

Westphal a noté la présence du *rétrécissement du champ visuel* chez les neurasthéniques. Suivant Charcot, ce signe n'existe point chez eux. Tout au plus pourrait-il se manifester passagèrement pendant les grands accès vertigineux.

Ouïe. — Ce sont surtout des phénomènes d'hyperexcitabilité que l'on observe du côté de l'ouïe : hyperacousie, battements, bourdonnements. En tout cas, l'examen otoscopique révélera toujours, à moins de complications, l'absence complète de lésions otiques.

En ce qui concerne le *goût* et l'*odorat*, rien de bien caractéristique à noter, sauf un certain degré d'hyperexcitabilité, avec quelques susceptibilités idiosyncrasiques suivant les cas.

Sensibilité générale. — On ne connaît pas les anesthésies dans la neurasthénie. Nous avons vu, à propos de la rachialgie et de la céphalée, qu'on peut rencontrer l'*hyperesthésie*. Son siège est variable ; elle coïncide souvent avec les douleurs.

Les *douleurs* sont extrêmement variées, soit comme forme (voir plus haut la description de la rachialgie), soit comme siège. Elles peuvent occuper les membres, la face (paupières), les dents (Galippe), la langue (*glossodynies*), le périnée, le coccyx (*coccygodynies*), certains viscères (*viscéralgies*, Huchard), le thorax (point de côté ; diagnostic avec la pleurésie sèche). Elles se localisent quelquefois en un point fixe (*topalgies*, Blocq) et constituent à elles seules un symptôme tout à fait prédominant (*neurasthénies locales*, Huchard, Weill). D'autres fois, avec des allures de névralgie, les douleurs se fixent sur le trajet d'un nerf, le sciatique, par exemple. Mais la douleur neurasthénique est loin de présenter les caractères bien nets et les points douloureux constants de la névralgie vraie.

Signalons enfin les *douleurs à type fulgurant*, qui peuvent dans certains cas prêter à une confusion avec le tabes dorsal.

Certains neurasthéniques souffrent de douleurs internes, insupportables, à localisations multiples, d'une façon presque continue. Ils passent le jour et la nuit à pousser des cris et des gémissements. Charcot les qualifie du nom bien caractéristique de *geignards*. C'est une forme de neurasthénie grave, peu curable et qui mène souvent les malades à la morphinomanie.

Motilité. — Nous avons insisté plus haut sur l'*asthénie musculaire* et ses conséquences. C'est le trouble moteur le plus net dans la neurasthénie. Le *tremblement* peut s'y rencontrer, mais sans caractère bien défini. Les paralysies, contractures, etc., ne font pas partie de la symptomatologie de la neurasthénie. L'état des réflexes tendineux est variable. Rarement augmentés, ils sont le plus souvent diminués ou même abolis ; mais dans ce dernier cas on peut généralement les faire reparaitre par le procédé de Jendrassik (faire faire au malade un

effort musculaire des membres supérieurs, pendant que l'on percute le tendon rotulien).

Certains malades présentent une sorte d'*agitation motrice* remarquable. Ils ne peuvent tenir en place : dans le cabinet du médecin, on les voit se lever, s'asseoir, tripoter les livres, les papiers, les bibelots. Ce phénomène se rencontre en somme assez rarement, sinon dans la catégorie des « geignards ».

Appareil circulatoire. — Les *palpitations cardiaques* s'observent habituellement chez les neurasthéniques. Elles sont le plus souvent intermittentes, quelquefois sans cause, ordinairement en corrélation avec une émotion, un effort, etc. Certains cas de *tachycardie paroxystique* rentrent certainement dans la neurasthénie. Elles peuvent devenir continues, et ordinairement cette *tachycardie permanente*, qui peut durer des mois, reste sans gravité. Quelquefois cependant elle peut donner lieu à des troubles sérieux (œdèmes, asystolie) (Schott).

Le ralentissement du cœur est fort rare.

Les douleurs précordiales, l'*angine de poitrine*, mais celle dont on ne meurt pas, se rencontrent dans la neurasthénie.

Les *troubles vaso-moteurs* (extrémités froides, humides ; alternatives de pâleur et de rougeur des téguments) sont assez fréquents.

En ce qui concerne les troubles circulatoires, il est bon d'attribuer, chez nombre de sujets, une certaine part à l'*anémie* qui accompagne souvent, à un degré plus ou moins élevé, l'état neurasthénique.

Appareil respiratoire. — De ce côté il y a peu de chose à signaler. L'oppression, la toux nerveuse simple sont les accidents les plus habituels, avec les troubles subjectifs et objectifs plus ou moins accentués de l'angine granuleuse, qui coexiste souvent à un faible degré. On a observé l'asthme nerveux simple (Brügelmann) et l'asthme des foins (Beard), si tant est que ce dernier soit dû à autre chose qu'une simple coïncidence.

Appareil urinaire. — L'urine ne présente en général aucune altération appréciable. J'ai constaté à deux reprises chez le même malade, à de longs intervalles, la présence de la biliverdine dans l'urine.

M. Guyon a signalé récemment une forme de *neurasthénie vésicale*, avec *rétenion d'urine*.

Appareil génital. — Rien n'a été signalé de ce côté chez la femme¹ ; mais chez l'homme la fonction génitale est très souvent troublée

1. Il y a là cependant, croyons-nous, un chapitre intéressant à ajouter à l'histoire de la neurasthénie. Parmi les femmes qui courent les consultations gynécologiques, porteuses de lésions génitales plus ou moins bénignes, mais accompagnées de symptômes nerveux très accentués (douleurs en particulier), et dont un certain nombre

dans la neurasthénie, et quelquefois d'une façon tout à fait prédominante (*neurasthénie génitale*). Au premier degré, ce sont plutôt des phénomènes d'hyperexcitabilité : le coït, répété plus souvent que de juste, à cause de l'intensité des érections, et pour cette raison souvent suivi de fatigue, est quelquefois troublé par la précocité de l'éjaculation. Dans certains cas cette dernière peut être douloureuse. A cela s'ajoutent des pollutions nocturnes plus ou moins fréquentes et toujours suivies de fatigue, de maux de reins, le lendemain. Ajoutons à cela un peu de céphalée, de dyspepsie, de rachialgie : cela suffit pour inquiéter fortement le malade, surtout s'il est jeune.

A un plus haut degré les pollutions nocturnes augmentent, ainsi que la fatigue qui les suit. Mais les érections diminuent et le pouvoir sexuel baisse dans de notables proportions. Quelquefois, les érections, persistant lorsque le malade est couché seul, ne se produisent point en présence de la femme. Les tentatives de coït aboutissent souvent à une éjaculation prématurée, sans érection. Les douleurs lombaires, la rachialgie, les autres symptômes neurasthéniques sont toujours là. Mais c'est le trouble génital qui domine la scène dans l'esprit du malade et cause tous les autres.

A ce degré le mal est encore curable, bien que déjà grave ; mais, si les choses vont plus loin, il n'en sera plus de même en général. Alors la spermatorrhée devient passive et l'impuissance définitive. L'état de dépression mentale arrive au complet abattement ; le malade mange à peine, digère mal, ne dort plus et en arrive à maigrir et à se cachectiser en quelque sorte.

Tels sont brièvement les signes principaux et l'évolution de la *neurasthénie génitale*, qui constitue une forme distincte et importante à connaître chez l'homme. Inutile d'ajouter que les examens locaux révèlent toujours l'intégrité absolue des organes.

Évolution, pronostic et formes cliniques. — Les nombreux symptômes que nous venons de passer en revue peuvent se grouper de bien des façons différentes et, suivant la prédominance de tel ou tel d'entre eux, on a décrit bien des formes cliniques de la neurasthénie. Au point de vue de l'évolution, il faut savoir qu'il y a deux formes très distinctes de neurasthénie : l'une qui guérit, même lorsqu'elle est arrivée à un certain degré de gravité, c'est la *neurasthénie accidentelle*, pourrait-on dire, par surmenage, maladie, émotion, etc. ; l'autre qui reste incurable, c'est la *neurasthénie des héréditaires* (Charcot), des geignards, des Israélites errants (Meige),

sont sans conteste de simples hystériques, il y a aussi certainement des neurasthéniques. Il y aurait là, pensons-nous, à décrire une ou plusieurs formes de *neurasthénie génitale féminine*, dont la connaissance éviterait souvent aux malades de graves opérations inutiles.

précoce, développée souvent dans l'adolescence, avec exagération des phénomènes de dépression cérébrale. Celle-ci touche de près par certains côtés à l'aliénation mentale et dans bien des cas le diagnostic est presque impossible à faire entre la mélancolie, l'hypochondrie et la neurasthénie. Quoi qu'il en soit, cette division des neurasthéniques en deux catégories cliniques est un fait d'observation qui domine toute la pathologie de cette affection et doit diriger le pronostic.

La neurasthénie ainsi développée chez les héréditaires s'accompagne quelquefois de phénomènes que certains auteurs (Bouveret, Régis) y rattachent à tort et qui font partie des accidents épisodiques de la dégénérescence. Ce sont des obsessions diverses (Falret), l'agoraphobie, la claustrophobie, etc., en un mot toutes les phobies décrites en si grand nombre et que M. Bouveret classe sous la rubrique « d'états d'anxiété neurasthéniques ». Quand ils existent, ces symptômes constituent une véritable complication de nature non neurasthénique, mais due à ce que les malades, en même temps qu'ils sont des neurasthéniques, sont aussi des héréditaires, pouvant présenter une manifestation quelconque de la dégénérescence.

Il existe encore une forme de neurasthénie compliquée, forme tout à fait spéciale, fort grave et dans laquelle la guérison s'obtient rarement et difficilement. C'est l'*hystéro-neurasthénie* ou combinaison de cette dernière avec l'hystérie (Charcot). Comme étiologie elle reconnaît souvent le traumatisme, le shock nerveux, et contribue à former un bon nombre des cas de cette *névrose traumatique* qui a donné lieu à tant de discussions et sur laquelle l'accord paraît à peu près fait aujourd'hui. Nous ne pouvons insister sur les signes divers qui la caractérisent : elle est fréquente surtout chez l'homme et sa symptomatologie résulte de la combinaison des signes de la neurasthénie (avec prédominance de la dépression cérébrale) et de l'hystérie. A des faits de ce genre appartiennent vraisemblablement ces cas d'astasia-abasie que certains auteurs (Binswanger, Hammond) ont voulu rattacher à tort à la neurasthénie pure.

A côté de ces formes, très importantes à bien connaître au point de vue du pronostic, on a décrit de nombreuses autres formes, dites formes cliniques, de la neurasthénie. Nous allons les indiquer rapidement, n'ayant plus besoin que d'énumérer les symptômes dont la prédominance les caractérise principalement. Elles ne comportent en effet par elles-mêmes aucun élément de pronostic, sinon celui qui peut être tiré des précédentes considérations, ou du plus ou moins de gravité ou de ténacité de chaque signe en particulier :

Forme cérébrale (céphalée, état cérébral, troubles de la mémoire, de la vue, vertiges).

Forme spinale (rachialgie, douleurs, symptômes génitaux, troubles de la marche).

Forme cérébro-spinale (association des deux formes précédentes).

Forme gastrique, gastro-intestinale (prédominance des troubles digestifs).

Forme génitale.

Hémi-neurasthénie (localisation prédominante des phénomènes à un côté du corps).

Neurasthénies locales (Huchard, Weill), dans lesquelles l'attention est attirée presque exclusivement par un symptôme : algies diverses, angine de poitrine, etc.

Diagnostic. — Très nombreuses sont les affections avec lesquelles il faudrait faire le diagnostic de la neurasthénie, si l'on voulait examiner à quelles erreurs peut entraîner chacun des symptômes en particulier qui la caractérisent (myélite, paraplégie, cancer et ulcère de l'estomac, pleurésie sèche, névralgies, vertige de Ménière, maladies du cœur, angine de poitrine, etc., etc...). Nous avons donné chemin faisant, à propos de chacun de ces symptômes, les éléments du diagnostic qu'ils comportent à l'occasion. Restent quelques affections dont la distinction doit être faite avec plus de soin.

Dans la *paralysie générale*, la céphalée ne présente pas les mêmes caractères. Le dérangement de la mémoire est beaucoup plus prononcé. De plus il existe du tremblement des mains, de la langue et des lèvres, et un trouble de la parole caractéristique. Notons encore la présence des attaques d'épilepsie partielle, motrice ou sensitive, et des poussées congestives qui n'existent point dans la neurasthénie. Enfin l'état mental, bien que pouvant revêtir les caractères de la dépression, est, dans la règle, bien différent. En effet, à l'inverse du neurasthénique, le paralytique général ne s'inquiète pas et est plutôt content de son état, en attendant qu'il tombe dans la démence.

La *syphilis cérébrale* sous forme de paralysie générale se distingue par les mêmes caractères que cette dernière. Sous forme de tumeur cérébrale, elle présente les symptômes en foyer, l'épilepsie jacksonnienne, les paralysies consécutives, les troubles dans le domaine des nerfs crâniens, etc...

La *céphalée des adolescents* se manifeste à un âge où la neurasthénie est rare. En ce qui concerne la douleur, elle est plus vive, son siège est différent. Enfin on ne constate aucun autre signe de neurasthénie.

La *mélancolie véritable* se greffe souvent sur une idée obsédante fondamentale. Elle s'accompagne d'illusions, d'hallucinations sensorielles, qui ne font pas partie du tableau de la neurasthénie. Enfin elle conduit souvent à la démence.

L'*hypochondrie* est souvent, comme d'ailleurs la mélancolie, d'un diagnostic difficile. Le meilleur caractère à donner, c'est que l'hypochondriaque se croit atteint d'une ou de plusieurs maladies bien déterminées, tandis que le neurasthénique, se sentant malade, a peur d'avoir telle ou telle affection, mais rien de plus.

Un diagnostic, quelquefois très ardu, est celui qu'il faut faire entre la neurasthénie et l'*ataxie locomotrice* dans la période préataxique. La ressemblance est souvent si grande entre les deux affections, que l'on a créé le mot, parfaitement impropre d'ailleurs, de *pseudo-tabes neurasthénique* pour désigner certaines formes de neurasthénie pouvant prêter à la confusion. Soit par exemple un neurasthénique avec quelques troubles de la marche, des douleurs à type fulgurant, la perte des réflexes, la diminution du pouvoir sexuel : cela ressemble beaucoup à un tabétique au début. Mais dans le tabes il n'y a pas d'état mental ; les réflexes ont définitivement disparu et ne reviennent pas par le procédé de Jendrassik ; il n'y a pas de troubles digestifs, sinon ceux très typiques de la crise gastrique ; on constate le signe d'Argyll Robertson, du myosis ; la parésie vésicale est habituelle ; il y a parfois de l'engourdissement dans le territoire du cubital ; on observe ordinairement des anesthésies. Malgré tout cependant, si à un moment donné le diagnostic peut rester hésitant, il ne tardera pas à s'élucider par la marche de la maladie spinale, différente par tant de points de la neurasthénie, comme symptômes et comme évolution.

Étiologie. — Il y a deux ordres de causes à considérer dans l'étiologie de la neurasthénie : les *causes prédisposantes vraies* et les *agents provocateurs*. C'est certainement une maladie très fréquente, nullement spéciale à la classe élevée, car on en rencontre beaucoup de cas dans les hôpitaux, atteignant aussi bien les ouvriers que les hommes de science. Sa fréquence, relativement aux autres maladies nerveuses, est également considérable. A la polyclinique de Charcot à la Salpêtrière, sur un total de 1913 malades nouveaux examinés dans une période de neuf mois, on a vu passer 214 neurasthéniques, c'est-à-dire environ 1 neurasthénique sur 9 malades nerveux (Georges Guinon). Ce sont principalement les hommes qui fournissent de beaucoup le plus gros contingent.

L'âge est sans importance, sauf l'enfance qui paraît à peu près indemne.

Parmi les causes prédisposantes, il faut mentionner en première ligne l'*hérédité*. Nous avons vu quel cachet elle imprimait souvent à la névrose. Dans les cas bénins, Charcot admet qu'elle peut manquer. Vient ensuite l'*arthritisme*, si proche parent des névropathies. Pour certains auteurs, la neurasthénie est une névrose arthri-

tique (Charcot, Huchard). Ziemssen a signalé la prédisposition des races juives et slaves à la neurasthénie.

Beaucoup plus nombreux sont les *agents provocateurs* aujourd'hui connus. C'est le *surmenage* et en particulier le surmenage intellectuel. Qui n'est un peu neurasthénique après un travail prolongé et fatigant, n'a un peu la tête enserrée dans un casque ? A ce point de vue certaines *professions* comptent plus de neurasthéniques que certaines autres (comptables, gens de Bourse et de finance, candidats aux concours) et l'on en trouve davantage dans les pays où l'on vit d'une façon plus surmenante (Beard croyait la neurasthénie spéciale aux Américains).

Les *excès génésiques*, l'*onanisme* peuvent conduire à la neurasthénie et en général tous les états mettant en jeu d'une façon exagérée le système nerveux : excès de jeu, excès alcooliques, etc...

Les affections portant sur d'autres systèmes ou organes (cardiopathies : Schott), les *intoxications* (mercurielle, saturnine : Georges Guinon), les *maladies infectieuses* comptent parmi les agents provocateurs de la neurasthénie, et parmi elles en particulier le paludisme (Triantaphyllidès) et la syphilis (Kowalewsky), cette dernière surtout, soit par le trouble mental résultant de l'émoi de la contagion et de la crainte de l'avenir, soit par l'affaiblissement général dû à un traitement intensif mal supporté.

Enfin, au nombre des grandes causes de neurasthénie, se trouvent les *chagrins*, les émotions vives ou déprimantes, la peur, le *shock nerveux* et le *traumatisme*. Ce dernier donne lieu à la neurasthénie ou à la combinaison de l'hystérie et de la neurasthénie (*neurasthénie et hystéro-neurasthénie traumatiques*). Qu'il nous suffise de rappeler ici, sans insister, que tout ce qui a été dit à ce point de vue pour l'hystérie, peut l'être à peu de chose près pour la neurasthénie, dans cette grosse question des névroses traumatiques (Charcot, Berbez, Georges Guinon, etc.). Répétons encore que ce sont là des formes graves de la névrose.

Pathogénie et traitement. — De nombreuses théories ont été mises en avant pour tâcher d'expliquer la subordination des symptômes dans la neurasthénie. Trois restent en regard : la théorie gastrique (Bouchard), la théorie de l'entéroptose (Glénard), la théorie nerveuse (Beard, Charcot). D'après la première, tous les troubles seraient subordonnés à la dilatation et à la stase gastrique et à l'auto-intoxication qui en résulte. D'après la seconde, tout dépendrait d'un changement dans la situation des viscères abdominaux : intestins, rate, foie, reins, etc... La troisième est celle qui nous paraît la plus rationnelle, étant donné qu'elle explique facilement tous les symptômes grâce à la présence d'une lésion dynamique primordiale du

système nerveux cérébro-spinal. Ce n'est pas à dire pour cela que l'auto-intoxication et la viciation de la nutrition résultant des troubles gastro-intestinaux, que le relâchement des organes abdominaux atoniques ne jouent aucun rôle. Tant s'en faut ; mais, pour démontrer l'autre manière de voir, il faudrait prouver dans tous les cas la préexistence des troubles gastriques ou de l'entéroptose, ce qui n'est nullement acquis. Et d'ailleurs comment expliquer alors ces cas bien démontrés dans lesquels, à la suite d'une émotion, d'un traumatisme, évoluent simultanément les troubles nerveux et dyspeptiques ?

Enfin, en dernière analyse, les résultats de la thérapeutique, dans les cas curables, sont là pour montrer l'insuffisance du traitement exclusivement gastrique et de la ceinture de Glénard. Au contraire, là où la guérison est possible, le traitement nerveux réussit admirablement.

Il y a une partie du traitement fort importante, c'est le *traitement moral*. Le neurasthénique est avant tout un inquiet, grand coureur de médecins. Il faut savoir le rassurer, écarter chez lui la crainte des maladies organiques incurables, lui promettre la guérison avec de la patience et un traitement souvent long et qui doit être régulier. L'*isolement* dans une maison de santé est à cet égard quelquefois nécessaire. En tout cas, il va sans dire qu'il faut éloigner les causes provocatrices, par exemple faire cesser le travail chez un surmené intellectuel.

A ce traitement moral on adjoindra l'*hydrothérapie* (douches et ablutions froides) qui est très rarement mal supportée, les *toniques* (fer, arsenic), la *quinine* à petites doses (20 à 40 centigrammes par jour), bonne surtout dans les cas de vertige. Enfin, pour calmer le système nerveux, amener le sommeil, on emploiera les bromures, le sulfonal, le trional, le chloral, etc. ; contre les douleurs, l'antipyrine, la phénacétine.

La question de la thérapeutique gastrique, médicamenteuse et alimentaire, reste subordonnée jusqu'à un certain point, principalement dans les cas de troubles gastro-intestinaux graves, à la nature de la dyspepsie (alcalins, acide chlorhydrique). Le lavage de l'estomac, le gavage sont quelquefois nécessaires. Mais en somme, dans l'immense majorité des cas ordinaires, quelques toniques de l'estomac (noix vomique), associés à un régime alimentaire fortifiant, sont amplement suffisants.

On a préconisé le massage, l'électrisation de la paroi abdominale, l'électricité statique, qui donnent quelquefois de bons résultats, ainsi que la suspension, l'électrisation de l'urèthre chez les neurasthéniques génitaux.

Weir Mitchell a institué un mode de traitement fort suivi en

Amérique et consistant dans l'isolement, le repos complet au lit, le massage général et local et l'électricité. Il est peu employé en France.

GEORGES GUINON.

GOÏTRE EXOPHTALMIQUE

(MALADIE DE GRAVES OU DE BASEDOW)

Définition. — Le *goître exophtalmique* est une affection à symptômes variables, dont les plus constants sont : une hypertrophie souvent asymétrique du corps thyroïde ; — une exophtalmie plus ou moins accusée ; — des troubles cardio-vasculaires caractérisés surtout par de la tachycardie ; — un tremblement spécial et une diminution de la résistance normale au courant électrique.

Historique. — Il y a longtemps que des observations ont été rapportées où une exophtalmie s'accompagnait d'une augmentation du corps thyroïde (Demours), et où l'exorbitis coïncidait avec des troubles cardiaques (Testa, 1811). On retrouverait même dans les écrits anciens antérieurs à Saint-Yves (1722) et à Flajani (1800) des signalements de malades affectés de goître et d'exophtalmie. Mais il serait oiseux de remonter aussi loin, et l'histoire pathologique du goître exophtalmique part du jour où un auteur, associant à bon escient des symptômes d'apparence disparate, en fit un type clinique particulier. Les recherches historiques ont donné à Parry le mérite d'avoir fait le premier cette synthèse. Dans les œuvres du médecin anglais, éditées en 1825, se trouve l'observation d'un malade dont les yeux étaient saillants hors de l'orbite, qui avait des palpitations et une dilatation apparente du cœur avec une hypertrophie thyroïdienne : coïncidence qui « n'a pas été signalée sous ce rapport par les écrivains antérieurs¹ ».

En 1835, Graves unit plus étroitement ces divers symptômes. En 1840, la maladie fut définitivement établie par un mémoire de Basedow. La discussion de priorité qu'on souleva entre le médecin anglais et l'auteur allemand vient de ce que le mémoire de Basedow parut en 1840, tandis que les leçons de Graves, professées en 1835,

1. RENDU, article *Goître exophtalmique* du *Dictionnaire encyclop. des sc. méd.*

ne furent publiées qu'en 1843. On appelle indistinctement le goître exophtalmique *maladie de Graves* ou *maladie de Basedow*.

Dès qu'elle fut décrite, cette affection suscita des travaux assez nombreux à l'étranger ; en France, elle ne fut connue qu'en 1856, grâce à Charcot¹. Trousseau fixa ensuite dans ses leçons la symptomatologie du goître exophtalmique. Depuis lors, on ne cessa d'approfondir la question. Nous ne signalerons ici que les faits principaux. Longtemps réduite à ses éléments essentiels, goître, exophtalmie, tachycardie, la triade symptomatique s'augmenta, en 1883, du tremblement menu et rapide qui porte le nom de « signe de Charcot-Marie ». La même année, M. Ballet groupa les désordres moteurs, sensitifs et sécrétoires observés dans la maladie de Basedow. En 1888, M. Vigouroux établit la diminution de la résistance des exophtalmiques au courant électrique. Ces dernières années, MM. Ballet, Joffroy, Rendu, Renaut (de Lyon) reprirent l'étude des modifications psychiques presque constantes dans la maladie de Graves et montrèrent les associations fréquentes de celle-ci, soit avec les névroses et les vésanies, soit avec les affections cérébro-spinales dont les lésions nous sont connues, comme le tabes. Enfin, la chirurgie et la physiologie expérimentale aidant, l'attention est actuellement portée sur la pathogénie de la maladie de Basedow.

La cachexie exophtalmique a été rapprochée du myxœdème post-opératoire. Le rôle du corps thyroïde entre en jeu pour la première fois et au premier plan. Möbius, MM. Joffroy, Renaut ont été les promoteurs de cette théorie².

Telle est l'histoire brève de cette maladie dont nous allons faire l'esquisse sommaire.

Symptomatologie. — Le goître exophtalmique se comporte cliniquement de diverses manières.

Tantôt il constitue un ensemble où l'on reconnaît sans peine les caractères essentiels de l'affection, tantôt des symptômes dissociés, latents ou absents, en rendent la forme fruste. En outre, l'affection s'établit d'une façon lente, progressive, les symptômes apparaissent l'un après l'autre, venant compléter le tableau et affirmer le diagnostic ; ou bien, elle survient d'une façon brusque, soudaine, se constituant d'un seul coup. Ce dernier mode est l'exception : on ne sait trop s'il n'existait pas d'avance quelque symptôme latent de la maladie. Que l'invasion soit lente ou brusque, on trouve chez la plupart des malades une prédisposition nerveuse antérieure.

1. CHARCOT (*Soc. de biologie*, mai 1856).

2. O.-J. MÖBIUS, Ueber die Basedow'sche Krankheit (*Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, Bd. I, 1891).