur le sang du doigt pratiqué un mois après, donna 5 192 000 globules rouges et 17 600 globules blancs.

La malade fut soumise à l'opothérapie ovarienne, médication qui était suspendue du temps en temps.

Grâce à un repos prolongé, sa dyspnée, sa tachycardie, sa cyanose diminuèrent, mais sans disparaître complètement; son état psychique présenta les plus grandes variations: tantôt elle était triste et taciturne, tantôt au contraire elle écrivait des lettres qu'elle distribuait à tout venant et se livrait à des actes relevant d'un véritable surrationalisme mental. Jamais elle ne présenta de troubles de la vue. C'est la raison pour laquelle l'examen radiographique du crâne ne fut pas pratiqué; elle ne nous aurait d'ailleurs fourni aucun renseignement utile, étant données les faibles dimensions de la tumeur hypophysaire que révéla l'autopsie.

Pendant le séjour que fit la malade à l'hôpital, deux incidents méritent d'être signalés: le 4 juin, les règles réapparurent et durèrent pendant trois jours. Les 9 et 10 juin survinrent des hémoptysies peu abondantes s'accompagnant de quelques râles dans les deux poumons.

L'embonpoint demeura stationnaire tout d'abord. Au cours du mois d'août, la malade se mit à maigrir et à délirer d'une façon plus continue, aussi bien le jour que la nuit.

Une syncope l'emporta brusquement dans la soirée du 17 septembre.

L'autopsie, faite le lendemain, permit de constater tout d'abord une surcharge graisseuse généralisée, aussi développée en surface (parois du thorax et de l'abdomen) qu'en profondeur et l'existence d'une tuberculose aiguë en voie de généralisation, due vraisemblablement à une infection récente.

Les ganglions inter-trachéo-bronchiques volumineux et durs sont bourrés de cellules géantes encroûtées des amas de bacilles de Koch.

Dans les poumons on trouve de multiples noyaux de broncho-pneumonie tuberculeuse.

Le foie présente, malgré la conservation de ses caractères macroscopiques normaux, de place en place de petits nodules infectieux qui, pour ne pas posséder de cellules géantes, n'en paraissent pas moins être d'origine tuberculeuse.

Dans les reins existent des foyers de néphrite épithéliale, au niveau desquels on observe des cellules troubles, gonflées, dont les noyaux ne se sont pas colorés.

Beaucoup plus intéressantes sont les altérations qui ont pu être observées au niveau des ovaires, de la thyroïde et de

l'hypophyse. Les coupes ont été obtenues sur des portions de ces organes préalablement fixés dans le liquide de Bouin.

Sur une coupe totale de l'ovaire, on note une hyperplasie très marquée de la trame, en particulier du tissu conjonctif et des fibres musculaires lisses. La tunique moyenne des artères est considérablement hypertrophiée; la sclérose s'étend autour des vaisseaux. Les veines très dilatées sont remplies de globules rouges.



FIG. II. — Malade de l'observation I (de profil).

Dans la couche corticale, les follicules et les corps jaunes ont complètement disparu. Ils sont remplacés par de petits kystes à paroi conjonctive épaisse, à contenu hyalin et amorphe.

Les lésions sont celles que l'on observe habituellement dans les ovaires scléro-kystiques.

Au niveau de la *thyroïde*, les vésicules sont petites et pauvres en produit colloïde. En certains points elles sont tassées les unes à côté des autres; en d'autres, elles sont séparées par des bandes de tissu fibreux.

La glande est en voie de sclérose et d'hypofonctionnement.

La *sette turcique* est élargie dans tous ses diamètres, comme en témoigne la figure III, qui la représente dans ses dimensions exactes.

L'hypophyse pèse 90 centigrammes. Son diamètre transversal est de 17 millimètres; l'antéro-postérieur est de 12; le vertical de 8.

Son étude histologique détaillée nous a donné les résultats

suivants". Une coupe totale (fig. V), examinée à un faible grossissement, montre que le parenchyme glandulaire est elle-même profondément reunifié. Si le lobe nerveux a conservé son aspect et ses caractères normaux, le lobe épithélial se montre formé par deux portions bien distinctes, l'une périphérique en forme de couronne, l'autre centrale en forme de noyau, enclavée dans la première.



FIG. III. — Elargissement de la selle turcique (1/3 en plus de la grandeur naturelle).



FIG. IV. — Hypophyse (1/3 en plus de la grandeur naturelle).

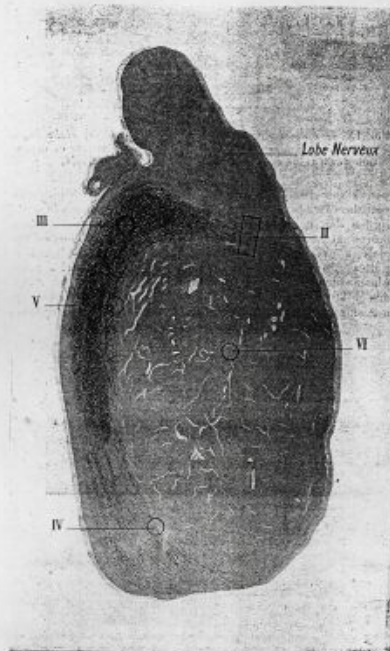


FIG. V. — Coupe sagittale totale de l'hypophyse (faible grossissement). — Les chiffres II, III, IV, V marqués dans le lobe épithélial, VI dans la tumeur, indiquent les régions utilisées pour les descriptions cytologiques. — Grossissement 13/1.

* Les figures annexées à notre description représentent les coupes teintées par l'hématoxyline au fer; mais sur d'autres coupes les éléments ont été identifiés au moyen des autres colorations, en particulier par celles de l'hématéine-éosine, l'hématéine-éosine-orange et par le réactif de van Gieson.

La couronne est faite de boyaux cellulaires aplatis, disposés concentriquement, séparés par des travées conjonctives; les vers la périphérie, les vestiges de l'hypophyse normale refont.

Quant au noyau, qui correspond à la partie surajoutée, il s'est développé au centre même de la glande. Sur des coupes en séries, il apparaît d'abord enveloppé sur toute sa périphérie par des cordons cellulaires de l'hypophyse; puis, progressivement, par le fait de son accroissement, il a déterminé un éclatement de la glande de façon à affecter, comme l'indique la figure V correspondante à une coupe médiane, la forme d'une masse enveloppée à sa partie inférieure par un croissant glandulaire et dans le reste de sa circonférence par une capsule conjonctive.

Cet examen à un faible grossissement permet de constater dans la coque glandulaire l'existence d'épaisses travées conjonctives et d'y distinguer deux zones, l'une foncée, proche du lobe nerveux, l'autre claire, située au pôle opposé. Nous dirons de suite que la première représente la zone de sécrétion et que la seconde correspond à la zone de repos.

Par contre, le noyau central, plus pâle, est d'aspect uniforme; on ne constate à son niveau ni travées conjonctives, ni traces d'ordonnation des cellules.

Enfin, au niveau des deux portions, on note l'existence de nombreux vaisseaux sanguins, dilatés par places en forme de véritables lacs et gorgés de globules rouges; ils sont l'indice d'une vascularisation et d'une congestion très marquées de la glande.

Une bande de tissu glandulaire condensé sépare la masse néoformée du lobe glandulaire.

Les rapports topographiques de chacune des parties constituant les sont nettement indiqués sur la figure VI, reproduisant l'aspect d'une coupe longitudinale: A représente la tumeur, B la glande normale, C le lobe nerveux.

Une étude cytologique plus détaillée a été faite sur les différents points marqués par des chiffres romains (III, IV, V, VI) sur la figure V, et empruntés dans la zone de sécrétion, dans la zone de repos, dans la région où tumeur et tissu glandulaire se confondent, enfin dans le centre même de la tumeur.

À un niveau de la zone foncée (fig. VII) on retrouve les dispositions normales d'une hypophyse en voie de sécrétion. On y constate, en effet, la présence de nombreuses cellules acidophiles à tous les stades de leur évolution sécrétrice, quelques cellules chromophiles à protoplasma vacuaire, quelques rares cellules acidophiles et pas de plasmodesmes. Il faut cependant noter la disposition concentrique des travées épi-

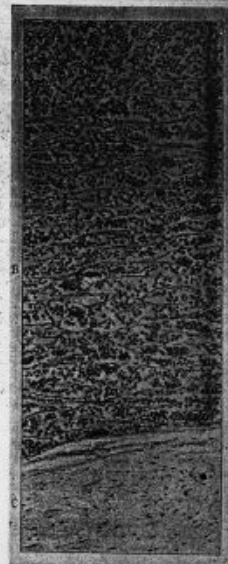


FIG. VI. — Coupe totale montrant la structure des trois parties de l'hypophyse. — A. Tumeur: cellules épithéliales non ordonnées; absence de travées conjonctives. — B. Cordons glandulaires normaux disposés concentriquement; travées conjonctives; déchirance des cordons glandulaires à l'union de B avec A. — C. Lobe nerveux. — Grossissement 200/1.

théliales, leur non-enchevêtrement et l'épaisseur des cloisons conjonctives qui les séparent. L'abondance en ce point de cellules sidérophiles mérite également de retenir l'attention.

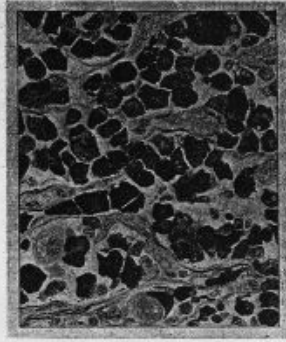


FIG. VII. — Les cellules sidérophiles normales de la portion glandulaire. — Grossissement 650/1.

Dans la zone claire (fig. VIII) apparaissent des cellules jeunes acidophiles à noyau compact, des cellules chromophobes et quelques rares plasmodes. Si les cellules sidérophiles sont déficientes, on constate cependant que quelques éléments se différencient des autres en amassant dans leur protoplasma quelques granulations sidérophiles. Dans toute cette région la glande semble formée presque exclusivement de cellules au repos ou au premier stade de leur évolution fonctionnelle.

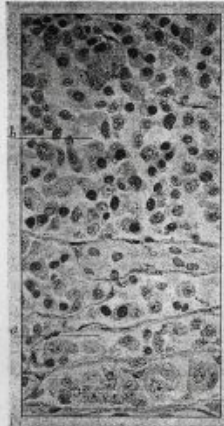


FIG. VIII. — Zone d'union de la glande normale (a) avec la tumeur (b). — Grossissement 650/1.

Des coupes intéressant la région où le tissu glandulaire et la tumeur sont au contact (fig. VIII et IX, a, glande, b, tumeur) montrent nettement que cette dernière n'est pas encapsulée. Les travées conjonctives subissent une véritable déhiscence, disparaissent et permettent une fusion intime entre les cellules du tissu glandulaire normal et celles du tissu néoplasique. Ces dernières semblent être une continuation de la lignée des cellules glandulaires. La tumeur, en effet (fig. X), renferme :

des cellules acidophiles (a), des cellules basophiles (b), des cellules sidérophiles au premier stade (c), des cellules atypiques (d). Tous ces éléments sont petits et non ordonnés, leurs réactions tinctoriales ne sont pas nettement tranchées. Les noyaux, foncés ou clairs, sont cependant chargés de chromatine. Le protoplasma de certaines cellules est nettement

acidophile; dans d'autres il est amphophile, dans la plupart, basophile. En se basant sur les réactions tinctoriales, on peut établir la classification suivante :

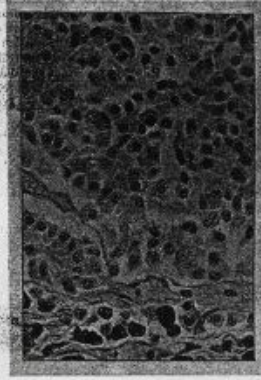


FIG. IX. — Zone d'union de la glande normale (a) riche en cellules sidérophiles avec la tumeur (b). — Déhiscence et disparition des travées conjonctives. — Grossissement 650/1.

peut établir la classification suivante : 1° cellules acidophiles, peu abondantes, semblables aux cellules constituant la tête de lignée des cellules hypophysaires normales; 2° cellules, moins nombreuses, mais plus volumineuses, à noyau plus clair, à protoplasma se chargeant de granulations sidérophiles; 3° cellules plus grandes, à noyau plus clair, à protoplasma basophile; 4° quelques cellules chromophobes; 5° enfin des cellules atypiques, disséminées mais peu nombreuses, les unes multinucléées, les autres à volumineux noyaux polylobés,

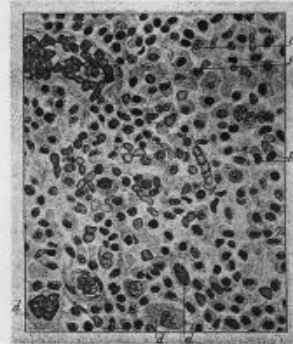


FIG. X. — Etude cytologique de la tumeur. — a, cellules acidophiles; b, cellules basophiles; c, cellules à granulations sidérophiles; d, cellules atypiques. — Grossissement 650/1.

difficilement rattachables à la lignée hypophysaire. Les formations conjonctives se réduisent à quelques travées environnant les vaisseaux nombreux et gorgés de globules rouges.

En résumé, la tumeur, développée aux dépens des éléments glandulaires, est formée en majorité par des cellules que l'on peut rapprocher des jeunes cellules hypophysaires normales, ne dépassant pas les stades un et deux de la lignée évoluant dans le sens basophile et par quelques rares éléments atypiques, multinucléés ou à noyaux polylobés, mais ne présentant pas de divisions karyocinétiques.

La conclusion générale qui se dégage de cette description cytologique, c'est que la tumeur hypophysaire doit être considérée comme un épithélioma primitif.

Obs. II. — Le faciès cyanotique, la polysarcie, les troubles cérébraux que présentait la malade, dont nous venons de rapporter l'histoire clinique et anatomo-pathologique, nous



Fig. XI. — Malade de l'observation II (de face).

avaient frappés déjà chez une femme de trente-huit ans, que nous avions observée pendant quelques jours à l'hôpital Tenon, en 1904. Nous n'avons conservé d'elle que la photographie ci-jointe, que nous reproduisons à titre documentaire.

Nous devons à l'obligeance de notre ami Milian (1), médecin des hôpitaux, l'observation suivante, dans laquelle se trouvent rassemblés les caractères cliniques du syndrome hypophysaire. L'absence d'examen ophtalmoscopique et radiographique, ce dernier n'étant pas possible encore à l'époque où il a été recueilli, n'enlève aucune valeur à un fait si minutieusement analysé.

Obs. III (résumée). — Aménorrhée. Obésité. Troubles nerveux et oculaires. Tumeur probable de l'hypophyse. — Marie B., âgée de trente-cinq ans et demi, est examinée le 18 septembre 1900. Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant; elle a deux sœurs de santé délicate, dont l'une,

nerveuse, réglée tard et difficilement, a eu la danse de Saint-Guy. Dans son passé pathologique personnel on note de l'hyperacidité gastrique. Mariée, elle n'a eu ni enfant, ni fausse couche.

Réglée depuis l'âge de treize ans, elle l'est demeurée, pendant peu, jusqu'en 1898. Elle a vu, à cette époque, sa menstruation diminuer progressivement, puis cesser complètement. Le chirurgien Schwartz, qu'elle consulta à cette époque, ne constata ni grossesse, ni lésion de l'appareil génital.

Son obésité, depuis son adolescence, a toujours été assez marquée; elle pesait 108 livres à 15 ans; elle en pèse aujourd'hui 128. Elle se plaint de grossir démesurément. Les seins sont assez volumineux, mais la graisse s'est surtout accumulée au niveau de la paroi abdominale, des fesses, de la racine des membres.

Le mamelon est, au niveau de chaque mamelle, remplacé par une dépression en forme de fente. Le système pileux est peu développé; il fait presque complètement défaut au niveau des aisselles. La frigidité génitale est très marquée.

La malade s'autrisme et pleure volontiers; de même elle s'irrite pour les causes les plus futiles. Sa mémoire est bien diminuée. Bien que son sommeil soit excellent pendant la nuit, elle éprouve un besoin invincible de dormir dans la journée.

Au point de vue nerveux, on note une hyperesthésie généralisée; les réflexes sont normaux.

Il existe une légère diminution de l'acuité auditive des deux côtés.

La vision est trouble. Les réflexes pupillaires sont conservés. La malade se plaint de ne pas voir devant elle quand elle tourne légèrement la tête. Du côté de l'œil gauche, il existe un rétrécissement externe très marqué du champ visuel. Ce même rétrécissement externe existe au niveau de l'œil droit.

Cette hémianopsie bitemporale associée à de l'obésité, à des troubles mensuels, à des troubles cérébraux, a fait supposer l'existence d'une tumeur encéphalique développée dans la région antérieure, peut-être dans l'hypophyse.

Ce n'est pas seulement pendant la période active de la vie génitale de la femme que peut s'installer le processus dystrophique, mais encore aux approches de la ménopause, ainsi qu'en témoigne le fait suivant publié par Zak (2).

Obs. IV (résumée). — Obésité. Troubles oculaires. Tumeur de l'hypophyse. — Une femme de cinquante et un ans est admise à l'hôpital Radolf, le 13 mai 1902. Mère de six enfants, elle est aveugle depuis six ans; elle se plaint de souffrir très vive et de polyurie. Son urine ne renferme pas de sucre mais des traces d'albuminurie. Les jambes sont paresseuses.

Au moment de l'examen, on est frappé par l'œdème des membres inférieurs et une adiposité vraiment extraordinaire, atteignant son summum de développement au niveau de la paroi abdominale.

Il existe une amblyopie bilatérale par atrophie des deux nerfs optiques.

L'œdème augmente, l'ascite apparaît en même temps que l'ictère, signes révélateurs d'une cirrhose hépatique. Le cœur faiblit progressivement et la malade ne tarde pas à mourir.

A l'autopsie on peut juger du développement généralisé de la surcharge graisseuse, surtout marquée aux mamelles et au ventre. La rate est quatre fois plus grosse que normalement; le foie pèse 3.300 grammes. Le muscle cardiaque est infiltré de graisse; la valvule mitrale est épaissie.

La place de l'hypophyse est occupée par une tumeur logée dans une selle turcique profondément excavée. La tumeur est constituée par des cordons et des nids de cellules, présentant des caractères analogues à ceux que Benda a assignés aux cellules chromophiles de l'hypophyse.

On connaît l'engraissement que provoque la castration faite chez les femelles des animaux domestiques, celle en particulier pratiquée chez la vache d'après la méthode imaginée par Charlier. Mais on discute encore sur le mécanisme intime de sa production. Peut-être l'ablation des ovaires entraîne-

elle des modifications dans les glandes à sécrétion interne, en particulier dans l'hypophyse. Le fait suivant que nous empruntons à Strumpell (3) pourrait être invoqué pour appuyer semblable hypothèse.

Obs. V (résumée). — *Castration ovarienne double. Obésité. Diabète. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans qui, une année auparavant, avait subi l'ablation des ovaires.

En 1888, la malade pesait 195 livres; elle présentait surtout des mamelles très adipeuses, un lipome de la nuque ayant acquis le volume du poing, un abdomen pendant et volumineux, des fesses énormes.

On constata, au moment de l'examen, qu'elle était diabétique; elle présentait de la torpeur cérébrale, de l'anesthésie généralisée, elle se plaignait de fatigue. Il existait une amaurose bilatérale par atrophie des deux nerfs optiques et de l'anopsie.

L'autopsie révéla l'existence, dans la selle turcique, d'une tumeur de la grosseur d'une noix, ayant enveloppé l'hypophyse, envahi la région éthmoïdienne et la cavité nasale. L'examen microscopique démontra la nature sarcomateuse de la néoplasie.

Parmi les faits, dans lesquels se trouvent rassemblés chez l'homme adulte les éléments du syndrome, nous avons choisis les deux suivants, l'un (Gläser (4)) parce qu'il est le plus ancien, l'autre (Galliard et Milian (5)) parce qu'il est le plus récent.

Obs. VI (résumée). — *Obésité. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Elle concerne un homme très gros, ayant de volumineuses joues livides parsemées de veines très dilatées. Il était dans un état stupide, apathique. Il mourut subitement.

A son autopsie, on trouva une tumeur de l'hypophyse (sarcome) du volume d'une grosse noix et de l'hydrocéphalie chronique. La tumeur comprimait le chiasma optique et les nerfs olfactifs.

Obs. VII (résumée d'après G. Boyé (6)). — *Obésité. Ulcère de l'estomac. Somnolence. Troubles cérébraux. Tumeur de l'hypophyse.* — Adhémar D..., trente-huit ans, instituteur, mesurant 1^m68, pesant 301 kilogrammes, est venu mourir pendant les dernières vacances à l'hôpital Lariboisière. Fortement obèse, il présente un épaississement de tous ses téguments. Les plis de l'aîne sont complètement cachés par des bourrelets tégumentaires de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses. La peau, d'aspect ciréux, est sèche, dure et peu dépressible au doigt. Le développement pileux est peu marqué, les ongles sont striés longitudinalement. La face est pâle, bouffie, d'aspect adénoïdien et infantile; la barbe est très peu fournie. Le cou est proéminent, le corps thyroïde normal, autant que la palpation permet de le constater. Les bras sont presque cylindriques et cependant le système osseux n'est pas hypertrophié. Au niveau des seins on trouve de grosses masses adipeuses. L'abdomen s'étend latéralement et sur les cuisses. La verge est peu développée, les deux testicules, atrophiques, ont chacun la grosseur d'une petite amande. Les membres inférieurs sont courts, mais énormes.

Le malade somnole la plupart du temps et présente pendant le sommeil des mouvements rotatoires de la tête. Il ne parle que lorsqu'on l'interroge et répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Les poumons, les urines, le cœur semblent normaux. A noter une tachycardie à 120, due probablement aux hémorragies gastriques.

La mort survient dans le coma.

A l'autopsie on constate la présence, dans la région hypophysaire, d'une volumineuse tumeur, dont une étude histologique complète sera ultérieurement publiée.

De toutes les observations, assez nombreuses déjà, intéressant des enfants obèses porteurs d'une tumeur ou d'une lésion de l'hypophyse, nous ne retiendrons que les quatre suivantes.

La première a été publiée par Fröhlich (7); à cette

occasion, cet observateur a rassemblé les différents cas épars dans les périodiques et écrit un mémoire des plus richement documentés.

Obs. VIII (résumée en partie par l'auteur). — *Obésité. Troubles cérébraux. Troubles oculaires. Tumeur de l'hypophyse. Ablation chirurgicale par v. Eiselsberg.* — Nous avons affaire à un individu bien développé et gras. Le poids de ce garçon de quatorze ans est de 54 kilogrammes. En consultant son histoire recueillie à la clinique de Nothnagel, on constate que les premiers signes de l'affection, céphalée et vomissements, étaient apparus deux ans et demi auparavant. Ce n'est qu'après l'apparition de ces symptômes que le patient, qui jusque-là avait été assez maigre, a commencé à engraisser rapidement. Les doigts, sauf au niveau des troisièmes phalanges, sont gros, les mains potelées, mais le squelette osseux n'a pas augmenté de volume. La graisse est localisée le plus abondamment dans la peau du tronc, surtout à l'abdomen et au pubis. Là, les masses de graisse sont si volumineuses qu'elles bombent fortement autour des organes génitaux. Le pénis, qui est normalement développé, apparaît petit au milieu de ces amas de graisse et l'aspect de l'appareil génital rappelle le type féminin. Les testicules, palpables au milieu de la graisse, présentent des caractères infantiles. On trouve de même dans la région mammaire des amas de graisse et de petites nodosités, mais sans sécrétion lactée. Le système pileux axillaire manque; au pubis, il n'existe que quelques poils. Les cheveux sont durs, courts, clairsemés et tombent continuellement. La peau est sèche, desquamante par endroits. En certaines régions, elle se laisse soulever avec le tissu graisseux sous-jacent sous forme de gros bourrelets. En d'autres points, notamment aux doigts, aux poignets, on a au palper l'impression d'un épaississement du tégument.

Quand je vis le malade en septembre 1901, je pensais à une tumeur de l'hypophyse (il y avait des troubles oculaires caractéristiques) liée au myxœdème, mais les altérations habituelles de la peau faisaient défaut, l'intelligence était complète, la thyroïde existait. Cependant bien des signes plaident en faveur du myxœdème et, malgré cela, l'adipose restait, au point de vue dystrophique, le symptôme capital.

Sous l'influence du traitement thyroïdien, il se produisit une régression de la céphalée, une amélioration des troubles visuels et le 27 janvier 1903 l'état paraissait redevenu normal, bien que l'adipose ait subsisté et que l'appétit sexuel n'eût réapparu.

L'affection évoluant très lentement et une nouvelle aggravation étant survenue (1907) le malade fut observé par von Eiselsberg (8).

La radiographie faite chez Holzknecht montra la destruction du corps du sphénoïde et de la selle turcique avec conservation des apophyses clinoides antérieures.

L'ablation de la tumeur hypophysaire fut pratiquée par von Eiselsberg le 21 janvier 1907; il choisit la voie nasale. La masse était formée par un kyste hémattique de l'hypophyse renfermant plusieurs caillottes de sang. L'examen de la paroi du kyste faite par Störck permit de supposer « qu'il s'agissait d'un carcinome ».

Les suites opératoires furent très simples. La plaie était cicatrisée le douzième jour. Il ne restait qu'une déformation due à l'ablation de la glabelle.

L'état du malade s'améliora beaucoup à tel point que les douleurs de tête, les troubles oculaires disparurent.

La première observation publiée en France nous a paru être celle que Babinski (9) a rapportée le 7 juin 1900 à la Société de Neurologie.

Obs. IX (résumée). — *Tumeur du corps pituitaire sans acromégalie et avec arrêt de développement des organes génitaux.*

Il s'agit d'une jeune fille de dix-sept ans observée pour la première fois dix ans auparavant. Elle se plaignait de douleurs de tête qui apparues depuis trois ans, avaient progressivement augmenté d'intensité et étaient devenues très violentes. Depuis plusieurs mois, elle était sujette à des crises épileptiformes et sa vue s'était notablement affaiblie.

On est frappé, après avoir fait déshabiller la malade, par la surcharge adipeuse du corps et l'aspect infantile des organes génitaux, qui contraste avec la taille d'une hauteur moyenne.

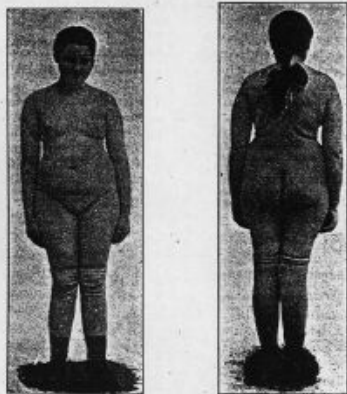


FIG. XII et XIII. — Malade de l'observation IX (Babinski).

La malade, du reste, n'est pas menstruée. L'intelligence paraît normale, mais la mémoire a beaucoup diminué. Il n'y a pas

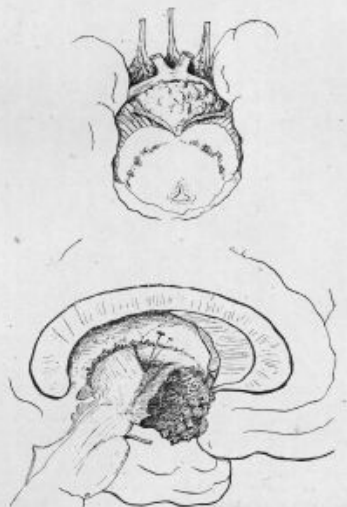


FIG. XIV et XV. — Tumeur occupant la selle turcique, adhérent au corps pituitaire, englobant le tuber cinereum (d'après les dessins d'Henry Meige).

de paralysie localisée. Les réflexes tendineux sont exagérés et il y a de la trépidation épileptique du pied.

A l'examen ophtalmoscopique on constate de l'ardéité de la papille des deux côtés.

La malade succomba peu de temps après. La nécropsie décela l'existence d'une tumeur qui occupait la selle turcique, adhérait au corps pituitaire et englobait le tuber cinereum. D'après Onanoff, il s'agirait d'un épithélioma développé aux dépens de la portion épithéliale de l'hypophyse, du type malpighien, en pleine évolution hyperplasique, s'effectuant par division indirecte, avec dégénérescence myxomateuse du stroma conjonctif.

De l'observation de Babinski, nous rapprochons celle, non moins intéressante publiée par Arthur Berger (10), dans laquelle les symptômes de tumeur cérébrale et la polysarcie présentèrent des alternances parallèles d'augmentation et de diminution.

Obs. X. — Obésité. Troubles cérébraux et spinaux. Troubles oculaires. Atrophie génitale. Tumeur de la région hypophysaire.

— Ayant joui auparavant d'une bonne santé et étant d'une intelligence normalement développée, un jeune écolier de quatorze ans commença à se plaindre, vers la fin de l'année 1900, de douleurs de tête qui ne l'empêchaient pas cependant de vaquer à ses occupations. Au mois de mars 1901, il fit, en patinant, une chute assez grave sur l'occiput. On ne constata aucune plaie, l'enfant ne perdit pas connaissance. Dans les premiers jours de mai, la céphalalgie reparut, occupa la région frontale, persista par crises pendant trois ou quatre jours, s'accompagnant de vomissements abondants.

Au mois de juin, il est admis à l'hôpital dans le service du professeur Kraft-Elbing. On constate une altération de la voix, une parésie du facial droit, de la stase papillaire bilatérale. On diagnostique l'existence d'une tumeur cérébrale.

L'enfant retourne à l'école et bientôt survient un amoindrissement des facultés visuelles qui, en 1902, aboutit à la cécité presque complète. La mère remarqua que son enfant engraisait d'une façon démesurée et continue, malgré une alimentation précaire et des vomissements fréquents. La peau est sèche, desquamée; la transpiration, qui autrefois était abondante, a disparu; l'alopecie est complète.

Le cou est court, le menton est double. La thyroïde paraît normale à la palpation.

Le tégument est pâle, très épais, infiltré de graisse. Les mamelles sont très développées. La paroi abdominale, ridée, renferme de gros nodules graisseux. La verge et les testicules paraissent d'autant plus petits que l'accumulation de graisse est plus abondante dans leur voisinage. Le pubis et les aisselles sont dépourvus de poils. Les extrémités des membres sont hypertrophiées, spécialement le dos des mains; les doigts sont cependant demeurés élancés. La sensibilité et les réflexes sont normaux.

L'année suivante, de nouveaux troubles nécessitent son retour à l'hôpital: il tient constamment la tête rejetée en arrière et éprouve de grandes douleurs quand il cherche à la redresser. Cet opisthotonos s'accompagne de paralysie des sphincters.

Le malade fut présenté, à cette époque, à la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Vienne, avec le diagnostic de « tumeur cérébrale avec participation de l'hypophyse ».



FIG. XVI. — Malade de l'observation X (A. Berger).

Peu de temps après, opisthotonos, crampes, céphalalgie, vomissements, incontinence disparurent, la vision s'améliora et l'amaigrissement devint considérable.

En avril 1904, le malade engraisse à nouveau : l'opisthotonos et les troubles nerveux réapparaissent et il meurt subitement le 14.

A l'autopsie, on trouva une tumeur du cerveau compriment l'hypophyse. Il s'agissait d'un cancer épithélial, mais, d'après l'examen histologique fait par Erdheim à l'Institut d'anatomie pathologique, l'hypophyse elle-même ne présentait rien d'anormal.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1910)

M. LE PRÉSIDENT fait l'éloge de M. Quérel (de Marseille).

Les porteurs de germes et l'organisation scientifique de la lutte antityphique. — M. H. VINCENT, rappelant les principales conclusions du rapport qu'il a présenté à l'Académie sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre typhoïde, indique un long programme de lutte antityphique et répond aux observations qui ont été faites sur la défense contre les porteurs de germes et sur l'organisation de laboratoires de recherches épidémiologiques. A Paris, à Vienne, à Berlin, etc., partout où on a distribué de l'eau pure, on a abaissé considérablement le taux de la mortalité par fièvre typhoïde, mais on ne l'a pas fait disparaître. C'est qu'en effet d'autres causes interviennent aussi, dont l'hygiène doit se préoccuper : infections alimentaires, lait, glace, légumes, huîtres, apport du germe par les mouches, contagion directe par les malades et par les porteurs de bacilles. Tous ces facteurs étiologiques doivent, par conséquent, être visés par une prophylaxie rationnelle.

Analysant et discutant la place qu'il faut attribuer aux porteurs de bacilles, M. H. Vincent signale les recherches du docteur Louis, qui a trouvé en période épidémique, le bacille typhique dans le sang des sujets sains. Outre les anciens typhiques, les sujets sains peuvent donc héberger le germe de la fièvre typhoïde et le disperser. La contagion directe par les porteurs de germes est possible et réalisable dans certains milieux sociaux; elle se fait par les mains. C'est par excellence la maladie des mains sales. De là les cas surtout dus aux personnes exerçant des professions alimentaires : cuisiniers, garçons de restaurant, charcutiers, pâtisseries, boulangers, filles de laiterie, etc., qui négligent de se laver les mains souillées par les matières fécales.

Cette contagion directe ne s'exerce donc que dans des conditions spéciales, beaucoup plus rares que lorsqu'il s'agit de porteurs de germes localisés au nez, à la bouche et au pharynx : bacille diphtérique, méningocoque, bacille de Pfeiffer, pneumocoques, etc. Ici la contagion directe se produit à tout instant car le microbe est projeté sur la figure de l'interlocuteur à l'occasion de la toux, de la parole, de l'éternuement, de l'acte d'embrasser. La contagion par extériorisation directe du bacille typhique est, au contraire, exceptionnelle. C'est ce qui explique les faits relatés par M. Linossier, et démontrant que dans les villes telles que Vichy, où les porteurs de bacilles se donnent rendez-vous par milliers, la fièvre typhoïde est néanmoins très rare parmi la population saine.

Par contre, la contagion indirecte par les porteurs de germes retrouve toute sa valeur dans les campagnes. Dans les villes, elle est limitée, parce que les matières fécales de l'habitant vont dans les latrines où elles sont séquestrées et isolées. Mais dans les campagnes il n'en est pas ainsi : les

jardins, le sol, les fumiers, les légumes, les routes, les abords des sources et des puits, etc., reçoivent en permanence le bacille pathogène déposé par le porteur de germes. De là les épidémies de famille, de maisons, de villages, qui peuvent tout à coup s'étendre au loin en poussées formidables par l'intermédiaire des eaux de boisson.

Il ne faut donc ni s'exagérer ni cependant rabaisser le rôle des porteurs de bacilles dans l'épidémiologie de la fièvre typhoïde.

M. Vincent recommande de dépister les bacillifères et de les isoler aux dangers qu'ils constituent; enfin de leur indiquer par quelles mesures très simples ils pourront conjurer leur pouvoir contagieux. La prophylaxie de la fièvre typhoïde doit être établie sur des bases scientifiques. Les laboratoires sont indispensables pour la découverte de ces porteurs de germes, pour les analyses périodiques d'eaux, pour le diagnostic précoce des cas avérés et des formes atypiques de l'infection éberthique. Il faut attacher un laboratoire à chaque Conseil départemental d'hygiène.

L'hépatome, tumeur primitive du foie. — M. RIXON lit un travail sur ce sujet.

Maladie de Little. — M. P. DELBET communique un cas de la maladie de Little. Il a opéré un enfant antérieurement traité par des résections musculaires avec des résultats insuffisants; il a fait sur la cuisse une ostéotomie au-dessous du trochanter et a obtenu une très grande amélioration. Celle-ci sera plus grande, pense-t-il, quand il aura pratiqué une seconde ostéotomie au-dessous des condyles.

Un point intéressant de la communication de M. Delbet, c'est qu'il rattache nettement la maladie de Little à la syphilis héréditaire. Dans trois cas qu'il a observés, il a chaque fois trouvé la réaction de Wassermann. Ainsi s'explique pourquoi cette maladie est tout particulièrement fréquente chez les enfants nés avant terme, qui renferment eux-mêmes une si forte proportion d'hérédosyphilitiques.

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section de médecine vétérinaire.

PRATIQUE MÉDICALE

UNE QUESTION NOUVELLE DE THÉRAPEUTIQUE : LES FERMENTS MÉTALLIQUES OXYDANTS

PAR M. le docteur M. CHEVREUX.

L'utilisation de la fermentation oxygénée en pathologie interne est relativement récente, puisque les travaux d'Héroult, Laran, Lyonnet, Martz et Martin datent de 1900 à peine. A part les vanadates et les phosphovanadates, la thérapeutique n'offre guère au médecin le moyen pratique d'utiliser à l'intérieur cette puissance à la fois antiseptique et reconstituante qu'est l'oxygène naissant. Il faut arriver ces temps derniers à l'apparition de l'oxylol pour constater que la médication vanadique a pris une réelle importance dans le traitement de la chlorose, des dyspepsies, des entérites, parce que dans ces affections comme aussi en pathologie infantile, l'oxylol exerce une influence très nette sur la fonction digestive et sur la nutrition générale.

En quoi consiste exactement ce remède? C'est, avons-nous dit, un nouveau sel de vanadium capable d'emprunter à l'air atmosphérique son oxygène et de le fixer sur le globule rouge qui le transporte dans les tissus — action reconstituante globale et générale — et capable, d'autre part, de produire cet oxygène d'une façon régulière et illimitée à l'état naissant dans l'estomac et l'intestin — action désinfectante, gastro-intestinale et cuépergique.

En réalité, ce sel vanadique n'est pas, par lui-même, un