

noyaux de ce nerf, de l'hypérémie ou même l'absence de toute lésion.

Aussi BALLET conclut-il que la migraine ophtalmoplégique n'est pas une entité morbide définie, mais un syndrome de cause variable, et il tend à la dégager des fausses paralysies périodiques liées au tabes, à la présence des tumeurs, etc. La paralysie périodique vraie consisterait au début dans une simple hyperémie des noyaux d'origine du trijumeau et du moteur oculaire commun, hyperémie d'abord intermittente, mais qui, à force de se répéter, finirait par laisser à sa suite des lésions définitives d'ectasie vasculaire et même de sclérose ; c'est précisément dans ces cas que la paralysie deviendrait continue, s'accompagnerait d'hypoesthésie de la face, etc.

3° Traitement. — Le traitement consiste dans l'administration du bromure de potassium et l'électrisation ; on devra essayer les frictions ou injections mercurielles et l'iode toutes les fois qu'on soupçonne la syphilis.

ARTICLE IX

GOITRE EXOPHTALMIQUE

Le goitre exophtalmique ou *maladie de Basedow* est un syndrome caractérisé par un léger goitre, de l'exophtalmie, du tremblement et de l'accélération du pouls.

1° Étiologie. — Le goitre exophtalmique frappe plus souvent les femmes que les hommes. C'est une maladie de la jeunesse et de l'âge moyen de la vie : il est exceptionnel de l'observer après soixante ans ; TRAUBE cependant mourut, après cet âge, d'un goitre exophtalmique. Ses causes sont assez mal connues : on incrimine l'alcoolisme, les fatigues excessives, le surmenage et avec plus de raison les émotions, les chagrins. Comme l'hystérie il peut survenir après un traumatisme ; il peut survenir

aussi chez des hystériques avérés, chez des épileptiques, chez des ataxiques. Enfin certains sujets, porteurs depuis de longues années d'un goitre simple, peuvent présenter à un moment donné les principaux signes de la maladie de Basedow : on réserve à ces faits la dénomination de *goitre exophtalmique secondaire*.

2° Symptomatologie. — Les principaux symptômes de la maladie de Basedow sont : le goitre, l'exophtalmie, la tachycardie, le tremblement (*symptômes cardinaux*) ; mais il y a une foule de *symptômes accessoires* (moteurs, vasomoteurs, sécrétoires, etc.) que nous allons passer en revue dans les principaux appareils de l'organisme.

A. GOITRE. — Le goitre est de volume moyen, ordinairement plus petit que les goitres ordinaires : c'est une hypertrophie diffuse du corps thyroïde, généralisée, sans dégénérescence kystique. Il est de consistance demi molle, élastique, et l'élément vasculaire doit jouer un grand rôle dans sa constitution car il subit, surtout au début de la maladie, des alternatives très nettes d'augmentation et de diminution sous des influences diverses (menstruation, émotions, etc.). Il est pulsatile et peut présenter des souffles ou du frémissement.

B. SIGNES OCULAIRES. — L'exophtalmie est le signe le plus frappant, et souvent fait faire d'emblée le diagnostic avant tout examen. Le malade a un regard d'une fixité étrange, brillant, égaré ; les yeux sont grands ouverts, les globes oculaires saillants. On peut s'en rendre compte en plaçant la main ou une carte, de champ, en avant de l'œil ; mais cette manœuvre n'est même pas nécessaire. L'exophtalmie est parfois telle, qu'il en peut résulter des troubles mécaniques, des ulcérations de la cornée constamment découverte et même la luxation du globe oculaire (PRAEL). En dehors de ces cas extrêmes et vraiment exceptionnels, la vision est ordinairement peu diminuée. Mais il y a d'autres symptômes oculaires : a) la rareté du clignement (signe de STELWAG) ; ce phénomène n'est pas une conséquence

de l'exophtalmie, car il peut exister sans elle; *b*) la difficulté de la convergence par parésie des muscles droits internes (signe de MOEBIUS); *c*) le défaut de parallélisme entre les mouvements



Fig. 71.

Goître exophtalmique (d'après un cliché de JABOULAY).

de l'œil et ceux de la paupière supérieure: quand on dit au malade de suivre de l'œil un objet qu'on porte progressivement dans la partie inférieure du champ visuel, on voit que l'œil s'abaisse, se porte en bas, mais la paupière supérieure ne s'abaisse pas en même temps; l'œil reste grand ouvert (signe de GRAEFE); *d*) l'ophtalmoplégie externe ou paralysie des muscles

moteurs du globe oculaire; partielle, elle se traduit par du strabisme et de la diplopie.

C. TROUBLES CIRCULATOIRES. — Le plus important est la *tachycardie*; le cœur bat à 120 ou 130 pulsations, il est régulier. Les battements sont énergiques, les carotides sont soulevées à chaque pulsation et frémissent sous le doigt. Cet *éréthisme* circulatoire aboutit rapidement à l'*hypertrophie du cœur* avec ou sans dilatation qui se révèle par l'intensité du choc de la pointe, son abaissement ou sa déviation en dehors, l'augmentation de la matité cardiaque, l'apparition des souffles orificiels: ces derniers ne sont point symptomatiques d'une lésion organique de l'endocarde, ils annoncent seulement que par suite de la dilatation cardiaque, les valvules auriculo-ventriculaires ont été forcées et qu'une insuffisance fonctionnelle s'est produite. L'auscultation peut encore faire entendre: *a*) des *souffles anémiques* aux foyers artériels; *b*) des *souffles extracardiaques* bien explicables par l'éréthisme circulatoire (voy. Souffles extracardiaques, pathogénie, t. II); *c*) un *souffle systolique* occupant toute la région précordiale et attribué par DUROZIEZ à la dilatation des coronaires par parésie vasomotrice.

Par instants, sous l'influence d'une émotion, d'une fatigue, d'un simple mouvement, la tachycardie s'accroît; le pouls monte à 200 pulsations et au delà, en même temps que l'énergie du cœur augmente; la poitrine est ébranlée par des battements tumultueux quelquefois tels qu'on a pu les percevoir à distance. Par leur répétition, par l'angoisse qu'ils provoquent, ces accès ne laissent au malade aucun repos.

Dans d'autres cas, le surmenage cardiaque aboutit rapidement à des manifestations asystoliques: le cœur se laisse forcer, la circulation pulmonaire est troublée, la dyspnée devient continue, les lèvres se cyanosent, les malléoles s'œdématisent, la stase s'établit dans le système veineux et dans tous les viscères. Cette crise peut n'être que passagère ou bien aboutir à la mort comme l'asystolie des cardiopathies organiques.

D. TROUBLES DE LA MOTRICITÉ. — Le *tremblement* (CHARGOT, MARIE) est ordinairement généralisé, intéressant la tête, le tronc,

les membres supérieurs. Intermittent, variable, parfois à peine perceptible, on le met en évidence en ordonnant au malade d'étendre la main : on voit alors qu'elle est agitée tout entière, contrairement à ce qui se passe dans l'alcoolisme où les doigts tremblent isolément, indépendamment les uns des autres. Ce tremblement se compose d'oscillations régulières, menues, très nombreuses (10 environ à la seconde); c'est une sorte de trépidation perceptible à la vue et au toucher (*tremblement vibratoire*). Les mouvements volontaires ne l'augmentent pas, par opposition à celui de la sclérose en plaques.

Les autres troubles moteurs, beaucoup plus rares, sont (indépendamment des signes oculaires énumérés plus haut) des phénomènes d'excitation ou de paralysie. Parmi les premiers, on a noté des crampes douloureuses surtout nocturnes, avec raideur des mains, flexion et adduction des pouces, en tout semblables aux accès de tétanie, des convulsions, des crises épileptiformes, de l'épilepsie vraie sous forme de grand et de petit mal. Les phénomènes paralytiques sont ordinairement transitoires : dérobement des jambes qui fléchissent brusquement pendant la station debout (CHARCOT, MACKENZIE), parésie des membres inférieurs, paraplégie basedowienne pouvant laisser le malade confiné au lit pendant des mois, avec intégrité des sphincters et de la sensibilité (CHARCOT), parésie du frontal, du sourcilier, des divers muscles innervés par le facial ou le trijumeau.

E. TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ. — Les hyperesthésies localisées, les névralgies, surtout celle du trijumeau, sont fréquentes.

F. TROUBLES PSYCHIQUES. — Les basedowiens sont émotifs, impressionnables, d'humeur très changeante, prompts à la joie comme à la tristesse. Indépendamment de leur agitation, de leur insomnie habituelle, ils traversent quelquefois des périodes d'excitation et même d'aliénation passagère. Les hallucinations, le délire de persécution, peuvent aussi s'observer.

G. TROUBLES DES DIVERS VISCÈRES. — Ils portent sur les trois grands appareils : digestif, respiratoire et génito-urinaire.

a. Appareil digestif. — L'appétit est souvent modifié, plutôt

augmenté (boulimie); parfois le goût est perverti. Les vomissements sont rares, mais on observe assez souvent une diarrhée passagère, séreuse, sans coliques, survenant et disparaissant brusquement : elle est due à un trouble vasomoteur de l'intestin.

b. Appareil respiratoire. — La respiration est accélérée : il y a souvent une dyspnée véritable avec sensation d'étouffement. L'ampliation thoracique est défectueuse, insuffisante (signe de BRYSON). Enfin, il survient parfois des poussées de congestion et d'œdème pulmonaire.

c. Appareil génito-urinaire. — Les troubles menstruels et l'impuissance sont beaucoup plus fréquents que la polyurie, la glycosurie, ou l'albuminurie, trois symptômes auxquels on attribue une origine bulbaire.

H. ÉTAT DE LA PEAU. — Les basedowiens ont la peau moite, humide. La résistance électrique du tégument est diminuée chez eux (signe de VIGOUROUX); ils ont par moments des sueurs abondantes, traduisant comme la diarrhée un trouble de l'innervation vaso-motrice et sécrétoire. Enfin ils ont une continue sensation de chaleur, cherchant l'air, toujours trop couverts sous leurs vêtements.

I. SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — La nutrition est très active, l'urée est excrétée en abondance, mais à mesure que l'affection progresse, l'anémie s'accroît; indépendamment de toute complication, il survient des périodes de fièvre, durant de quinze à vingt jours, et séparées par des intervalles d'apyrexie complète (RENAUT, BERTOYE); d'après GILLES DE LA TOURETTE, cette fièvre ne s'accompagne pas de dénutrition; il n'y a pas excès d'urée excrétée.

Le goitre exophtalmique s'accompagne assez souvent de glycosurie, rarement d'un véritable diabète. Ces faits sont à rapprocher de la glycosurie, qu'on observe quelquefois au cours de la médication thyroïdienne.

3° Variétés cliniques. — Les plus intéressantes sont les formes frustes et les associations morbides :

a. Formes frustes. — On vient de voir qu'à peu près tous les

organes peuvent être intéressés par la maladie de Basedow, qu'elle présente des symptômes moteurs (paralysies, tremblements), vaso-moteurs, sécrétoires, sensitifs, psychiques, etc., que nous avons préféré étudier cliniquement, organe par organe. Mais il ne faut pas compter les trouver au complet au lit du malade : un ou plusieurs des signes cardinaux peuvent même manquer. C'est la maladie de Basedow qui nous offre les plus beaux exemples de formes frustes des maladies du système nerveux. Ainsi, la tachycardie avec un léger tremblement ou un simple éclat des yeux suffira pour affirmer la maladie de Basedow sans goitre apparent.

b. *Associations.* — Les symptômes de la maladie de Basedow viennent parfois compliquer une affection nerveuse déjà existante, en voie d'évolution (chorée, hystérie, épilepsie et surtout tabes). On a considéré certains cas de goitre exophtalmique comme un syndrome d'origine hystérique. Pour BARIÉ, le goitre exophtalmique survenant au cours du tabes n'est qu'un des symptômes de celui-ci qui s'est étendu jusqu'au bulbe : ce serait même parfois un signe de la période préataxique, CHARCOT, BALLET croient à une simple association des deux entités morbides, chacune évoluant pour son propre compte et conservant son autonomie. JOFFROY pense que s'il n'y a que quelques signes de la maladie de Basedow (tachycardie ou exophtalmie), ils sont attribuables au tabes lui-même ; si au contraire ils sont au complet, c'est qu'il y a association des deux états morbides.

4° *Évolution et pronostic.* — Ce sont ordinairement les symptômes cardio-vasculaires qui ouvrent la scène : tachycardie, érêthisme circulatoire, accès de palpitations. Puis peu à peu la maladie se complète.

La mort survient par asystolie, par cachexie ou du fait d'une affection intercurrente ; le goitre exophtalmique offre à la tuberculose un terrain particulièrement favorable.

5° *Anatomie pathologique.* — Laissant de côté les lésions cardiaques et vasculaires constituées surtout par la dilatation

des vaisseaux et l'accumulation du tissu graisseux dans la cavité orbitaire, nous étudierons les lésions du système nerveux et celles du corps thyroïde.

a. *Lésions nerveuses.* — RECKLINGHAUSEN, BIEMER, ont trouvé des lésions du sympathique cervical ou de ses ganglions.

MENDEL, MARIE, MARINESCO ont vu l'atrophie de la bandelette solitaire de STILLING : on sait qu'elle représente le prolongement bulbaire du tractus intermediolateralis de la moelle que PIERRET considère comme l'origine réelle du grand sympathique. Des hémorragies sur le plancher de 4° ventricule, au niveau des noyaux d'origine des nerfs craniens, ont été rencontrées.

b. *Lésions du corps thyroïde.* — Du côté du corps thyroïde, on a constaté l'atrophie des éléments épithéliaux, remplacés par des flots de cellules lymphatiques. Le riche réseau des lymphatiques intralobulaires a disparu ; la glande ne sécrète plus que de la tyromucoïne qui est directement résorbée par les vaisseaux sanguins (RENAUT).

6° *Pathogénie.* — Des théories proposées pour expliquer les symptômes de la maladie de Basedow, deux surtout sont à retenir : les théories nerveuses et la théorie humorale.

a. *Théories nerveuses.* — Les principaux symptômes de la maladie de Basedow, font penser à des troubles paralytiques : ainsi la tachycardie peut s'expliquer par la paralysie du pneumogastrique, l'exophtalmie par la vasodilatation paralytique des vaisseaux du fond de l'orbite, le goitre par celle des vaisseaux du corps thyroïde ; nous avons de même cité plus haut la paraplégie basedowienne, l'ophtalmoplégie externe, la parésie de divers nerfs craniens. D'autre part, on a considéré la tachycardie et l'exophtalmie comme due à l'excitation du sympathique cervical : la section de ce cordon les atténue.

L'anatomie pathologique n'a confirmé que d'une façon tout à fait inconstante ces théories sympathique et bulbaire. Nous venons de mentionner les lésions du sympathique cervical, celles du plancher du 4° ventricule ou de la bandelette solitaire. Expérimentalement, FILEHNE, en sectionnant le corps resti-

forme, DURDUFU en lésant le bulbe au niveau du tubercule acoustique ont pu reproduire quelques-uns des symptômes de la maladie de Basedow.

Ces constatations anatomiques et expérimentales sont à retenir; elles expliquent la pathogénie des symptômes, mais on ne doit pas les opposer à la théorie humorale, qu'elles ne font que compléter : celle-ci seule nous montre la cause première de tous ces phénomènes nerveux.

b. *Théorie humorale ou thyroïdienne* (MŒBIUS). — La maladie de Basedow résulte d'un trouble de la fonction thyroïdienne; la glande n'agit pas sur le système nerveux par une action mécanique, par la compression qui résulte de son hypertrophie, mais par sa *sécrétion interne*. Cette théorie s'appuie sur l'altération constante du corps thyroïde, constatable histologiquement alors même que la glande paraît saine macroscopiquement, et sur les cas où l'intervention chirurgicale fait disparaître les symptômes de la maladie de Basedow. Ceux-ci dérivent d'une hyperthyroïdation de l'organisme par exagération de la sécrétion interne et doivent être opposés à ceux du myxœdème liés à l'absence ou à la disparition du corps thyroïde.

7° Diagnostic. — L'exophtalmie et l'aspect étrange du regard, la tachycardie et les battements exagérés des artères, le tremblement vibratoire, l'hypertrophie du corps thyroïde, l'agitation sont les principaux symptômes de la maladie de BASEDOW.

Le diagnostic différentiel doit être fait :

1° Avec la *tachycardie paroxystique essentielle* où le cœur est plus accéléré que dans la maladie de BASEDOW et qui ne s'accompagne pas de tremblement, de goitre, ni d'exophtalmie ;

2° Avec le *tabes* qui peut se compliquer de paralysies oculaires et de tachycardie, mais se reconnaît à des signes propres ;

3° Avec la *chlorose* ou l'érythisme de la circulation et les souffles cardiaques pourraient donner le change ;

4° Avec l'*hystérie* qui se reconnaît à ses stigmates. Mais il ne faut pas oublier qu'hystérie et maladie de BASEDOW peuvent coexister sur le même malade ; peut-être même le syn-

drome de BASEDOW reconnaît-il quelquefois une origine hystérique.

8° Traitement. — Il consiste dans les toniques, l'hydrothérapie, les altitudes, le fer, la quinine. L'iode a donné des améliorations, mais c'est un médicament dangereux qui peut exagérer les symptômes. Parmi les nervins, le bromure de potassium, la belladone et l'hyosciamine (ces dernières à faible dose) ont été employés. On a eu des succès par l'ovariotomie double : l'influence de la grossesse est inconstante.

La théorie thyroïdienne étant admise, on a songé à s'attaquer au goitre : la thyroïdectomie partielle et l'exothyropexie ont eu des succès. La section du sympathique cervical a généralement une action très favorable sur l'exophtalmie (JABOULAY).