

plus ou en moins suivant que la peau est humide ou sèche. Les basedowiens sont précisément dans la première condition : ils ont le plus souvent la peau humide (expériences de Kahler, de Cardew). Chez ces malades, on observe assez souvent une hypersécrétion sudorale exagérée. Ils ont des sueurs continues, le plus souvent intermittentes sous forme de véritables crises sudorales. Ces phénomènes accompagnent les bouffées de chaleur que nous avons signalées parmi les troubles circulatoires.

La peau est encore le siège fréquent de lésions diverses dans la maladie de Basedow. C'est ainsi qu'indépendamment de toute complication cardiaque appréciable, on voit se produire des œdèmes. Par la particularité de son siège, cet œdème mérite dans certains cas la qualification d'œdème paradoxal. Il ne suit pas les lois de l'œdème périphérique vulgaire, il ne stagne pas comme lui dans les parties les plus déclives : il occupe, par exemple, le mollet tout en laissant libres les malléoles¹. Il se cantonne au creux sus-claviculaire, quelquefois d'un seul côté².

Le vitiligo est assez commun. L'urticaire, les éruptions acnéiques, érythémateuses s'observent parfois. On a signalé la chute des cheveux, des cils, des ongles, de la barbe. On a publié des cas de coloration bronzée, addisonnienne³. Möbius, dans son étude très complète sur la maladie de Basedow, cite nombre d'auteurs qui ont relevé des pigmentations anormales. Celles-ci peuvent envahir les muqueuses et former des taches brunes sur la muqueuse buccale.

L'appareil digestif est le siège de troubles variés : les uns fugaces et intermittents, les autres si intenses qu'ils mettent en danger les jours du malade. Un état dyspeptique plus ou moins accentué, un appétit irrégulier, des alternatives d'anorexie et de boulimie, sont faits communs dans la maladie de Graves.

Les perversions du goût ressortissent probablement à l'hystérie. Les malades signalent fréquemment des douleurs épigastriques vagues ou bien localisées : quelques-uns souffrent de crises gastralgiques intenses. L'intolérance gastrique peut aller jusqu'aux vomissements, et ceux-ci deviennent parfois incoercibles. L'assimilation intestinale, qui, dans beaucoup de cas et surtout pendant une longue période de

1. On observe cet œdème paradoxal dans diverses maladies à répercussion facile sur l'état général : albuminurie, hépatisme, etc.

2. J'ai observé chez une femme présentant des signes frustes de goitre exophtalmique un cas curieux d'œdème anté-sternal, sans trouver la moindre lésion de voisinage capable de l'expliquer.

3. CHVOSTEK (*Wien. med. Presse*, 1869, p. 919). — DRUMMOND (*Brit. med. Journ.*, May 14, 1887). — OPPENHEIM (*Deut. med. Woch.*, 1888, p. 35). — EULENBURG (*Berl. klin. Woch.*, 1889). — KURELLA (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1888, 4). — MACKENZIE (*Lancet*, 1890, vol. II). — FÖRSTER (*Berl. klin. Woch.*, 1890).

la maladie, reste satisfaisante, subit dans les formes graves ou dans les stades ultimes des modifications profondes. Des diarrhées continues, profuses s'établissent, quelquefois même une véritable lientérie et des sortes de crises diarrhéiques, comparables à celles qu'on observe chez quelques tabétiques. Ces troubles intestinaux s'accompagnent quelquefois d'ictère (Strümpell).

L'étude de cet ictère n'a pas encore été approfondie. Tient-il à une lésion du foie sous la dépendance presque immédiate de la maladie principale? Est-il dû à une complication infectieuse due aux troubles intestinaux? On ne connaît pas sa pathogénie.

Outre le retentissement que le goitre peut avoir sur les voies aériennes supérieures, soit par simple action mécanique, soit par les lésions anatomiques ou dynamiques que son développement produit sur les nerfs du cou, il est à signaler des troubles fonctionnels de l'appareil pulmonaire tels que la dyspnée paroxystique, la toux sèche et continue. L'auscultation donne peu de signes, ou ce ne sont que quelques râles erratiques, à type sibilant. Les basedowiens présentent en outre des malformations thoraciques diverses : scoliose, rétrécissement pectoral, ampliation irrégulière de la poitrine, faible élargissement de la cage thoracique dans l'inspiration (signe de L. Bryson). Ils ont généralement une réceptivité marquée pour la tuberculose.

Les perturbations génitales sont fréquentes. L'aménorrhée est commune chez les jeunes femmes atteintes de la maladie de Basedow. Souvent elles présentent une atrophie mammaire et génitale qu'on a comparée à de la sénilité précoce¹. Quelquefois on observe une hypertrophie mammaire isolée qui contraste avec l'amaigrissement total du corps. Quand l'affection débute tôt, elle détermine de l'infantilisme, comme dans le myxœdème. Les hommes ont parfois une exagération éphémère du sens génésique, plus souvent de l'impuissance.

L'évolution génitale a d'ailleurs des connexions étroites avec le goitre exophtalmique. Les périodes menstruelles en exagèrent les symptômes ; la gestation en favorise le développement, et ordinairement en détermine l'exacerbation, parfois même avec issue fatale. Souvent on a constaté après la grossesse une rémission².

L'accélération du pouls, les sensations de chaleur, ne sont pas, dans la maladie de Basedow, corrélatives de la fièvre. La température est souvent normale. Il n'est cependant pas rare d'observer des élé-

1. CHEADLE. — KLEINWACHTER (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1889, Bd. XVI, p. 144).

2. CHARCOT (*Gaz. hebdomad.*, 1851, p. 562). — JOFFROY, Goitre et grossesse (*Union médicale*, 10 mai 1892).

vations thermiques intermittentes. Dans certaines formes, il y a même une fièvre constante. Cette fièvre est d'ordinaire un indice de gravité¹.

L'état du sang est considéré comme normal par la plupart des auteurs. Reynolds² a constaté de l'anémie 40 fois sur 49.

Hormis les cas où la maladie de Basedow est associée à un diabète sucré ou insipide, à une albuminurie, les urines ne présentent pas d'anomalies importantes à l'examen clinique. On observe cependant des albuminuries transitoires : appartiennent-elles à la maladie de Basedow? Sont-ce des albuminoïduries ou de véritables albuminuries? Ces questions ne sont point résolues³. On a signalé encore chez les malades atteints de goître exophtalmique la glycosurie et le diabète, la polyurie.

L'exposé symptomatique que nous venons de faire de la maladie de Basedow montre qu'il n'est pas un système de l'économie qui ne puisse être lésé. On ne peut affirmer que tous ces troubles soient sous la dépendance directe, immédiate de l'affection thyroïdienne, qu'ils soient causés par elle. Et le principal obstacle à cette affirmation est la coexistence d'autres états morbides. Il est, en effet, extrêmement fréquent que le goître exophtalmique soit associé à des maladies diverses dont le substratum anatomique est connu ou encore ignoré. Pour un très grand nombre d'auteurs, il n'est lui-même qu'une branche de l'arbre névropathique. On le trouve associé à l'hystérie, à l'épilepsie, à la chorée, à la paralysie agitante, à l'asphyxie des extrémités, à l'hydarthrose intermittente, à la neurasthénie, aux diverses vésanies.

Dans un certain nombre de cas, comme l'ont montré MM. Barié et Joffroy⁴, le tabes et le complexus de Basedow peuvent coexister. Cette association a été diversement interprétée : on a considéré le complexus de Basedow comme symptomatique d'une lésion bulbaire tabétique, résultant de l'extension des altérations spinales⁵; ou bien au contraire on a admis qu'il s'agissait là de la superposition de deux maladies distinctes, le goître exophtalmique pouvant s'associer

1. BERTOYE (Thèse de Lyon, 1888) a étudié les diverses variétés que peut présenter la fièvre dans le goître exophtalmique : fébricule ou fièvre véritable, poussée fébrile ou état fébrile, fièvre éphémère ou fièvre prolongée à type pseudo-typhoïde, rémittente ou intermittente, fièvre inaugurale, épisodique ou clôturale.

2. *Lancet*, 1890.

3. MM. BOINET et SILBERT (*Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, Congrès de Marseille, septembre 1892, et *Rev. de médecine*, 1892, p. 33) ont extrait des urines basedowiennes des ptomaines, dont les actions toxiques affectent des modalités contraires. Parmi ces ptomaines, une étherée est convulsivante, une autre amylique est paralysante. Ils n'ont pu réaliser le syndrome clinique de Basedow par l'injection, à doses fractionnée, quotidienne et intra-péritonéale de ces ptomaines chez les animaux.

4. BARIÉ (*Soc. méd. des hôp.*, 14 déc. 1888, p. 503). — JOFFROY (*ibid.*, p. 514).

5. BARIÉ (*loc. cit.*).

au tabes comme il s'associe à l'hystérie, aux vésanies, etc.¹. Récemment MM. Joffroy et Achard² n'ont rencontré à l'autopsie que des altérations bulbaires fort peu considérables et ne correspondant nullement par leur siège à celles qui ont été assignées théoriquement à cette maladie de Basedow de nature tabétique.

Marche. Complications. Pronostic. — Les symptômes du goître exophtalmique ont, soit dans leur mode d'apparition, soit dans leur évolution, une grande diversité d'allures. Un des symptômes capitaux peut manquer : la maladie privée d'un caractère fondamental est fruste. MM. Charcot et Marie ont insisté sur le diagnostic de ces *formes frustes*. Le plus souvent, la marche de l'affection est lente, progressive; les symptômes sont plus ou moins bien caractérisés, n'apparaissent ou ne s'accroissent que successivement. Des rémissions quelquefois très longues, de véritables régressions s'observent parfois, aboutissant à un état définitif, mais stationnaire de l'affection.

Maintes fois aussi, la maladie procède par à-coups, par poussées de plus en plus intenses. Parfois, elle éclate brusquement, avec des symptômes d'une violence exagérée, et en quelques semaines parcourt son cycle et aboutit à la mort. Enfin, elle peut, après des années, déterminer une cachexie mortelle.

L'irrégularité de la marche de la maladie de Graves, la gravité de formes réellement suraiguës, les accès capricieux de formes en apparence bénignes, les rémissions possibles, la chronicité de certaines formes lentes, le marasme parfois rapidement survenu, assignent à l'évolution de cette maladie une durée extrêmement variable.

Des complications peuvent d'ailleurs survenir et brusquer le dénouement.

L'appareil cardio-vasculaire est le siège d'altérations anatomiques ou fonctionnelles. Des cardiopathies s'établissent consécutivement à des lésions du myocarde ou des valvules. Leurs symptômes classiques se surajoutent à ceux du goître exophtalmique : des crises d'asystolie arrivent. Autrement, avec ou sans troubles prémonitoires, des syncopes surviennent, et aussi des œdèmes, de l'albuminurie. Bien que l'asphyxie par compression trachéale soit rare, on l'observe néanmoins³. Des spasmes de la glotte ont, dans un cas de Cheadle, déterminé la mort. Les vomissements incoercibles, une diarrhée profuse épuisent rapidement certains malades. L'ictère (Rendu, Bourdillon⁴), l'hématémèse (Fiderne) compliquent parfois la maladie

1. JOFFROY (*loc. cit.*). — CHARCOT, *Lec. du mardi*, t. II, p. 243. — BALLET (*Soc. méd. des hôp.*, 8 février 1889, p. 76).

2. JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. expériment.*, mai et nov. 1893, p. 404 et 807).

3. Tels sont les cas de SPENCER (*Lancet*, 1891, vol. I, p. 543) et de MONTGOMERIE (*ibid.*, p. 306).

4. BOURDILLON (*Assoc. franç. pour l'avancement des sciences*, févr. 1891).

de Graves. Enfin, pendant la grossesse, des hémorrhagies peuvent se produire et provoquer l'accouchement prématuré (Hœberlin, Benicke).

Outre la cachexie exophtalmique, l'amaigrissement progressif et le marasme, on peut observer un état analogue à la cachexie strumipriva et même un véritable myxœdème¹.

Ces troubles surajoutés à la maladie de Basedow sont rapportés avec beaucoup de vraisemblance aux altérations du corps thyroïde, qui aboutissent à la suppression fonctionnelle de cet organe.

Enfin la seule existence de la maladie de Basedow est une cause de déchéance physique, une sorte d'appel à toute maladie infectieuse aiguë ou chronique, pneumonie ou tuberculose par exemple. Cette dernière est une cause de mort particulièrement fréquente chez ces malades.

Il est rare que le goître exophtalmique s'éteigne radicalement. Les malades bénéficient d'améliorations persistantes qui peuvent en clinique passer pour des guérisons; mais en réalité ce sont des accommodations à des troubles de faible intensité. Après rémission d'accidents aigus, l'état stationnaire durant des mois et même de longues années est d'observation assez commune. Nous avons vu précédemment l'influence des maladies intercurrentes ou associées, des états physiologiques comme la grossesse sur la maladie de Basedow et réciproquement.

Diagnostic. — Le diagnostic de la maladie de Basedow ne présente de difficultés que dans les *formes frustes*: on peut alors méconnaître l'affection. Il faudra toujours la soupçonner lorsqu'on rencontrera même isolé l'un de ses grands symptômes; il faudra rechercher avec soin les signes qui sont souvent peu apparents à un examen rapide, et notamment le tremblement. On ne doit pas oublier que le goître peut faire défaut et qu'on peut rencontrer aussi à l'autopsie une hypertrophie thyroïdienne qu'il avait été impossible de constater pendant la vie.

Les diverses affections qui peuvent s'associer au goître exophtalmique peuvent absorber toute l'attention et faire méconnaître avec plus de facilité encore les formes frustes. M. Joffroy fait remarquer que certains tabétiques présentent une protrusion oculaire résultant de la paralysie des muscles, et une tachycardie produite, soit par un

1. On connaît un certain nombre de faits de myxœdème développé dans le cours du goître exophtalmique: HARTMANN (*France méd.*, 1884, vol. I, p. 880). — KOWALESKI (*Arch. de neurol.*, 1889, t. XVIII, p. 421). — Von JAKSCH (*Soc. des méd. allemands de Prague*, janv. 1893). Un fait semblable, mais interprété différemment par son auteur, a été rapporté par M. SOLLIER (*Rev. de méd.*, 1892). Nous avons observé le cas de M. Hartmann à la Salpêtrière, dans le service de M. Joffroy. Voir JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. expérim.*, nov. 1893).

trouble bulbaire, soit par une névrite des pneumogastriques, sans qu'on soit en droit d'admettre qu'une maladie de Basedow s'est surajoutée au tabes. Inversement, d'ailleurs, on peut rencontrer dans le goître exophtalmique quelques symptômes de la série tabétique (paralysies oculaires, anesthésies, dérobement des jambes, crises diarrhéiques) sans qu'il s'agisse d'une semblable combinaison.

Quelques auteurs ont cherché à distinguer du goître exophtalmique des cas où, à la suite d'un goître, ont apparu divers symptômes de maladie de Basedow: c'est ce qu'on a appelé le faux goître exophtalmique. Mais rien ne prouve qu'il s'agisse là d'une affection différente par sa nature de la maladie de Basedow.

Anatomie pathologique. — L'étude des lésions trouvées au cours des autopsies des exophtalmiques a donné des résultats variables et inconstants.

Appareil circulatoire. — On voit assez souvent le cœur hypertrophié. L'hypertrophie porte surtout sur les parois; quelquefois les cavités sont dilatées excentriquement. Les valvules sont normales. Si elles sont lésées ainsi que le péricarde, on trouve la plupart du temps une affection concomitante, dont ces lésions sont tributaires. Il faut cependant noter une dégénérescence de la fibre cardiaque, prouvée par une diminution de la striation fibrillaire et une infiltration graisseuse généralisée.

Le corps thyroïde est hypertrophié en bloc ou asymétriquement. Un seul lobe ou une partie de lobe peuvent être manifestement développés. En tout cas, même quand la mort est survenue rapidement, on n'observe jamais un développement thyroïdien comparable à celui que prennent les goîtres vulgaires.

Le tissu de la glande est brunâtre ou rouge quand celle-ci est congestionnée. Il est en général consistant, ferme au toucher. Les rapports de la glande avec les organes voisins sont modifiés, mais on voit rarement de véritables déviations des organes. Les lobes hypertrophiés entourent la trachée, le larynx, n'exerçant souvent sur ceux-ci qu'une compression modérée.

A la coupe, le tissu est brun, plus ou moins compact. Il renferme quelquefois des kystes de volume variable, contenant une substance colloïde, cireuse. Ces kystes peuvent avoir une capsule épaisse, dure, très résistante, constituée par du tissu conjonctif dense. Les vaisseaux sont en général volumineux; les veines surtout sont dilatées. Kœben a cité une sorte d'infiltration gélatiniforme de la glande.

L'examen histologique révèle des lésions variables¹. Souvent les

1. JOFFROY et ACHARD (*loc. cit.*, nov. 1893).

vésicules semblent normales, vides ou remplies de substance colloïde au milieu de laquelle se trouvent de petits cristaux polymorphes. Quelquefois elles sont aplaties, réduites à un calibre tubulaire, comprimées par des anneaux scléreux plus ou moins accentués. Les cellules épithéliales semblent normales. On a cependant fait des observations où la prolifération épithéliale est abondante¹: les vésicules sont alors comblées par des plissements épithéliaux analogues à ceux qu'on voit dans les tubes glandulaires enflammés. La transformation fibreuse du goître est beaucoup plus accusée dans les cas où la maladie a évolué lentement; les kystes intra-glandulaires sont aussi plus volumineux.

On a signalé dans certaines autopsies un développement anormal et une vascularisation extrême du thymus et des ganglions du médiastin².

L'examen de la cavité orbitaire est parfois négatif. Le plus souvent on trouve une augmentation du tissu graisseux rétro-bulbaire, une congestion vasculaire du fond de l'orbite produisant une sorte d'œdème. Ces lésions accompagnent l'exophtalmie plutôt qu'elles ne l'expliquent.

L'état des viscères est essentiellement variable et répond à des symptômes ou à des complications observées pendant la vie: tuberculose pulmonaire, lésions d'entérite catarrhale, altérations hépatiques, telles que sclérose, congestion, surcharge graisseuse. Les reins présentent la même diversité d'altérations.

Comme l'idée prédominait de l'origine névropathique pure du goître exophtalmique, on a cherché minutieusement les lésions du

1. M. E. REYMOND a tout récemment présenté à la *Société anatomique* (juillet 1893) une observation de goître exophtalmique à évolution aiguë. Le corps thyroïde présentait des lésions anatomiques d'un haut intérêt. Macroscopiquement la glande était hypertrophiée et portait un petit kyste marginal vers la partie supérieure du lobe gauche. La structure histologique était profondément modifiée, même dans les parties qui semblaient de prime abord les moins atteintes. Le tissu thyroïdien était divisé en lobules d'assez grande superficie par des bandes conjonctives épaisses, les unes densifiées, les autres parsemées de cellules embryonnaires agminées ou disposées en traînées compactes. Les vésicules normales et leur contenu colloïde avaient complètement disparu: ils étaient remplacés par de vastes aires remplies de cellules épithéliales tassées les unes contre les autres et donnant l'apparence d'alvéoles démesurément agrandis par la prolifération cellulaire. Cependant on pouvait distinguer, en certains points, des fibrilles conjonctives dissociées et perdues au milieu des cellules, indiquant ainsi une dislocation des parois alvéolaires et une fusion des vésicules glandulaires. Ces lésions constituaient dans l'observation de M. E. Reymond une sorte de cirrhose hypertrophique thyroïdienne.

2. Möbius a particulièrement insisté sur cette persistance ou même cette hypertrophie du thymus dans le goître exophtalmique, et en a rassemblé plusieurs cas. Récemment M. MARIE (*Soc. méd. des hôp.*, 17 févr. 1893) a fait cette même constatation. Dans un cas de SPENCER (*Lancet*, 1891, vol. I, p. 543), la mort est survenue par suite de la compression de la trachée et des nerfs récurrents.

système nerveux. On peut dire que pour chaque autopsie les résultats varient. Les altérations du grand sympathique ont fixé un moment l'attention. On trouva en effet le tronc du sympathique et les ganglions cervicaux manifestement atrophiés. Le processus pathologique pouvant même aller jusqu'à la dégénérescence complète et à la disparition des cellules nerveuses, on crut trouver là une lésion primordiale; mais on ne tarda pas à s'apercevoir qu'elle manquait souvent et qu'on la trouvait, hors du goître exophtalmique, dans des états cachectiques profonds¹.

Des lésions banales d'hémorragie cérébrale ou méningée ont été signalées dans certains cas. La substance médullaire a présenté chez d'autres sujets de l'hyperplasie névroglie, des dégénérescences vasculaires (Virchow) et surtout, dans une autopsie de Cheadle, une dilatation des vaisseaux bulbaires au-dessous du plancher ventriculaire, au point d'émergence du facial et du niveau d'origine du pneumogastrique. Cette localisation a servi d'argument en faveur du siège bulbo-protubérantiel de la maladie de Basedow. Mais il faut se souvenir qu'il arrive assez fréquemment d'observer au cours des autopsies, quelle que soit l'affection ayant déterminé la mort, des congestions locales qu'on ne sait expliquer.

Dans un cas de Mendel², on trouva une inégalité des deux corps restiformes et des faisceaux solitaires sur toute la longueur du bulbe. Ce fait est à rapprocher des expériences de Filehne, Durdufi et Bienfait qui, par la section du cordon restiforme, provoquèrent certains symptômes basedowiens³.

Mais l'atrophie des corps restiformes et des faisceaux solitaires est d'ailleurs inconstante dans la maladie de Basedow⁴. Elle peut être observée à divers degrés dans d'autres affections⁵.

Citons encore le cas de MM. Joffroy et Achard où un angiome du cerveau et une syringomyélie étaient accompagnés de symptômes de maladie de Basedow⁶.

1. H. WHITE (*Guy's hosp. Reports*, 1890).

2. E. MENDEL (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1892, n° 5).

3. FILEHNE (*Centralbl. f. Nerven*). — DURDUFI (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1887). — BIENFAIT (*Acad. de méd. de Belgique*, 26 juill. 1890).

4. Elle manquait dans des cas de Siemerling, Goldscheider, Köppen, Joffroy et Achard.

5. OPPENHEIM (*Arch. f. Psychiatrie*, 1888, Bd. XX) a trouvé une atrophie du faisceau solitaire et de la racine ascendante du trijumeau chez un tabétique sans goître exophtalmique, mais affecté, il est vrai, de tachycardie. Enfin, dans un cas où le tabes coïncidait avec la maladie de Basedow, MM. MARIE et MARINESCO (*Rev. neurologique*, mai 1893, p. 250) ont constaté l'atrophie bilatérale des faisceaux solitaires et des racines ascendantes des trijumeaux; mais, tout en faisant quelques réserves, ils inclinent à rapporter au tabes cette lésion bulbaire.

6. JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. expér.*, 1891, p. 90).

Étiologie. — L'hérédité semble jouer un rôle très important dans l'étude des origines du goître exophtalmique. On observe souvent une hérédité similaire directe ou collatérale, et plus souvent encore une hérédité névropathique. Toutes les statistiques s'accordent à démontrer que cette affection frappe plus fréquemment le sexe féminin que le sexe masculin et, sans distinction, toutes les classes de la société. Elle paraît en outre avoir un rapport assez étroit avec les étapes de la vie sexuelle.

L'âge n'a qu'une importance relativement minime. La maladie de Basedow apparaît chez les jeunes enfants tout comme chez les sexagénaires; mais il y a un maximum indubitable de fréquence entre vingt et quarante ans.

Hors ces considérations générales, il n'y a plus, dans le chaos étiologique du goître exophtalmique, qu'à mentionner des causes occasionnelles, telles que les fatigues, les souffrances physiques (hiver rigoureux), les surmenages, les excès de toutes sortes, les préoccupations, les émotions brusques et vives, les causes ordinaires de débilitation morale.

Les maladies aiguës (rhumatisme, croup, influenza, etc.), les affections chroniques, les périodes d'état des dyscrasies et même les actes physiologiques irrégulièrement passés, comme une grossesse pénible ou un accouchement laborieux, peuvent favoriser, hâter l'apparition de la maladie de Basedow.

Considérant la variété et la confusion des données anatomo-pathologiques et étiologiques, on conçoit que la pathogénie du syndrome de Graves soit restée jusqu'ici fort obscure. Les faits les plus minimes ont été relevés et ont servi d'appui à des hypothèses pathogéniques discordantes.

Les théories mécaniques sont tombées dans le discrédit; et il ne reste plus actuellement que la théorie nerveuse, encore soutenue par le plus grand nombre des auteurs, et la théorie thyroïdienne, due à Möbius (1886) et dont les promoteurs sont en France MM. Renaut (de Lyon) et Joffroy¹.

Pour les uns, le goître exophtalmique est l'effet d'une névropathie dont le siège présumé serait dans la région bulbo-protubérantielle. Cette opinion se fonde sur les lésions quelquefois constatées à l'autopsie dans le système nerveux, sur les faits expérimentaux cités précédemment, mais qui sont insuffisants à entraîner la conviction.

1. MÖBIUS (*Schmidt's Jahrb.*, 1886, Bd. CCX, p. 237; — *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1887; — *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, 1891, Bd. I). — RENAUT, in Thèse de BERTOYE, Lyon, 1888. — JOFFROY (*Union méd.*, 1892, p. 637, et *Leçons faites à la Salpêtrière* en janvier 1892 et en cours de publication dans le *Progrès médical*, 1893-94).

Enfin les relations du tabes avec la maladie de Basedow semblaient fournir à cette théorie un argument anatomique, s'il était vrai qu'on pût en pareil cas considérer le goître exophtalmique comme symptomatique de lésions bulbaires tabétiques; mais nous avons vu plus haut qu'il n'en était rien. De sorte qu'aujourd'hui encore les partisans de cette théorie doivent ranger cette affection parmi les névroses.

Pour d'autres auteurs, c'est le corps thyroïde qui joue le principal rôle dans la pathogénie de la maladie de Basedow. Cette opinion invoque les cas, non exceptionnels, dans lesquels la maladie se développe sur un goître ancien, parfois endémique ou héréditaire; — l'existence habituelle des lésions du corps thyroïde, alors même que cet organe n'est point le siège d'une hypertrophie apparente ou réelle; — les faits de persistance et de révivescence du thymus, interprétée comme un phénomène de suppléance; — les rapports du goître exophtalmique avec une affection d'origine thyroïdienne, le myxœdème¹.

Selon cette théorie, le corps thyroïde, altéré anatomiquement, troublé dans son fonctionnement, élaborerait des principes toxiques dont l'action se ferait sentir sur le système nerveux et produirait le complexus symptomatique des formes nettes ou frustes de la maladie de Basedow. Ou bien la glande thyroïde lésée ne suffirait plus à son rôle physiologique; et les produits de sa sécrétion interne ne seraient plus déversés dans l'économie en quantité et en qualité suffisantes pour assurer le développement de l'organisme ou le maintien de l'état normal. Ou bien encore, elle faillirait à son rôle modificateur des humeurs, et ses lésions permettraient la présence dans le torrent circulatoire de principes destinés à être modifiés et restant, par suite du défaut de la glande, à l'état toxique.

Cette théorie, application des idées pathogéniques modernes, s'allie avec des faits cliniques ou expérimentaux, mais n'a point encore reçu une démonstration irréfragable. Quoi qu'il en soit, c'est dans ce sens que sont actuellement dirigées les recherches sur les causes directes de la maladie de Basedow².

Traitement. — La prédominance des troubles circulatoires et nerveux dans la maladie de Basedow explique la variété des médi-

1. HADDEN (*Clin. Soc. of London*, 1885, Febr.) a observé deux sœurs atteintes l'une de goître exophtalmique, l'autre de myxœdème.

2. Qu'il me soit permis d'émettre ici cette hypothèse que la maladie de Basedow n'est peut-être pas une entité morbide vraie, et ne reconnaît pas une cause toujours la même. Le syndrome de Graves pourrait être l'aboutissant commun de toutes les lésions thyroïdiennes persistantes. La cause première nous en est la plupart du temps inconnue. Il y aura lieu peut-être, quand les lésions seront moins ignorées anatomiquement, de faire les différenciations et de classer les divers exophtalmiques en des catégories définies. On saura alors que tel est devenu basedowien par suite d'une