

pagnée d'aucune modification anatomique appréciable au laryngoscope, et elle disparut brusquement, sans transition aucune, à la suite d'une légère cautérisation du pharynx avec le nitrate d'argent.

Mais revenons à notre malade : six jours après le paroxysme, le regard était moins sauvage, la tumeur thyroïdienne moins volumineuse, les bruits de souffle étaient moins accusés et le cœur semblait rentré dans un état de calme relatif.

Bientôt cette femme est sortie dans un état relativement satisfaisant.

Nous venons de voir la forme aiguë et la forme chronique du goître exophtalmique. Chacune de ces formes a ses paroxysmes, lesquels peuvent ne revenir qu'à de longs intervalles, plusieurs mois, plusieurs années, et varier à l'infini dans leur durée et leur gravité, tandis que d'autres reviendront tous les mois ou plusieurs fois par mois. Peut-être les paroxysmes, mieux étudiés dans leur époque d'apparition, montreront-ils un certain lien avec l'effort hémorrhagique qui se passe chaque mois vers l'utérus ; et si, d'une part, on remarque que chez plusieurs femmes il y avait aménorrhée dès le début, et que, d'autre part, on note la rémission des symptômes et le déclin de l'affection général à partir du retour de la fonction menstruelle, ou lorsque la femme devient enceinte, peut-être le clinicien trouvera-t-il dans ces rapports ou ces heureuses coïncidences de précieuses indications thérapeutiques.

Lorsque la maladie est dans sa période d'état, il peut y avoir plusieurs fois par jour des poussées vers les yeux et le corps thyroïde, avec redoublement des battements cardiaques.

La maladie, après avoir augmenté pendant plusieurs mois, peut rester stationnaire pendant un an, deux ans ; puis les paroxysmes cessent de se manifester ; alors commence la période de déclin, les battements de cœur deviennent moins fréquents, moins intenses ; les yeux perdent leur saillie et leur éclat sauvage ; la bronchocèle diminue de volume, présente moins d'élasticité, elle revient sur elle-même, se durcit, et son tissu érectile, suivant l'expression de Graves, devient de moins en moins apte à se laisser distendre par l'afflux sanguin. Il est rare que la maladie rétrocede complètement ; elle recule, mais il reste toujours du gonflement avec induration de la glande thyroïde ; les yeux sont plus saillants qu'à l'état ordinaire.

Quant aux différents bruits de souffle perçus dans la glande et dans les vaisseaux du cou, ils peuvent disparaître entièrement, ainsi que ceux du cœur. La diminution des phénomènes locaux est précédée de la disparition des phénomènes généraux, les fonctions de l'estomac et de l'intestin sont redevenues normales, les bizarreries de caractère n'existent plus, et les malades ont repris le cours de leurs occupations habituelles. La maladie chez les femmes semble se juger quelquefois par le retour des règles ou par la grossesse.

La terminaison peut donc être heureuse ; il n'en est pas toujours ainsi. L'anémie qui a été la conséquence des troubles digestifs est quelquefois si grande, que les malades sont pris de fièvre hectique, ou bien affaiblis depuis

longtemps, ils deviennent accessibles à toute cause morbide, et succombent à quelque maladie intercurrente qui, le plus souvent, a pour siège les organes respiratoires.

Quelques observateurs, Hirsch, Praël, ont rapporté des exemples de terminaison fatale par hémorrhagies pulmonaires, intestinales ou méningées. Nous-même avons vu la mort survenir par hémorrhagie cérébrale.

Mais ce qu'il faut surtout redouter pendant les paroxysmes, ce sont les accès de suffocation ; et si la trachéotomie, dans certaines circonstances, est le seul moyen auquel on puisse avoir recours pour conjurer les progrès de l'asphyxie, le chirurgien doit ne point oublier combien est grande la vascularité du goître exophtalmique, et se tenir en garde contre une hémorrhagie qui peut en quelques instants devenir mortelle.

Cependant, messieurs, avant de passer à l'étude de l'anatomie pathologique du goître exophtalmique, je veux vous citer deux observations d'une grande importance au sujet de la nature de cette maladie. Stokes a peut-être trop insisté sur la névrose cardiaque, il subordonne d'une façon trop absolue les autres phénomènes de la maladie à la lésion fonctionnelle du centre circulatoire ; aussi est-il conduit à admettre trop facilement une lésion organique, la dilatation du cœur. Pour moi, la dilatation du cœur, lorsqu'elle existe, n'est qu'exceptionnellement accompagnée de l'hypertrophie des parois. Je crois surtout, dans la maladie de Graves, à l'hypertrophie temporaire du cœur, analogue à celle dont on constate l'existence chez la femme enceinte. Les deux observations que je veux vous rapporter prouvent, la première, que la maladie ayant duré deux grandes années, il n'y a point eu de lésion organique persistante. La seconde observation établit que la dilatation, même passive, ne saurait toujours exister, même lorsque la maladie est à son summum ; partant, que le clinicien ne doit point accorder une importance majeure et du premier ordre à cette dilatation si souvent absente.

Je dois la première de ces deux observations à l'un de mes très-honorés collègues de la Faculté. La fille de ce savant professeur, à l'âge de dix-huit ans, a été affectée d'un goître exophtalmique avec palpitations cardiaques. Il y avait aménorrhée, troubles digestifs, caractérisés par une faim violente qui alternait avec de l'inappétence et du dégoût pour les aliments. Aujourd'hui l'appétit est régulier, il n'y a plus d'exophtalmie ni de tumeur thyroïdienne, et, chose digne de remarque, la guérison a été obtenue loin de Paris, dans un pays de montagnes où le goître est endémique. La malade n'a pris que très-peu de fer ; la plus grande part de la curation paraît appartenir au changement de résidence, comme cela a été déjà remarqué chez d'autres malades. L'exercice est facile, il n'y a plus de palpitations ; la guérison est complète, et le cœur ne présente aucune modification organique appréciable.

La seconde observation a été recueillie à Clermont (Oise), par MM. les docteurs Labitte et Pain. Je dois à ce dernier de m'avoir adressé la malade, avec une relation très-détaillée des principaux phénomènes pathologiques qui

se sont présentés depuis deux ans. Voici le résumé de cette observation : Mademoiselle X... a toujours été très-bien portante jusqu'à l'âge de quatorze ans. Elle avait une grande aptitude pour l'étude, et, dans son jeune âge, elle se livrait aux jeux de l'enfance sans avoir jamais éprouvé de gêne de la respiration ni de la circulation. A l'âge de douze ans, les règles apparurent sans aucun trouble de la santé et reparaissaient exactement tous les vingt-huit jours. Il paraît qu'à l'âge de quatorze ans, vers les mois de décembre 1858 et janvier 1859, la menstruation fut moins régulière, et que la jeune fille eut une névralgie temporale très-douloureuse et qui ne céda qu'aux douches froides sur la tête. A partir du mois d'avril 1859, saignements de nez pendant six semaines et suppression complète de la menstruation. Ce fut à partir de ce moment que les parents de mademoiselle X... s'aperçurent que ses yeux devenaient plus grands, faisaient saillie, et que la glande thyroïde prit un accroissement remarquable. En septembre 1859, mademoiselle X... fit un voyage en Normandie, pays où elle est née; il y eut un peu d'amélioration dans sa santé, et les règles reparurent, mais faiblement. Les palpitations cardiaques avaient débuté en même temps que l'exophtalmie et le goître.

Depuis le mois d'octobre 1859 jusqu'au mois de juin 1860, il y eut progression continue de la triade symptomatique, et, comme le fait remarquer la mère de cette malade, à la fin de chaque mois, du 20 au 30, il y avait une exaltation marquée dans tous les symptômes. Nouveau voyage en Normandie au mois de juin; amélioration passagère et réapparition des règles, qui avaient encore été supprimées depuis le mois d'octobre 1859.

Fin de juin : paroxysme alarmant, menaces de suffocation; battements considérables dans la glande thyroïde considérablement augmentée de volume, du côté droit surtout; saillie extraordinaire des globes oculaires et violentes palpitations du cœur; souffles au cœur et dans la tumeur thyroïdienne.

Fin de juillet : accidents aigus, fièvre, délire.

Pendant toute cette période de la maladie, alternativement faim très-vive et inappétence absolue; parfois des vomissements.

La voix fut modifiée dès le début du goître exophtalmique; le sommeil fut troublé par de pénibles cauchemars, la malade se réveillait souvent en sursaut, se sentant étouffer. Les yeux restaient incomplètement fermés pendant le sommeil, et il y avait un grand écoulement de larmes. Il n'y a jamais eu d'ophtalmie. Le caractère est devenu irascible. Il y avait des sueurs profuses, surtout à la fin de chaque mois; bientôt les troubles de la digestion, le manque de sommeil réparateur et l'excitation nerveuse amenèrent une émaciation très-grande et un affaiblissement extrême, qui était encore augmenté par une diarrhée fréquente.

Mademoiselle X... avait souvent des épistaxis, et sa mère avait remarqué que ces hémorrhagies, quelquefois très-abondantes, mettaient fin au paroxysme et étaient suivies de rémission de tous les symptômes.

Le fer, d'abord administré, n'avait point déterminé d'amélioration, tandis que la digitale fut donnée avec un succès relatif.

La cause déterminante de la maladie fut peut-être une vive impression morale. Il n'y avait point de goîtreux dans la famille, non plus que dans le pays qu'elle habite.

Aujourd'hui, nous avons pu nous-même constater les caractères les plus tranchés de la maladie de Graves :

L'exophtalmie est telle que nous n'en avons jamais vu de semblable. Le globe oculaire est tellement saillant, qu'en faisant porter l'œil dans différentes directions, nous pouvons par transparence, à travers la conjonctive, distinguer les insertions des muscles droits interne, externe et supérieur sur la sclérotique. Le regard est brillant, sauvage, les milieux de l'œil très-purs; la pupille a conservé une extrême contractilité; il n'y a aucun trouble de la vue; au contraire, mademoiselle X... jouit de la propriété de lire à toutes les distances les gros et les petits caractères; ses yeux ont une propriété d'adaptation bien remarquable qui lui permet d'être myope ou presbyte à volonté. Lorsqu'elle lit à la distance ordinaire ou à une distance plus grande, les yeux conservent leur axe normal; si l'on rapproche très-près l'objet imprimé, alors il se produit un double strabisme convergent, les pupilles se contractent, et la malade lit avec facilité.

Le goître est très-volumineux, surtout à droite; de très-grosses veines rampent sous la peau; la tumeur est élastique, on y perçoit des battements artériels; il y a peu d'expansion de la tumeur, mais elle est soulevée dans toute sa masse à chaque diastole artérielle. Elle est le siège de bruits de souffle continu avec renforcement de bruit de râpe et de scie.

La région cardiaque est le siège de battements violents; il n'y a point la moindre voussure; la pointe bat dans le quatrième espace intercostal; la percussion ne donne de matité absolue que dans une étendue de 4 centimètres carrés. Point de souffle, seulement claquements valvulaires très-secs et sonores, identiques avec ceux que l'on perçoit chez les jeunes gens qui viennent de courir, et dont le peu d'épaisseur des parois thoraciques permet d'entendre très-distinctement les battements du cœur. Le pouls bat 110-120; il a une certaine force, mais nullement d'ampleur.

Depuis le mois de juin, suppression complète de la menstruation; leucorrhée abondante. L'appétit est plus régulier depuis quelques jours; il y a moins de diarrhée. La maigreur est extrême; la peau, qui était transparente autrefois, est devenue brune et présente plusieurs taches de vitiligo; le teint est assez bon. Lorsque mademoiselle X... a des épistaxis, le sang est d'un rose pâle et la tache faite sur le linge devient bientôt jaune. Il y a anémie.

Le traitement a consisté dans l'administration de la digitale, l'hydrothérapie, l'application de la glace sur la région du cœur. Pendant plusieurs mois, il n'y a eu aucun amendement; mais, un an plus tard, je revoyais la jeune malade, grasse, fraîche, et dans des conditions générales infiniment meilleures, bien

que la saillie des yeux et que la bronchocèle ne fussent en rien modifiées.

M. le docteur Pain, qui a eu la bonté de me tenir au courant de cette intéressante malade, m'a donné de nouveaux détails en juin 1862.

Deux fois dans le cours d'une année, il y a eu un paroxysme d'exorbitisme tel, que l'un des yeux s'est luxé, en ce sens que les paupières ont passé en arrière de la plus grande circonférence du globe oculaire, et il a fallu repousser le globe oculaire avec une certaine force pour ramener les paupières en avant.

Plusieurs fois, et c'est là un étrange phénomène qui rapproche la congestion des vaisseaux de la glande thyroïde et de la cavité orbitaire de celle des corps caverneux, plusieurs fois, dis-je, le goître disparaissait soudainement pour se reproduire un peu après; cela ne s'est jamais observé que le matin.

En certains moments l'exaltation nerveuse a été telle, que l'on a craint l'aliénation mentale.

Le caractère de la jeune malade est redevenu doux et facile, les paroxysmes congestifs ne s'observent plus; le teint est bon, l'embonpoint satisfaisant; les battements du cœur sont moindres et j'ai appris du docteur Pain lui-même que la guérison était complète depuis plusieurs mois.

Revenons à la description générale de la maladie.

Dans le goître exophtalmique, le cœur, avons-nous dit, n'offre point nécessairement de lésions organiques, mais quelques observateurs attentifs ont noté des hypertrophies avec ou sans altération valvulaire (Praël, de Berlin, 1857), une dilatation passive du cœur (Graves), dilatation passagère n'existant que pendant les paroxysmes, ou permanente lorsque la maladie durait depuis longtemps, et nous avons nous-même rencontré une hypertrophie sans lésion valvulaire. Enfin le goître exophtalmique peut se montrer chez des sujets précédemment affectés de maladie du cœur.

Cependant je dois vous faire part des recherches anatomo-pathologiques consignées dans le mémoire du docteur Withuisen.

Tout en regrettant que Mackenzie, le seul auteur qui ait vu un cas de mort aussitôt après le début de la maladie, ne nous donne aucun détail sur l'état anatomique des organes, ce qui eût été très-important au point de vue de la nature de la maladie, le médecin danois rapporte dans son mémoire le résumé de sept autopsies. La question étant à l'ordre du jour, vous me pardonnerez la longueur des détails dans lesquels je vais entrer.

Withuisen fait remarquer que ces sept autopsies appartenaient à des sujets qui étaient malades depuis plusieurs années, et pourtant, ajoute le même auteur, les lésions observées dans ces autopsies peuvent être considérées jusqu'à un certain point comme consécutives à la maladie.

Nous traduisons: « La meilleure relation anatomique nous est fournie par Neumann. Le malade mourut avec les symptômes d'une maladie organique du cœur et d'une affection cérébrale. Le ventricule gauche était hypertrophié

sans dilatation; les valvules sigmoïdes étaient rigides, leurs bords épaissis, inégaux; dilatation du cœur droit sans hypertrophie des parois; cœur graisseux à la base. Il existait de nombreux dépôts athéromateux dans l'aorte et les vaisseaux qui naissent de la crosse aortique; les artères cérébrales, ophthalmiques et ciliaires étaient elles-mêmes envahies par des dépôts athéromateux; çà et là, dans les artères de la base du cerveau, on observait des dilatations anévrysmales. L'altération des artères ophthalmiques et ciliaires avait très-probablement une grande part étiologique dans la perte de la vision, laquelle s'était montrée plusieurs mois avant la mort.

» La glande thyroïdienne était très-volumineuse, de structure fibreuse et semée de dépôts sanguins d'âges différents; il n'y avait point de kystes. Le système artériel de la glande était très-développé, surtout l'artère thyroïdienne inférieure, dont les tuniques étaient dures, fragiles, et le siège de dilatations anévrysmales multiples.

» Les veines de la glande présentaient de nombreuses traces d'inflammation, elles étaient en partie oblitérées et réduites à l'état de cordons fibreux.

» Les globes oculaires étaient projetés hors des orbites par une abondante formation de graisse, mais ils étaient aussi augmentés de volume, car le diamètre antéro-postérieur de l'œil gauche mesurait 11 lignes et 1/2 parisiennes et l'œil droit 11 lignes; les diamètres transversaux pour les deux yeux mesuraient 11 lignes; et Withuisen fait remarquer qu'il y avait dans ce cas exagération des diamètres, puisque M. Sappey donne pour moyenne des diamètres antéro-postérieur, 10 lignes 6; transversal, 10 lignes 1.

» La rétine était le siège de nombreuses et petites extravasations sanguines; la choroïde était d'une coloration uniformément rouge.

» Un peu plus tard, le docteur Praël nota dans un cas l'atrophie des globes oculaires, sans augmentation de tissu cellulo-graisseux de l'orbite. La glande thyroïde était considérablement hypertrophiée; le cœur gauche était dilaté et hypertrophié; dans l'endocarde et toute la crosse de l'aorte il y avait grand nombre de dépôts athéromateux avec rétrécissement et insuffisance aortique. Le malade avait succombé avec les symptômes d'un ramollissement cérébral qui fut constaté à l'autopsie.

» Un malade traité par S. Henry Marsh succomba à une gangrène des extrémités inférieures; il y avait double lésion des orifices tricuspide et mitral. Dans la relation de Withuisen il n'est point dit si le docteur Marsh examina les globes oculaires et la glande thyroïde.

» Je ne fais que citer pour mémoire un autre cas observé par le docteur Smith (de Dublin): le malade mourut d'apoplexie et avait une hypertrophie du cœur gauche avec lésion de l'aorte. Basedow rapporte lui-même l'observation d'un homme qui, après avoir présenté pendant dix ans les signes du goître exophtalmique, succomba subitement aux progrès d'une affection cardiaque. L'autopsie établit qu'il y avait insuffisance aortique. La glande thyroïde était hypertrophiée et remplie de kystes et de varicosités veineuses.

Les globes oculaires étaient atrophiés, mais étaient poussés en avant par une grande quantité de tissu cellulo-adipeux. Même observation sur la cause de la saillie des yeux a été faite par Keusinger, qui a en même temps constaté une hypertrophie considérable de la thyroïde chez un homme qui avait pendant plusieurs années présenté des caractères de la maladie de Graves et avait succombé à une maladie cardiaque.

» Enfin, la septième observation est due au docteur Kœben qui, dans un cas semblable, a constaté une dilatation cardiaque sans lésion valvulaire et une augmentation de la thyroïde, dont grand nombre de cellules étaient dilatées par une matière gélatineuse. Les yeux, qui pendant la vie étaient fort proéminents après la mort, paraissaient rentrés dans l'orbite, et cependant dans l'orbite gauche il y avait une quantité de graisse assez considérable pour s'opposer à la rétrocession de l'œil. »

En transcrivant ici les nécropsies que Withuisen a rassemblées dans son mémoire, j'ai voulu vous fournir une grande partie des éléments de la question, et bien que presque toutes ces relations d'examen *post mortem* établissent l'existence d'une affection cardiaque organique, je crois qu'on exagérerait l'importance de ces lésions si l'on voulait leur accorder une trop grande part dans le goître exophtalmique.

Je me résume, et je dis que dans le goître exophtalmique le cœur peut présenter le plus souvent des altérations variables et temporaires, analogues à celles que l'on observe pendant la grossesse, et que dans quelques cas plus rares, la lésion cardiaque est permanente, mais seulement lorsque la névrose aura eu une longue durée.

Pour la glande thyroïde, elle présente des modifications de structure très-remarquables; sa vascularité est si grande à l'état normal, que Graves avait trouvé, dans la facilité avec laquelle la glande se congestionne sous l'influence de l'action du cœur, une raison suffisante pour la comparer à un tissu érectile. Cet organe reçoit quatre grosses branches artérielles et quelquefois une branche supplémentaire qui vient directement de l'aorte; le système veineux est aussi fort développé: et nous avons la preuve de cette extrême vascularité artérielle et veineuse toutes les fois que le chirurgien porte le bistouri dans l'épaisseur de cette glande.

Or, dans les cas de goître exophtalmique, les artères thyroïdiennes augmentent de diamètre, deviennent flexueuses, leurs extrémités et leurs branches prennent un grand développement, leurs anastomoses semblent se multiplier (Basedow, Stokes et Hirsch). Ce développement exagéré du système artériel rappelle la dilatation vasculaire, à laquelle on donne le nom d'anévrisme cirsoïde, et rend parfaitement compte des bruits de souffle perçus au niveau de la tumeur, et du mouvement d'expansion éprouvé par la main qui saisit le corps thyroïde. Nous avons noté dans la description de la tumeur un mouvement de soulèvement en masse dû à la diastole des artères carotides, et un mouvement d'expansion dû à la dilatation des branches et des rameaux des

artères thyroïdiennes. Le système veineux de la tumeur est aussi très-développé (Marsh), de grosses veines sillonnent la tumeur à sa surface et dans son épaisseur (Hench). Lorsque la maladie marche vers la guérison, nous avons fait remarquer que la tumeur devenait moins élastique, plus dure; alors l'anatomie pathologique a montré une diminution du système vasculaire et une augmentation du tissu conjonctif devenu fibreux; on observe aussi de petits kystes sanguins qui ont pu subir diverses métamorphoses. Dans l'examen rapporté par M. le docteur Kœben, les cellules thyroïdiennes étaient remplies de matière gélatineuse.

L'exophtalmie devait frapper tous les observateurs, aussi a-t-on cherché à quelle cause anatomique devait être attribuée cette saillie des globes oculaires. On a étudié à cet effet le globe oculaire, les vaisseaux de l'œil et le tissu cellulaire intra-orbitaire. C'est à peine si M. Follin a trouvé, pendant la vie et à l'aide de l'ophthalmoscope, une vascularité plus grande de la choroïde; rien n'expliquait dans la texture de l'œil une cause probable d'exorbitis. M. Broca n'a rien trouvé non plus d'appréciable. En fait de lésion de l'œil, Withuisen et Naumann ont noté des dépôts de pigment autour de la papille du nerf optique, mais rien encore qui puisse produire l'exophtalmie. Stokes pense qu'elle pourrait être due à une hydropisie du globe oculaire, sans apporter une preuve à l'appui. Ramberg a trouvé l'artère ophthalmique allongée, dilatée. M. Fano a constaté dans un cas l'existence d'une vascularité veineuse considérable de l'orbite, à ce point que, en pressant le globe de l'œil, il voyait des veines volumineuses soulever en masse la paupière supérieure. Eu égard au tissu cellulaire de l'orbite, M. Richet a vu, chez un sujet affecté d'anasarque, l'œdème général disparaître, et l'œdème du tissu cellulo-graisseux de l'orbite persister seul. On ne dit pas si, dans ce cas particulier, il n'y avait pas un obstacle local à la circulation veineuse. Basedow, Hastinger et Kœben ont observé une augmentation du tissu cellulaire de l'orbite. Nous-même, dans un cas que nous allons vous exposer tout à l'heure avec les plus grands détails, nous avons trouvé une énorme hypertrophie du tissu cellulo-adipeux intra-orbitaire, qui chassait l'œil de sa cavité.

Si maintenant nous remarquons que la saillie du globe oculaire peut, dans un grand nombre de cas, se manifester avec rapidité dans un paroxysme et disparaître ensuite, nous sommes conduit à attribuer cette saillie à une congestion violente et active. Ainsi pourrait s'expliquer l'apparition de la disposition facile de l'exorbitis. Mais si les congestions répétées deviennent hypertrophiques, c'est-à-dire si l'habitude congestive exalte la nutrition du tissu cellulo-adipeux de l'orbite, ce tissu cellulaire augmenté peu à peu de volume, et en refoulant graduellement le globe de l'œil, il crée une exophtalmie désormais définitive.

Dans l'étude des symptômes, nous vous avons fait remarquer que des troubles sérieux s'étaient manifestés du côté de l'estomac et de l'intestin, et l'anatomie pathologique a établi que quelques cas s'étaient terminés par

des hémorrhagies dans l'estomac, dans l'intestin et dans les poumons. Enfin, le foie et la rate peuvent être gorgés de sang, augmentés de volume, et, pour mon compte, j'ai rencontré la cirrhose hypertrophique dans deux cas de goître ophthalmique. Il n'est pas jusqu'au rein qui n'ait présenté, dans cette maladie, des altérations graves, dégénérescence graisseuse, amyloïde, et tous les caractères de la maladie de Bright. Il va sans dire qu'il faut faire la part des complications et que, dans les cas de maladies organiques du cœur, chez les exophtalmiques, c'est à la lésion cardiaque qu'il faut rapporter la plupart des congestions passives qui se rencontrent dans les organes parenchymateux.

J'arrive au *diagnostic différentiel*. — Aucune maladie, messieurs, ne peut être confondue avec le goître exophtalmique; aucune, en effet, ne présente simultanément la triade de Graves. Le début insidieux, subit, de l'affection, ses paroxysmes éloignés, rapprochés, sa durée variable, sa marche, sa nature, offrent autant de caractères distinctifs, et si vous voulez prendre un à un chacun des phénomènes principaux de cette entité morbide, vous verrez que, dans leur manière d'être, ils viennent encore faciliter le diagnostic de l'affection générale.

L'exophtalmie est double, égale des deux côtés, sans strabisme, ce qui la distingue de toute exophtalmie de cause orbitaire ou crânienne; les globes oculaires ont une mobilité extrême, le regard est brillant, ce qui n'a pas lieu dans les cas de saillie oculaire par altération organique du cœur, où les yeux sont souvent ternes et seulement saillants. Les yeux des myopes ont un aspect spécial difficile à décrire, mais la date et la marche de la myopie ne pourront permettre au doute d'exister longtemps. Peut-on confondre l'exophtalmie avec l'hydrophthalmie?

Dans ce dernier cas, et encore faut-il supposer que l'affection soit double, ce qui est l'exception, les pupilles sont dilatées, la sclérotique est distendue par le liquide épanché, la cornée se détache fortement de la courbe scléroticale, la saillie oculaire est due à l'hydropisie des milieux de l'œil, à l'augmentation du volume du globe oculaire, tandis que, dans l'exophtalmie dont nous traçons l'histoire, la saillie est due surtout à sa projection en avant.

Dois-je insister pour vous faire remarquer les différences d'origine, de forme et d'accroissement du goître exophtalmique avec le goître proprement dit et celui des femmes enceintes? Le premier peut se développer en dehors de toutes les conditions qui font le goître endémique; il a le plus souvent son maximum de développement dans le lobe droit de la glande thyroïde, son accroissement est très-rapide, il augmente avec les paroxysmes, sa structure est toute vasculaire, tandis que, dans le goître endémique, la tumeur du col est une hypertrophie de tous les éléments de la glande thyroïde. Enfin l'iode, qui souvent guérit le goître des montagnes, détermine souvent l'accroissement du goître exophtalmique. Le goître des femmes enceintes semble avoir

pour cause la grossesse, celui des exophtalmiques semble guérir par la grossesse ou diminuer lors du rétablissement de l'écoulement menstruel. Peut-être ai-je déjà trop insisté sur ces caractères différentiels; mais je ne puis terminer ce chapitre sans rappeler à votre attention les palpitations cardiaques, dont l'intensité augmente constamment la saillie oculaire et la tumeur thyroïdienne.

On a dit que le goître exophtalmique était une cachexie, encore faudra-t-il s'entendre sur la cachexie en général. C'est là une dénomination souvent employée et dont le sens a beaucoup varié aux différentes époques de la médecine. Aujourd'hui on entend par cachexie une altération profonde de l'économie, consécutive à des causes morbides depuis longtemps inhérentes à la constitution des malades. Cette altération profonde est accompagnée de modifications importantes dans la proportion des éléments du sang. Il y a diminution des globules rouges, augmentation de la partie séreuse et de la fibrine; cette modification du sang constitue l'anémie ou encore l'hydrémie. Les cachexies sont nombreuses et reconnaissent pour origine toutes les causes morbides qui, en agissant sur la constitution, seront assez puissantes et assez prolongées pour amener l'affaiblissement général et l'anémie: ainsi les diathèses scrofuleuse, cancéreuse, syphilitique; ainsi les grandes hémorrhagies constitutionnelles, etc., etc.

La cachexie ainsi comprise, pouvons-nous accepter une cachexie exophtalmique? Non, pour la maladie de Graves temporaire et curable; oui, pour celle qui persiste en dépit de nos efforts. Il est bien évident, en effet, que la crase du sang se modifie profondément sous l'influence des troubles considérables et prolongés de la circulation. L'hématose s'accomplit mal dans les capillaires généraux chez les exophtalmiques qui ont habituellement de 120 à 160 pulsations par minute. Et les troubles de l'hématose entraînent nécessairement une anémie d'autant plus prononcée que l'affection dure depuis un plus long temps. Mais la dyscrasie ne tient pas seulement aux troubles de la circulation, elle dépend en grande partie de la perturbation des fonctions digestives. Il nous suffira de vous rappeler cette boulimie singulière coïncidant avec un amaigrissement progressif. Ainsi, les troubles de la circulation et de la digestion produisent l'anémie, et l'anémie prolongée entraîne la cachexie. Mais cette cachexie n'est que le dernier terme d'une série morbide qui commence par des congestions multiples, lesquelles dérivent elles-mêmes d'une modalité spéciale du trisplanchnique, comme nous espérons le faire voir tout à l'heure. En résumé, le goître exophtalmique est pour nous au moins une névrose du grand sympathique, sinon une maladie avec lésion matérielle du système nerveux ganglionnaire.

Cette névrose produit des congestions locales ayant leur cause prochaine dans une modification de l'appareil vaso-moteur. Et cette opinion a pour elle des faits empruntés à la pathologie et à la physiologie, qui nous montrent des exemples de congestions locales de cause nerveuse. Ainsi, dans la chlorose,