

LV. — DU GOÏTRE EXOPHTHALMIQUE, OU MALADIE
DE GRAVES.

Ces trois principaux symptômes sont : l'hypertrophie du corps thyroïde, l'exophtalmie et les palpitations cardiaques. — La maladie peut être fruste. — Phénomènes nerveux habituels. — Nature de la maladie. — Est probablement une névrose du grand sympathique. — Faits et arguments à l'appui. — Bons effets de l'hydrothérapie.

MESSIEURS,

Au n° 34 de la salle Saint-Bernard, vous avez remarqué une jeune femme dont la physionomie a quelque chose d'étrange. Sa figure offre une expression sauvage, ses yeux sont saillants, son teint est pâle. Elle se plaint de battements de cœur; son pouls radial fréquent, régulier, présente l'ampleur et la résistance normales. La respiration paraît gênée, et vous avez pu constater une hypertrophie considérable de la glande thyroïde. La réunion de ces trois phénomènes pathologiques : battements de cœur, hypertrophie du corps thyroïde et saillie des globes oculaires, constitue une entité morbide dont vous trouverez de nombreuses observations dans les annales de la science, et qui a été désignée sous les noms de *goître exophtalmique*, de *cachexie exophtalmique*, de *exophtalmos cachectique*, de *maladie de Basedow*, etc.

Bien que signalée déjà par les médecins qui se sont occupés presque exclusivement d'oculistique, Demours, Mackensie, Sichel, Desmarres, cette maladie, si remarquable par sa triade symptomatique, avait déjà frappé l'attention de Graves; et, plus tard Basedow, en insistant davantage sur sa description, devait y attacher son nom. Aussi le docteur Hirsch, qui peut-être ne connaissait pas les travaux de Graves, a-t-il réclamé, dans ces derniers temps, pour que la maladie fût désormais désignée sous le nom de *maladie de Basedow*.

Déjà, dans des leçons cliniques, au mois de novembre 1860, je vous ai rappelé, en m'appuyant sur le témoignage de Stokes, qu'une grande part de priorité, dans la question qui va encore nous occuper aujourd'hui, revenait de droit à Graves. Ceux d'entre vous qui voudront en être convaincus n'auront pour en trouver la preuve qu'à relire les *Leçons de clinique médicale* de l'illustre professeur de Dublin, et le chapitre *Goître exophtalmique* dans l'ouvrage de Stokes sur les maladies du cœur.

Laisant au professeur de pathologie le soin de vous exposer ce qui a trait à l'histoire du goître exophtalmique, et de rendre justice à chacun des auteurs qui se sont occupés les premiers de la matière, je me propose, dans cette conférence, de vous faire l'histoire clinique de cette intéressante et singulière maladie, de vous citer quelques exemples pour vous la montrer sous diffé-

rentes formes, d'en discuter la nature en m'appuyant sur les faits qui maintenant sont en assez grand nombre et dont la valeur peut être facilement contrôlée par des observations nouvelles. Je devrai surtout insister sur le traitement qui m'a paru le plus utile pour la combattre, traitement dont les indications sont puisées dans la nature même du mal, seule base sérieuse de toute thérapeutique, lorsque nous n'avons point à notre disposition de remèdes spécifiques ou de moyens d'action dont l'empirisme nous ait démontré la valeur.

Beaucoup de malades affectés de goître exophtalmique viendront vous consulter pour des palpitations de cœur, mais vous serez tout d'abord frappés de l'étrangeté de leur regard, de la saillie des yeux. La double saillie oculaire devra vous mettre immédiatement sur la voie du diagnostic. Vous apprendrez alors que l'exophtalmie est déjà de date ancienne; que peu à peu elle a fait des progrès, progrès tels, que dans quelques cas, les malades craignent la chute de leurs yeux, il leur semble que ces organes vont sortir de leurs orbites; ils éprouvent de la peine à fermer complètement les paupières, et pendant le sommeil le globe oculaire reste souvent en partie découvert. Une jeune malade de Clermont, dont l'observation a été rédigée par M. le docteur Pain, offrait une propulsion telle des globes oculaires qu'il y eut luxation de l'un d'eux et qu'il fallut le replacer avec les doigts dans la cavité orbitaire.

L'exophtalmos se prononce surtout sous l'influence des émotions morales ou aux époques menstruelles. Les membranes de l'œil n'offrent ordinairement aucune altération, je n'ai jamais observé d'ulcération de la cornée.

Quand la saillie des yeux est considérable, il est facile de voir l'insertion antérieure des muscles droits de l'œil; et, au niveau de cette insertion, on remarque une très-riche vascularisation.

Les malades n'ont point ordinairement de trouble de la vue, cependant ils peuvent devenir presbytes ou myopes, mais souvent l'œil conserve une grande puissance d'adaptation. J'ai vu un malade qui pouvait lire à des distances très-variées, en même temps que le globe oculaire et la pupille éprouvaient certaines modifications : ainsi il y avait strabisme convergent et dilatation pupillaire lorsque l'objet était placé près des yeux, tandis que les globes oculaires reprenaient leur axe normal et les pupilles se contractaient lorsque l'objet était éloigné. On voyait, suivant les différentes positions données à l'objet, qu'il y avait effort pour l'adaptation, et quelques larmes venaient augmenter le brillant des yeux, puis tombaient sur la paupière inférieure. Dans deux observations les malades disaient avoir la vue plus faible, il leur semblait parfois voir des mouches volantes. Je n'ai point noté de diplopie.

L'exophtalmie double et les troubles passagers de la vision devaient attirer l'attention des oculistes, et ceux qui se sont occupés d'ophtalmoscopie nous ont communiqué d'intéressantes observations. Vous trouverez dans la littérature médicale danoise un résumé très-bien fait par le docteur Withuisen des notions fournies par l'ophtalmoscope dans un cas de cachexie exoph-

thalmique : « Les milieux de l'œil étaient très-clairs, une vive injection des vaisseaux de la rétine donnait à cette membrane une teinte rouge bien accentuée. Le point d'entrée du nerf optique était de couleur rouge jaunâtre, différant manifestement de l'apparence normale ; les branches de l'artère centrale de la rétine étaient plus développées et plus larges, on n'y constatait point de pulsation. De chaque côté de la papille du nerf optique il y avait des dépôts de pigment sous forme de taches semi-lunaires et de leur bord presque noire. Le bord concave de ces taches dirigé du côté de la papille était net, tandis que le bord convexe était dentelé. Dans les deux yeux ces taches étaient plus grandes du côté externe. »

Cette observation est d'un grand intérêt, mais elle porte encore un plus grand enseignement parce qu'elle est complétée par un second examen ophthalmoscopique qui fut fait pendant la convalescence : alors l'hypérémie du fond de l'œil était moindre, les phénomènes congestifs avaient presque entièrement disparu ; mais les taches pigmentaires n'avaient subi aucune modification. D'autres observateurs ont aussi constaté la congestion des vaisseaux rétinien et l'intégrité des milieux de l'œil.

Je veux compléter cette observation déjà si remarquable de M. Withuisen en vous affirmant que l'observation avait été prise avec grand soin, qu'il y avait bien maladie de Graves, et que « l'examen externe de l'œil avait permis de constater une double exophtalmie avec varicosités des vaisseaux de la conjonctive au niveau de l'insertion des muscles droits. La cornée, dans ce cas particulier, présentait sa courbure normale, mais la pupille était dilatée, et il y avait paresse de l'iris. La chambre antérieure était plus plane que d'ordinaire, probablement à cause de la saillie en avant de l'iris. L'expression du regard avait quelque chose d'étrange, il exprimait la surprise. » De plus, Withuisen avait noté « de la myopie et de la difficulté à fixer longtemps un objet ; il y avait quelquefois vertige, souvent douleur des yeux avec céphalalgie, et lorsque la malade fermait les yeux, elle voyait parfois des cercles de feu. »

J'ai transcrit presque en entier cette observation, parce que l'examen des yeux a été fait avec un grand soin. Elle établit que dans cette maladie les membranes de l'œil peuvent présenter une injection vive et des modifications de nutrition caractérisées par des dépôts de pigment et de matière jaunâtre sur la membrane rétinienne. Lorsque nous nous occuperons de l'anatomie pathologique, je vous dirai quelles sont les autres altérations ou modifications démontrées par l'examen nécroscopique ; alors seulement nous posséderons tous les éléments nécessaires pour discuter la cause mécanique de l'exophtalmie et la nature des modifications fonctionnelles de l'organe de la vision.

Il ne faut pas croire cependant que toujours la prociérence du globe oculaire soit très-considérable ; quelquefois, pour la constater, il faut s'en rapporter au dire des personnes qui vivent avec les malades, ou avoir eu occasion de les observer antérieurement. Si la saillie du globe oculaire peut n'être pas toujours

manifeste, le regard cependant a toujours une expression spéciale ; la vision présente quelque trouble passager ou durable, et vient témoigner de l'état anormal de l'organe visuel.

Si la saillie oculaire peut passer inaperçue, il est deux autres faits pathologiques qui existent presque toujours d'une façon bien manifeste : l'hypertrophie de la glande thyroïde et les palpitations cardiaques.

L'hypertrophie de la thyroïde est quelquefois très-considérable ; les deux lobes de la glande peuvent être également augmentés de volume, mais le plus souvent, suivant Graves, Stokes, d'autres auteurs et d'après mon observation personnelle, l'hypertrophie porte surtout sur le lobe droit ; le pont même de la glande peut participer à cette augmentation de volume, et l'on constate alors l'existence d'un goître considérable. L'hypertrophie se fait d'ordinaire progressivement ; elle arrive d'abord pour ainsi dire à l'insu des malades, et une circonstance fortuite leur dévoile seulement cet état pathologique. Bientôt et cela parallèlement avec la marche de la maladie générale, la tumeur thyroïdienne augmente de plus en plus ; quelquefois il y a des périodes d'arrêt, mais alors la tumeur est devenue, dans certains cas, assez volumineuse pour donner lieu à des modifications très-notables de la voix et de la respiration. Les malades éprouvent une gêne marquée de la respiration, surtout dans le décubitus dorsal ; la trachée se trouve comprimée, soit par le poids seul de la tumeur, soit par son envahissement hypertrophique, qui peut alors circonscire le tube aërié et l'étreindre dans un anneau, comme cela a lieu dans les cas de goître suffocant. Cependant il est des cas, et nous en verrons tout à l'heure un exemple, où l'hypertrophie se développe d'une façon presque soudaine. Enfin je vous signalerai un cas dans lequel à l'hypertrophie la plus manifeste avait succédé l'atrophie de la glande, qui était le siège d'une véritable cirrhose.

Les modifications de la voix dans le goître exophtalmique peuvent être dues aux modifications de la respiration ou à la compression de l'un ou des deux nerfs laryngés récurrents ; alors les malades ont de la faiblesse ou de la raucité de la voix. Ai-je besoin de faire remarquer que la compression des nerfs récurrents, en modifiant la contractilité des muscles de la glotte, peut avoir sa part étiologique dans la gêne de la respiration ?

L'anatomie pathologique établit qu'il y a bien dans ces cas hypertrophie glandulaire proprement dite, c'est-à-dire hypertrophie des éléments de la glande, de ses *acini* ; mais l'examen clinique, outre les modifications fonctionnelles qui sont dues à l'hypertrophie de la glande, montre encore un développement considérable des vaisseaux de la thyroïde. En effet, la main placée sur la tumeur sent les battements d'expansion qui permettent déjà d'affirmer que les vaisseaux superficiels ne sont point seuls distendus ; et le mouvement d'expansion est tel surtout pour le lobe droit, que Graves nous rapporte que la tumeur thyroïdienne fut prise pour un sac anévrysmal. M. le docteur Vidal, médecin des hôpitaux, nous faisait part d'un cas analogue où semblable méprise fut commise. Dans ces deux cas la chirurgie n'eut pas besoin d'inter-

venir pour démontrer l'erreur. Mais cette erreur pourrait être complète si l'on n'avait égard aux autres symptômes de la maladie générale. En effet, dans le goître exophtalmique, le stéthoscope fait entendre des bruits de souffle simples ou doubles avec renforcement diastolique, comme dans les cas d'anévrysme simple ou cirsoïde.

Sur ces faits, exophtalmie double et hypertrophie thyroïdienne, tout le monde est d'accord; je réserve de traiter de la marche et des paroxysmes de ces altérations, c'est-à-dire de leur interprétation, lorsque je vous entretiendrai de la nature de la maladie. Mais il est un autre fait clinique, fait principe, puisqu'il constitue, en se réunissant aux deux autres, le trépied, la triade symptomatique sur laquelle la discussion clinique sera nécessaire: je veux parler de l'état du cœur dans la maladie de Graves.

Les malades, en effet, se plaignent d'abord de palpitations cardiaques, bien avant que l'exophtalmie et le goître aient attiré leur attention ou celle des personnes qui les entourent. Alors les battements du cœur sont violents, ils soulèvent fortement la paroi thoracique le plus souvent amaigrie, amènent bientôt de la voussure de la région cardiaque, et le choc du cœur sur la poitrine est tellement considérable, qu'il peut quelquefois être entendu à distance. Ces battements redoublant de fréquence et de force lors des émotions morales ou de toute cause d'effort, les malades ne peuvent faire aucun exercice soutenu. Les claquements valvulaires sont exagérés et accompagnés ordinairement d'un bruit de souffle doux au premier temps, qui se prolonge sur le trajet des gros vaisseaux; les battements carotidiens sont plus forts qu'à l'état normal, et ont leur part, ainsi que les veines jugulaires, dans les bruits perçus au niveau de la tumeur thyroïdienne.

Si nous résumons les phénomènes fournis par l'examen du cœur, battements violents sans irrégularité et bruit de souffle à la base, nous comprendrons facilement comment il se fait que Stokes ait été conduit à décrire une variété de goître exophtalmique avec hypertrophie cardiaque. Nous devons ajouter que dans certains cas consignés dans l'ouvrage de Stokes il y avait une altération valvulaire; mais déjà l'auteur anglais avait compris que telle n'était pas la règle: aussi, dans la description qu'il donne de la cachexie exophtalmique, fait-il une description spéciale pour la cachexie avec altération organique du cœur. Il y a lieu, je crois, de conserver cette division clinique; car si, suivant nous, le goître exophtalmique n'est pas nécessairement accompagné de dilatation des cavités ou d'altération des valvules du cœur, il ne saurait exclure la coïncidence de semblables lésions, et pourrait peut-être avoir une part déterminante dans leur production. Nous vous ferons connaître bientôt deux faits qui prouvent assez que l'hypertrophie du cœur peut exister avec le goître exophtalmique. Mais il y a loin de cette interprétation à la théorie de Stokes, qui ne voyant dans la maladie qu'une névrose cardiaque, fait de tous les phénomènes morbides une conséquence de cette névrose. Nous pensons aussi

qu'il ne convient point d'accepter l'opinion soutenue par le docteur Aran (1), qui prétendait que dans tous les cas de goître exophtalmique il y avait augmentation de volume du cœur.

Une autre question pourrait incidemment être soulevée dans les cas observés par ce dernier auteur: Y avait-il dilatation des cavités, ou hypertrophie réelle des parois de l'organe? Quoi qu'il en soit, Aran disait que dans la maladie de Graves il y avait toujours matité plus étendue dans la région cardiaque. La plupart des faits que nous avons observés et ceux qui ont été publiés par le docteur L. Legros et M. le professeur Teissier (2) ne nous permettent point de partager l'opinion d'Aran, mais les assertions d'un observateur aussi sagace devront être prises en grande considération; aussi rechercherons-nous la raison des différentes interprétations.

L'honorable médecin dont nous regrettons la mort prématurée, après avoir constaté une matité étendue dans la région cardiaque, cherchait, en faveur de l'opinion qu'il défendait, des arguments dans la nature des battements du cœur et des vaisseaux carotidiens. Qu'il nous soit permis de faire remarquer que la violence des battements du cœur et des gros vaisseaux peut exister sans qu'il y ait nécessairement hypertrophie cardiaque; et qu'on observe ces battements énergiques dans les cas de chlorose et d'hystérie. Alors ces phénomènes passagers ne sont que la conséquence d'états nerveux parfaitement déterminés.

Il est cependant un point important sur lequel l'attention doit être fixée. L'augmentation du volume du cœur est-elle, en vérité, un phénomène constant? Nous ne le croyons pas. Comment alors concilier notre opinion avec celle des observateurs qui croient que cette augmentation existe?

Outre les phénomènes pathologiques, palpitations, impulsion violente du cœur, quelques observateurs ont constaté une plus grande étendue de la matité cardiaque. En énonçant simplement ces faits, on semble établir qu'effectivement il y a augmentation du volume. Mais, chose remarquable, dans la plupart des observations on a noté un état normal du pouls radial, et s'il y avait eu hypertrophie du cœur, on eût rencontré le plus souvent de l'ampleur et de la vibration des artères radiales, en même temps que des carotides; si au contraire, il y avait eu dilatation passive de l'organe central de la circulation, on eût constaté de la faiblesse, et peut-être de l'irrégularité dans les pulsations de ces mêmes vaisseaux, et quelquefois on eût pu trouver le pouls veineux, ce qui n'a pas lieu; restent donc en faveur de l'hypertrophie cardiaque les battements exagérés du cœur et la plus grande étendue de la matité. Nous avons déjà dit quelle interprétation pourrait être donnée des battements exagérés, il faut maintenant nous expliquer sur le second phénomène, exagération de la matité en étendue. Souvent cette exagération existe, mais elle n'est qu'apparente. En effet, dans la région cardiaque, il y a deux sortes de matités: l'une,

(1) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, Paris, 1860, t. XXVI, p. 122 et suiv.

(2) *Du goître exophtalmique*, 1863, in-8°.

absolue, qui est à peu près de 4 à 5 centimètres carrés à l'état physiologique; l'autre variété de matité, est la matité relative, c'est-à-dire celle qui circonscrit la matité absolue, et qui peut varier à l'infini, suivant les rapports du cœur avec le poumon, suivant la gêne de la circulation, suivant le plus ou moins d'épaisseur et de densité des parois thoraciques. La matité relative peut mesurer 10, 12, 13, 14 centimètres dans le sens transversal, et 8, 10, 12 centimètres dans le sens vertical. La matité relative peut être facilement constatée dans la maladie de Graves, parce que les malades ont souvent les parois thoraciques très-minces.

Nous insistons sur cette cause d'erreur, parce que chez une des malades de la salle Saint-Bernard, affectée de goître exophtalmique, plusieurs observateurs étaient d'avis différents sur l'existence de l'hypertrophie cardiaque, hypertrophie qui, pour quelques-uns d'entre eux, était prouvée par la plus grande étendue de la matité. M. le professeur Bouillaud voulut bien examiner la malade, et le savant clinicien, dont l'expérience est si grande dans le diagnostic des maladies du cœur, affirma que la matité réelle, absolue, n'était point augmentée, et qu'il n'y avait point hypertrophie du cœur.

La plus grande attention doit donc être apportée dans la délimitation de la matité réelle et relative, et c'est seulement de la matité réelle, absolue, qu'il faut tenir compte pour établir s'il y a hypertrophie du cœur.

Mais s'il n'y a pas hypertrophie active de l'organe central de la circulation, il peut y avoir quelquefois dilatation des cavités; on comprend que pendant les paroxysmes de la maladie de Graves, lorsque le cœur est fatigué de son excès d'action, il y ait distension des parois, surtout des oreillettes du cœur droit; alors la percussion pourra démontrer une matité plus étendue, mais cela passagèrement.

La maladie de Graves n'est donc pas nécessairement accompagnée de maladie organique du cœur, telle est la règle; mais elle peut se montrer chez des sujets ultérieurement affectés de lésion cardiaque; les antécédents du malade et les signes propres aux lésions organiques permettront d'établir la part qui revient à chacune des maladies sur l'état du cœur.

Je viens de vous exposer l'opinion à laquelle m'ont conduit les observations de la maladie de Graves qui ont été soumises à mon examen. Je ne crois pas que la maladie amène nécessairement l'hypertrophie cardiaque; cependant je comprendrais qu'elle pût déterminer une lésion analogue alors à l'hypertrophie du cœur observée pendant la grossesse: hypertrophie qui pourrait être passagère et disparaître quelques semaines ou quelques mois après la guérison de la maladie, ou qui pourrait devenir définitive dans certains cas assez rares jusqu'ici. Il paraît bien établi, en effet, que le cœur, comme les autres organes musculaires, peut subir une hypertrophie assez considérable, sans pour cela devenir malade. Les observations de M. Larcher, recueillies sur les femmes enceintes, et les autopsies faites par M. Blot sur les femmes récemment accouchées, ne laissent aucun doute sur l'hypertrophie physiologique

du cœur pendant la grossesse. M. Beau lui-même pense que dans la maladie de Graves, s'il y a hypertrophie du cœur, cette lésion est curable.

Quant à l'hypertrophie du système vasculaire du cou, elle ne saurait être douteuse. Les artères carotides et thyroïdiennes ont subi des modifications très-importantes; ces dernières surtout ont subi une augmentation de volume très-notable dans leurs troncs et leurs ramifications; il en est de même pour le système veineux thyroïdien. Le développement des vaisseaux est tellement considérable, qu'il y aurait témérité à porter le bistouri dans la tumeur thyroïdienne; les vaisseaux semblent aussi s'être multipliés, et l'examen nécroscopique nous prouvera que l'hypertrophie ne porte point seulement sur l'élément glanduleux, mais aussi sur l'élément vasculaire du corps thyroïde. Il y a des bruits de souffle et des mouvements d'expansion au niveau de la tumeur thyroïdienne. De semblables bruits et des battements analogues s'observent aussi quelquefois dans le tronc cœliaque. Ces phénomènes ne s'étendent point à l'aorte abdominale dans sa portion inférieure, non plus que dans les vaisseaux cruraux et iliaques, et, chose remarquable, lorsque le cœur et les vaisseaux du cou semblent indiquer une activité et une puissance exagérée de la circulation, le pouls radial n'offre aucune ampleur anormale. Ce fait clinique avait été déjà remarqué par Graves, par Stokes, Hirsch, et par tous ceux qui ont observé le goître exophtalmique. Il semble indiquer que les battements du cœur et des vaisseaux du cou sont dus à quelque cause spéciale qui limite son action sur les parois de ces organes.

Nous verrons plus tard quel parti nous devons tirer de cette localisation morbide pour comprendre la nature de la maladie, en rapprochant les faits pathologiques des phénomènes physiologiques si bien étudiés expérimentalement par M. le professeur Claude Bernard.

Jusqu'ici nous avons passé en revue les trois signes principaux dont la réunion constitue la maladie de Graves, mais cette maladie présente d'autres symptômes secondaires qui devaient être pris en grande considération.

Quelquefois l'appétit est moindre, bizarre; d'autres fois, au contraire, les malades ont une faim difficile à satisfaire; la digestion est active, et cependant l'amaigrissement continue de faire des progrès. Les malades perdent leur embonpoint et leur couleur. Quelques-uns sont sujets à des flux intestinaux qui viennent encore ajouter aux causes de dépérissement. Mais lorsque la maladie semble rétrocéder, la diarrhée diminue, s'arrête; les malades utilisent l'appétit féroce qu'ils ont conservé, et ils reprennent les apparences de la santé; s'ils sont encore dans la période de la vie où la croissance n'est pas terminée, on les voit grandir avec une prodigieuse rapidité, et leurs forces augmenter d'une manière soutenue. Ces bénéfices d'une bonne nutrition peuvent disparaître lors du retour de nouveaux paroxysmes, mais ordinairement les paroxysmes s'éloignent à partir du moment où la nutrition a commencé à se rétablir.

La plupart des femmes qui sont affectées de la maladie de Graves ont de

l'aménorrhée. Chez elles, au début, la menstruation est troublée, bientôt supprimée, et l'issue heureuse de la maladie ne doit être espérée qu'à partir du moment où la fonction menstruelle est bien rétablie. C'est là un signe pronostique d'une grande importance. L'aménorrhée est accompagnée de leucorrhée quelquefois très-abondante, et cette complication vient encore ajouter aux causes d'affaiblissement déjà si nombreuses.

Les malades présentent souvent en même temps tous les signes de l'anémie, quelquefois même d'une chlorose bien accusée. La bizarrerie de l'appétit, le développement de gaz dans l'intestin, les alternatives de diarrhée et de constipation, les palpitations et le souffle vasculaire, la pâleur extrême du visage et des membranes muqueuses, l'œdème des extrémités inférieures, les troubles de la menstruation, et parfois les modifications si grandes du caractère, pourraient donner le change sur la nature de l'affection, si tous les phénomènes n'étaient consécutifs ou concomitants dans la triade symptomatique de la maladie de Graves. Plusieurs médecins cependant sont disposés à accorder à l'anémie un rôle étiologique dans la maladie de Graves, mais je suis heureux de pouvoir rappeler ici que M. le professeur Teissier, dans son travail où abondent les observations, a établi tout récemment que le goître exophtalmique peut exister sans anémie ; en effet, dans quatre observations qu'il a recueillies il n'y avait point trace d'anémie, au contraire, les malades paraissaient avoir une belle et riche constitution, ils avaient de l'embonpoint, une grande vigueur musculaire et de plus le sentiment de leurs forces.

Les modifications de caractère sont telles, que la vie devient très-difficile pour les gens qui entourent les malades, lesquels sont irascibles, ingrats et d'une exigence qui ne trouve d'excuse que dans la maladie. Nous avons vu une jeune fille ordinairement d'un caractère doux, devenir emportée, irrespectueuse, et dont les emportements menaçaient d'aller jusqu'à la violence. A côté des modifications de caractère, nous notons l'insomnie, cruelle complication qui, par sa persistance, jette les malades dans un extrême découragement ; ils s'agitent, ne trouvent pas de position convenable, il leur tarde de voir paraître le jour ; ils sont accablés de fatigue, et ne peuvent goûter un moment de repos.

Quel est le début, quelle est la marche de cette maladie si bizarre ? dans quel ordre se succèdent les divers symptômes ?

Sans raison bien déterminée, et cela le plus souvent chez des sujets nerveux, on remarque une certaine irritabilité, il n'y a plus la même égalité d'humeur ; bientôt la physionomie, et surtout le regard, prennent une expression qui est en rapport avec le mécontentement subit, la colère passagère ; mais, chose remarquable, le regard conserve une expression bizarre et qui devient permanente ; les yeux ont un éclat inaccoutumé, ils paraissent plus grands, et bientôt l'exophtalmie devient manifeste, avec tous les caractères que nous avons déjà signalés. Les malades ont conscience de la mobilité de leur humeur, et disent très-bien que souvent leurs efforts ont été insuffisants

pour y remédier ; puis ils éprouvent une certaine tristesse et ne peuvent se rendre compte de l'état pénible dans lequel ils se sentent. Alors ils se plaignent de battements dans la tête, dans les globes oculaires, le long du cou ; mais ce qui les inquiète surtout, ce sont les palpitations de cœur, qui bientôt deviennent si fréquentes et si violentes, qu'ils en conçoivent une grande inquiétude.

La bizarrerie du caractère, l'étrangeté du regard et les palpitations sont les phénomènes pour lesquels sont consultés les médecins, et nous devons reconnaître que jusqu'à l'époque où la maladie de Graves fut décrite comme entité morbide, de nombreuses et de graves erreurs furent commises, parce que le médecin non prévenu ne voyait dans l'état de l'intelligence et dans les palpitations que des phénomènes nerveux, bizarres, qu'il était alors disposé à rattacher à l'anémie, à la chlorose, ou à l'établissement difficile ou au dérangement de la fonction menstruelle.

Cependant beaucoup de malades, surtout les femmes, faisaient remarquer au médecin que leur cou grossissait, et que déjà depuis quelque temps elles avaient de ce côté un sentiment de plénitude, des battements ; on prenait note de ces renseignements, mais comme, au début de l'affection générale, la glande thyroïde n'avait point encore acquis un grand développement, on passait outre. Mais peu à peu le cou acquérait plus de volume, et le médecin était alors forcé de tenir compte de cette triple coïncidence des palpitations, de l'exophtalmie et de l'hypertrophie de la glande thyroïde. Cette coïncidence était curieuse, on la recherchait dans des cas prétendus analogues, lorsqu'on avait affaire à des chlorotiques surtout ; puis comme elle était rare, vu qu'on n'avait point encore appris à la découvrir au début de l'affection, la réunion des faits restait lettre morte, et était alors considérée comme une curiosité dont on n'avait point l'interprétation.

Aujourd'hui l'erreur est moins facile, et le médecin reconnaîtra la maladie toutes les fois qu'il aura su découvrir l'apparition simultanée ou prochainement successive des divers phénomènes qui la caractérisent. Toutefois ne croyez pas, messieurs, que la chose soit toujours si simple : il vous faudra une certaine attention pour reconnaître ces phénomènes au début, et avoir bien présentes à l'esprit les nuances primitives de leur manifestation. Ainsi vous devrez soupçonner la maladie lorsqu'en même temps vous constaterez le brillant du regard et des palpitations qui, par leur violence, ne sont nullement en rapport avec l'état organique du cœur, et le doute ne sera plus possible lorsque déjà il existera une augmentation sensible des battements des vaisseaux du cou et une légère hypertrophie de la glande thyroïde. Notez cependant que cette hypertrophie peut tarder à paraître, surtout chez les hommes. Il n'en est point de même chez la femme. Chez celles-ci elle est déjà très-marquée lorsqu'on vient nous consulter. Elle marche simultanément avec la violence des palpitations et la saillie des yeux. Cependant je possède déjà plusieurs observations où, chez la femme, le goître a tardé à paraître.

Dernièrement encore M. Cazalis, médecin distingué des hôpitaux, me faisait