

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).

Au *début*, les malades sont sujets à un énervement mal défini ; ils ont le sentiment d'un état anormal, qu'ils ne savent à quoi rapporter. Ils ont une instabilité remarquable ; ils deviennent irritables et changeants. De temps en temps, ils ont des bouffées congestives.

Les contractions cardiaques s'accroissent. Les malades ont des crises de *palpitations* intermittentes d'abord, puis prolongées. Ils sentent le cœur battre avec force dans la poitrine ; ils en entendent les battements précipités. Ces perturbations cardiaques leur donnent une sorte d'anxiété. La moindre émotion, le plus petit effort réveille ou exagère ces palpitations, qui se communiquent aux vaisseaux du cou et de la tête. Le soir, couchés, ils ne peuvent s'endormir, inquiétés par les battements de leurs artères.

Le pouls radial est rapide, même dans les moments où les malades n'accusent pas de palpitations. Sa fréquence varie de 90 à 120 ; atteint parfois 150, 200, et rend les pulsations incomptables. D'autres fois, au contraire, les malades signalent des sensations pénibles, de véritables douleurs précordiales, sans qu'on puisse constater de désordres manifestes. La douleur angoissante précordiale peut être assez violente pour simuler l'angine de poitrine. Le plus souvent les battements cardiaques ne subissent que des modifications d'intensité ou de fréquence ; mais parfois une véritable arythmie a lieu. Les contractions sont précipitées, fortes, régulières, entrecoupées de séries de pulsations irrégulières, faibles, à peine perceptibles à l'artère radiale. La *tachycardie* est un des signes capitaux du goître exophtalmique.

A l'examen du cœur, on trouve plus souvent l'apparence de l'hypertrophie qu'une véritable augmentation de volume. La pression artérielle ne s'éloigne d'ailleurs guère de la normale. On perçoit chez la moitié des malades environ des souffles. Les uns, les plus fréquents, sont systoliques, siègent au niveau de l'artère pulmonaire et sont attribués à l'anémie ; d'autres, post-systoliques, siégeant au niveau de la pointe ou un peu au-dessus, semblent simplement tenir à la suractivité cardiaque ; d'autres, plus rares, sont les souffles classiques des lésions valvulaires mitrales¹. M. Debove² a signalé des dilatations du cœur avec phénomènes asystoliques sans qu'on ait perçu le moindre souffle.

Ces symptômes cardiaques s'accompagnent de troubles vasculaires. Les artères participent aux désordres du cœur. Les carotides sont animées de battements excessifs : on y entend des souffles

1. La valeur relative de ces souffles a été discutée par M. RENDU dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique*.

2. DEBOVE (*Soc. méd. des hôp.*, 26 mars 1880).

doux ou rudes¹. Ces troubles peuvent ne pas être généralisés : tandis qu'une région du corps est le siège d'un éréthisme exagéré, une autre est en état de dépression. C'est ainsi qu'à un pouls carotidien ou épigastrique supertendu peut correspondre dans le même temps un pouls radial déprimé.

Tandis qu'évoluent les symptômes cardiaques, le corps thyroïde augmente de volume. Cette hypertrophie peut être lente à s'établir, procéder par poussées successives laissant entre elles des périodes de véritable régression, ou bien se développer avec une soudaineté si brusque que le cou grossit en quelques instants, que le *goître* se produit sous l'œil même de l'observateur. On assiste à une sorte d'apoplexie thyroïdienne. Dans certains de ces cas d'ailleurs une véritable hémorragie interstitielle a lieu.

Il est assez rare que le développement thyroïdien prenne, dans la maladie de Graves, d'excessives proportions. L'hypertrophie peut porter sur l'ensemble de la glande thyroïde ou frapper inégalement l'un de ses lobes, de préférence le lobe droit. A la vue, on constate donc soit un simple élargissement de la base du cou, soit une saillie latérale affectant l'un des côtés et détruisant la symétrie des formes normales. A la palpation, la glande thyroïde développée donne la sensation d'une masse rénitente, susceptible de diminuer légèrement sous un taxis doux. La main perçoit parfois une sorte de vibration, de frémissement cataire et de mouvement d'expansion du goître, coïncidant avec la systole cardiaque. Au stéthoscope, on entend des bruits de souffle, doux ou rudes, systoliques ou diastoliques, continus avec ou sans renforcement, quelquefois même une sorte de roulement à rythme de galop.

Ce goître, au début, est si peu prononcé que les malades ne s'en aperçoivent pas. Petit à petit, le cou grossit et devient le siège de battements qui commencent à alarmer le malade, puis une sensation de constriction survient. Quelquefois la respiration est gênée et la phonation est modifiée (voix goitreuse). La voix prend une certaine raucité due soit à la compression directe, soit à la parésie d'une corde vocale par lésion d'un des récurrents. Exagérés, ces phénomènes peuvent déterminer des accès de suffocation, de la cyanose et l'asphyxie. La permanence et l'hypertrophie du thymus, telles qu'elles ont été constatées dans certaines autopsies, favorisent pour une bonne part l'éclosion de ces accidents.

La tumeur thyroïdienne augmente sous diverses influences : menstruation, grossesse, émotions morales, efforts physiques.

1. D'après GUTTMANN (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1893, p. 254), ces souffles artériels n'existent pas dans le goître simple et peuvent aider au diagnostic du goître exophtalmique.

L'*exophtalmie* complète l'ancienne triade symptomatique de la maladie de Basedow. Plus ou moins tôt, les yeux deviennent saillants. Assez généralement l'*exophtalmie* est symétrique ; quelquefois elle affecte un œil plus que l'autre. Il est des cas plus rares, celui d'Eales par exemple, où l'exorbitis reste unilatérale pendant tout le cours de l'affection. Au début, le fonctionnement des paupières est normal et l'occlusion palpébrale est parfaite ; mais, l'*exophtalmie* se développant, les paupières ne suffisent plus à recouvrir le globe oculaire. Il se produit un véritable élargissement de la fente palpébrale, par suite d'une exagération permanente de la contraction des muscles élévateurs. C'est ce qu'on appelle le signe de Stellwag. L'œil reste ouvert même pendant le sommeil. Le malade remédie à cet inconvénient par une contraction spasmodique des muscles moteurs supérieurs, il « cache sa pupille » derrière la paupière supérieure au lieu d'abaisser celle-ci au-devant de l'œil. Si l'*exophtalmie* est excessive, la propulsion de l'œil peut être telle qu'elle aboutit à la luxation du globe oculaire.

A l'état normal, les mouvements de la paupière supérieure et du globe oculaire sont associés : en même temps que l'axe de l'œil s'incline en haut ou en bas, la paupière effectue le même mouvement. Dans la maladie de Basedow, cette synergie n'existe plus. C'est le signe de von Graefe.

Möbius a signalé l'insuffisance des muscles droits internes (insuffisance de convergence), mais ce n'est pas une particularité des *exophtalmiques*. Cette insuffisance s'observe toutes les fois que, par suite d'une anomalie dans l'appareil de la vision, les sujets se sont habitués inconsciemment à la vision monoculaire.

La sécrétion lacrymale persiste dans l'*exophtalmie* de Basedow, mais elle n'est plus régularisée par les mouvements automatiques des paupières. Les poussières s'accumulent sur le bord libre de la paupière inférieure surtout, ou même dans l'hiatus du cul-de-sac conjonctival. L'accumulation des particules étrangères détermine du larmolement, puis de l'irritation mécanique et septique, qui est l'origine de conjonctivites, de kératites graves et même de panophtalmies¹.

Des troubles apparents, tels le tremblement des paupières, le nystagmus et de véritables paralysies des muscles de l'œil, s'observent dans la maladie de Basedow. Stellwag a signalé la paralysie des abducteurs de l'œil ; Jendrassik, celle des obliques ; M. Ballet² a étu-

1. Le larmolement, signe parfois précoce, est considéré par E. BERGER (*Bull. médic.*, 15 mars 1893, p. 241) comme un trouble transitoire comparable à la diaphorèse et à la polyurie.

2. BALLET *Soc. méd. des hôpit.*, 1888).

dié dans un travail important cette ophtalmoplégie extérieure des *exophtalmiques*. D'autres nerfs peuvent être aussi parésés (trijumeau et facial).

La musculature intérieure du globe oculaire est au contraire indemne la plupart du temps. L'accommodation est normale. La dilatation pupillaire est égale des deux côtés, et la contractilité irienne est conservée. Cependant, quand l'*exophtalmie* devient excessive, on note des altérations de la vision : fatigue de la vue, fixation pénible, anomalies de réfraction, excitabilité rétinienne, photophobie.

Kast et Wilbrand ont signalé le rétrécissement du champ visuel dans le goître *exophtalmique*. MM. Parinaud et Souques ont examiné douze malades à ce point de vue sans trouver de diminution, sauf dans deux cas où il y avait hystérie concomitante¹.

L'examen du fond de l'œil donne des résultats très inconstants. Les hyperémies, la dilatation des veines, les battements de l'artère centrale de la rétine sont les constatations les plus fréquentes.

C'est au développement des trois ordres principaux de symptômes précédents que les malades atteints de goître *exophtalmique* doivent leur habitus spécial, cet air singulier qui, de prime abord, dévoile une maladie de Basedow. La description de Trousseau est restée classique ; et chacun se la rappelle en voyant les jeunes femmes aux yeux saillants, au regard étrange, qui, inquiètes, agitées, tremblantes, viennent se plaindre de la maladie de cœur qui les oppresse et pour qui le diagnostic est fait avant qu'elles aient eu le temps d'expliquer leur mal. On n'a qu'à déboutonner leur col, qu'elles portent haut par une coquetterie bien compréhensible, pour s'assurer qu'une hypertrophie thyroïdienne existe et complète la triade symptomatique de Graves.

Parmi les troubles nerveux si divers que l'on rencontre dans la maladie de Basedow, le plus constant est le *tremblement* signalé dans les observations anciennes ; son importance a été reconnue par Charcot, et M. P. Marie en a fait une étude approfondie². Il est constitué par « une série d'oscillations, de trépidations menues, brèves, se succédant l'une l'autre avec une grande rapidité » (Charcot). Le nombre moyen des oscillations est de huit à neuf par seconde. Le tremblement est plus ou moins accusé, il frappe surtout les extrémités ; mais il est fréquemment généralisé aux muscles de la tête et du tronc. Il existe pendant le repos et s'exagère lors des mouvements intentionnels. Il a

1. *Soc. de biologie*, mai 1891. — Le champ visuel était normal également dans un cas de MM. Joffroy et Achard, dans lequel la maladie de Basedow était associée à une syringomyélie.

2. P. MARIE, *Étude sur les formes frustes de la maladie de Basedow* (Thèse de Paris, 1883).

une telle valeur séméiologique dans la maladie de Graves qu'il peut exister à l'exclusion du goître et de l'exophtalmie. C'est un des meilleurs signes d'appréciation dans les formes frustes.

Les autres troubles de la motilité observés dans la maladie de Basedow sont loin d'avoir la même valeur, la même constance. Ils se présentent, sinon à titre d'exception, du moins comme phénomènes réactionnels dépendant d'individualités morbides.

Des crises convulsives, épileptiformes, localisées ou généralisées, peuvent survenir chez les exophtalmiques. Ces crises doivent être soigneusement distinguées des accès vrais d'épilepsie; cette maladie peut, en effet, évoluer de pair avec la maladie de Basedow, lui être associée. Elles subissent l'influence l'une de l'autre, mais sans se confondre. De même on a rencontré des accidents choréiformes et tétaniformes, qui n'ont avec la chorée et la tétanie que des analogies de manifestations extérieures¹.

Les crampes musculaires sont très fréquentes. Elles atteignent de préférence des muscles puissants, tels que le triceps fémoral, le soléaire, etc. Elles ont rarement le caractère douloureux aigu de la crampe que tout le monde éprouve accidentellement. C'est une sorte de contraction prolongée, d'intensité moyenne, assez forte pourtant pour que le muscle figure un relief sous la peau, pour que les malades s'aperçoivent que la région est « enflée » sans qu'ils se rendent compte de la cause de ce faux œdème. Après, il reste une sorte de fatigue douloureuse du muscle atteint. Dans certains cas, on a signalé de l'atrophie musculaire.

Enfin, il y a une paraplégie spéciale sur laquelle Charcot a attiré l'attention. Elle peut présenter tous les degrés depuis l'amyosthénie simple jusqu'à l'impotence fonctionnelle absolue (dérobement des jambes).

Les phénomènes douloureux sont communs dans la maladie de Basedow. Les malades souffrent de névralgies diverses (névralgie frontale, oculaire, occipitale, cervicale), de douleurs sur le trajet des nerfs et de rachialgie. Il est à noter à ce propos que les déviations de la colonne vertébrale ne sont pas rares chez les goitreux et que le squelette y est particulièrement influencé.

Les hyperesthésies viscérales les plus communes sont la fausse angine de poitrine, les douleurs angoissantes rétro-sternales, les crises gastriques à paroxysmes parfois très violents, les arthralgies douloureuses (faux rhumatisme).

1. Un certain nombre de crises convulsives et de phénomènes paralytiques rapportés à un goître exophtalmique par M. BALLET (*Rev. de méd.*, 1883, p. 254) doivent être aujourd'hui considérés comme de nature hystérique, ainsi que cet auteur le reconnaît lui-même (*Soc. méd. des hôpit.*, 8 févr. 1889, p. 76).

L'anesthésie peut exister, même généralisée¹: elle semble dépendre de l'hystérie combinée à la maladie de Basedow.

Bien qu'il soit très difficile, parmi les *signes psychiques* présentés par les exophtalmiques, de faire la part exacte qui revient aux maladies qui lui sont si souvent associées et qui présentent des manifestations mentales prédominantes (hystérie, neurasthénie, épilepsie, folies vraies, états délirants), il ne me semble pas juste de les rendre complètement indépendantes du goître exophtalmique. Dire que ces troubles psychiques ne sont que le résultat des maladies diverses qui lui sont associées, c'est dire que le goître exophtalmique est, de toute la pathologie, la seule affection qui n'ait point de retentissement sur les centres intellectuels.

D'ailleurs tous les auteurs classiques s'accordent à considérer les altérations du caractère, la bizarrerie des idées comme partie intégrante de la symptomatologie de la maladie de Graves. Les malades sont irritables, changeants, d'une inégalité d'humeur qui aboutit parfois à une insociabilité complète. Ils sont inquiets et surexcités, passent par des alternatives d'agitation et de dépression, ou bien, suivant leur nature, restent tristes et abattus ou sont entraînés par un besoin impérieux à une multitude d'actes successifs et divers. Leur sommeil est irrégulier, entrecoupé de cauchemars; les insomnies sont fréquentes.

Ces modifications cérébrales peuvent, dans des cas nombreux, prendre une forme mieux déterminée. Des idées délirantes, des crises aiguës, des accès maniaques, des périodes de mélancolie, de persécution, des hallucinations surviennent; mais ces troubles psychiques accentués semblent être sous la dépendance d'états morbides associés. Ils dérivent d'une prédisposition antérieure; leur éclosion est favorisée par la maladie de Basedow; ils subissent de son fait une aggravation. Ils semblent être une complication directe de la maladie de Basedow, mais ils ne sont que les phases évolutives d'une affection (hystérie, épilepsie, vésanie) jusque-là latente.

M. Vigouroux, en 1888, a signalé chez les exophtalmiques une diminution de la résistance au passage du courant galvanique. Il faut un courant d'une intensité déterminée pour amener une déviation de l'aiguille galvanométrique, après l'interposition d'un corps normal, entre les électrodes d'une pile: il suffit d'un courant trois ou quatre fois plus faible pour obtenir le même résultat quand le corps interposé est celui d'un malade atteint de goître exophtalmique. Cette *diminution de la résistance électrique* est en raison inverse de la conductibilité du corps. Or cette conductibilité varie en

1. DEBOVE (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 août 1887).