

mouvement pour redresser la tête et porter les épaules en arrière exaspérait les douleurs; respiration courte et fréquente. Pas de phénomènes hystériques : ainsi, pas de constriction à la gorge, pas de larmes; seulement il est facile de provoquer les accès en parlant de l'enfant que la malade a perdu, alors la raison s'égaré. L'auscultation et la percussion ne décèlent aucune lésion ni dans les poumons, ni dans les bronches, ni dans le cœur, ni dans les gros vaisseaux artériels.

Tel était l'état de la malade, contre lequel Aran luttait vainement depuis longtemps, lorsque M. Duchenne l'entretint du fait thérapeutique important que j'ai précédemment exposé. On comprend qu'un médecin aussi distingué que l'était Aran n'ait pas dû laisser échapper l'occasion de contrôler la valeur d'une médication qui avait si bien réussi dans un cas analogue, surtout alors que la vie de sa malade était dans un danger croissant. Elle fut, en effet, soumise à l'excitation électro-cutanée au moment des accès, et l'on obtint un résultat aussi heureux et non moins immédiat que chez le sujet de l'observation précédente. Si bien qu'elle se trouva presque entièrement délivrée de son angine de poitrine et qu'elle put reprendre ses occupations ordinaires.

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

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

MESSIEURS,

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

Bien que signalée surtout par les médecins qui se sont occupés presque exclusivement d'oculistique, Demours, Mackensie, Sichel, Desmarres, cette maladie, si remarquable par sa triade symptomatique, avait déjà frappé l'attention de Graves, et plus tard de Basedow.

Déjà, dans des leçons cliniques faites au mois de novembre 1860, je vous ai rappelé, en m'appuyant sur le témoignage de Stokes, qu'une grande part de priorité, dans la question qui va encore nous occuper aujourd'hui, revenait à Graves, comme il résulte des *Leçons de clinique médicale* de l'illustre professeur de Dublin, et du chapitre *Goître exophtalmique* de l'ouvrage de Stokes¹.

Je me propose, dans cette conférence, de vous faire l'histoire clinique de cette intéressante et singulière maladie, de vous citer quelques exemples pour vous la montrer sous différentes formes, d'en discuter la nature en m'appuyant sur les faits qui maintenant sont en assez grand nombre et

1. Stokes, *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, traduit par le docteur Sénac, Paris, 1814.

dont la valeur peut être facilement contrôlée par des observations nouvelles; enfin j'insisterai sur le traitement qui m'a paru le plus utile, et dont les indications sont puisées dans la nature même du mal.

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

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

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

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

D'après le docteur suédois Withuisen, l'ophtalmoscope a montré que, dans un cas de cachexie exophtalmique, « les milieux de l'œil étaient très-clairs, et qu'une vive injection des vaisseaux de la rétine donnait à cette membrane une teinte rouge bien accentuée. Le point d'entrée du nerf optique était de couleur rouge jaunâtre, différant manifestement de l'apparence normale; les branches de l'ar-

tère centrale de la rétine étaient plus développées et plus larges, on n'y constatait point de pulsation. De chaque côté de la papille du nerf optique il y avait des dépôts de pigment sous forme de taches semi-lunaires et de couleur presque noire. Le bord concave de ces taches dirigé du côté de la papille était net, tandis que le bord convexe était dentelé. Dans les deux yeux ces taches étaient plus grandes du côté externe. »

Cette observation a cela d'intéressant surtout qu'elle est complétée par un second examen ophtalmoscopique fait pendant la convalescence: alors l'hyperémie du fond de l'œil est moindre, les phénomènes congestifs avaient presque entièrement disparu; mais les taches pigmentaires n'avaient subi aucune modification. D'autres observateurs ont aussi constaté la congestion des vaisseaux rétinien et l'intégrité des milieux de l'œil.

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

Ainsi, dans cette observation, les membranes de l'œil présentent une injection vive et des modifications de nutrition caractérisées par des dépôts de pigment et de matière jaunâtre sur la membrane rétinienne. Plus tard, je vous dirai quelles sont les autres altérations ou modifications démontrées par l'examen nécroscopique: alors seulement nous posséderons tous les éléments nécessaires pour discuter la cause mécanique de l'exophtalmie et la nature des modifications fonctionnelles de l'organe de la vision.

Il ne faut pas croire cependant que la procidence du globe oculaire soit toujours très-considérable; quelquefois, pour en juger, il faut s'en rapporter au dire des personnes qui vivent avec les malades, ou avoir eu occasion de les observer antérieurement. Si la saillie du globe oculaire peut n'être pas toujours manifeste, cependant le regard a constamment une expression spéciale; la vision présente quelque trouble passager ou durable, et vient témoigner de l'état anomal de l'organe visuel.

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

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

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

L'examen anatomique démontre qu'il y a bien dans ces cas hypertrophie glandulaire proprement dite, c'est-à-dire hypertrophie des éléments de la glande, de ses *acini*; mais l'examen clinique, outre les modifications fonctionnelles qui sont dues à l'hypertrophie du corps thyroïde, montre encore un développement considérable des vaisseaux de la glande. En effet, la main placée sur la tumeur sent les battements d'expansion qui permettent déjà d'affirmer que les vaisseaux superficiels ne sont point seuls distendus; et le mouvement d'expansion est tel, surtout pour le lobe droit, que Graves nous rapporte que la tumeur thyroïdienne fut prise pour un sac anévrysmal. M. E. Vidal, médecin des hôpitaux, nous a fait connaître un cas analogue où semblable méprise fut commise. Dans ces deux cas, on n'eut pas besoin d'opérer pour reconnaître l'erreur, laquelle est d'autant plus possible, indépendamment des symptômes généraux, que, dans le goître exophtalmique, le stéthoscope fait entendre des bruits de souffle simples ou doubles avec renforcement diastolique, comme dans les cas d'anévrysmes simple ou cirsoïde.

A l'égard de l'exophtalmie double et de l'hypertrophie thyroïdienne, tout le monde est d'accord; mais il est un autre fait clinique qui constitue, avec les deux autres, le trépied, la triade symptomatique de l'affection: je veux parler de l'état du cœur.

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

Ces faits ont conduit Stokes à décrire une variété de goître exophtalmique avec hypertrophie cardiaque. Et, en effet, dans certains cas décrits par cet auteur¹, il y avait une altération valvulaire; mais Stokes avait si bien compris que telle n'était pas la règle, qu'il consacre une description spéciale à la cachexie exophtalmique avec altération organique du cœur. Il y a lieu de conserver cette division; car si le goître exophtalmique n'est pas nécessairement accompagné de dilatation des cavités ou d'altération des valvules du cœur, il ne saurait exclure la coïncidence de semblables lésions, et pourrait même avoir une part déterminante dans leur production. Nous vous ferons connaître bientôt deux faits qui prouvent assez que l'hypertrophie du cœur peut exister avec le goître exophtalmique. Mais il y a loin de cette interprétation à la théorie de Stokes, qui ne voyant dans la maladie qu'une névrose cardiaque, fait de tous les phénomènes morbides une conséquence de cette névrose. Nous pensons aussi qu'il ne convient point d'accepter l'opinion soutenue par Aran², qui prétendait que dans les cas de goître exophtalmique il y avait augmentation de volume du cœur. Ainsi, suivant lui, dans la maladie de Graves il y aurait toujours matité plus étendue dans la région cardiaque. La plupart des faits que nous avons observés et ceux qui ont été publiés par le docteur Léon Legros et M. le professeur Teissier³ ne nous permettent point de partager l'opinion d'Aran.

1. Stokes, *Traité des maladies du cœur et de l'aorte*, traduit par Sénac, Paris, 1864.

2. Aran, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, Paris, 1860, t. XXVI, p. 122 et suiv.

3. Teissier, *Du goître exophtalmique*, 1863, in-8.

En fait, nous ne croyons pas que l'hypertrophie du cœur soit un phénomène constant dans la maladie de Graves. Ainsi, dans la plupart des observations on a noté un état normal du pouls; or, s'il y avait eu hypertrophie du cœur on eût rencontré le plus souvent de l'ampleur et de la vibration des artères radiales, en même temps que des carotides; si, au contraire, il y avait eu dilatation passive de l'organe, on eût constaté de la faiblesse, et peut-être de l'irrégularité dans les pulsations de ces mêmes vaisseaux, et quelquefois on eût pu trouver le pouls veineux, ce qui n'a pas lieu; restent donc en faveur de l'hypertrophie cardiaque les battements exagérés du cœur et la plus grande étendue de la matité. Mais ces battements peuvent être la conséquence de l'état nerveux; quant à l'exagération de la matité cardiaque, suivant nous, elle n'est souvent qu'apparente. En effet, dans la région cardiaque, il y a deux sortes de matités: l'une absolue, qui est à peu près de 4 à 5 centimètres carrés à l'état physiologique; l'autre variété de matité est la matité relative, c'est-à-dire celle qui circonscrit la matité absolue, et qui peut varier à l'infini, suivant les rapports du cœur avec le poumon, suivant la gêne de la circulation, suivant le plus ou moins d'épaisseur et de densité des parois thoraciques. La matité relative peut mesurer 10, 12, 13, 14 centimètres dans le sens transversal, et 8, 10, 12 centimètres dans le sens vertical. La matité relative peut être facilement constatée dans la maladie de Graves, parce que les malades ont souvent les parois thoraciques très-minces.

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

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

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

Ainsi la maladie de Graves n'est pas nécessairement accompagnée d'affection organique du cœur, telle est la règle, mais elle peut se montrer chez des sujets ultérieurement affectés de lésions cardiaques; les

antécédents du malade et les signes propres aux lésions organiques permettront d'établir la part qui revient à chacune des maladies sur l'état du cœur.

Je viens de vous exposer l'opinion à laquelle m'ont conduit les observations de maladie de Graves qui ont été soumises à mon examen. Je ne crois pas que la maladie amène nécessairement l'hypertrophie cardiaque; cependant je comprendrais qu'elle pût déterminer une lésion analogue à l'hypertrophie du cœur observée pendant la grossesse: hypertrophie qui pourrait être passagère et disparaître quelques semaines ou quelques mois après la guérison de la maladie, ou qui pourrait devenir définitive dans certains cas assez rares jusqu'ici. Il paraît bien établi, en effet, que le cœur, comme les autres organes musculaires, peut subir une hypertrophie assez considérable, sans pour cela devenir malade. Les observations de M. Larcher, recueillies sur les femmes enceintes¹, et les autopsies faites par M. Blot de femmes récemment accouchées, ne laissent aucun doute sur l'hypertrophie physiologique du cœur pendant la grossesse. Beau lui-même pense que dans la maladie de Graves, s'il y a hypertrophie du cœur, cette lésion est curable.

Quant à l'hypertrophie du système vasculaire du cou, elle ne saurait être douteuse. Les artères carotides et thyroïdiennes ont subi des modifications très-importantes; les dernières surtout sont plus volumineuses, non-seulement dans leurs troncs mais dans leurs ramifications; il en est de même pour le système veineux thyroïdien. Les vaisseaux semblent aussi s'être multipliés. Il y a des bruits de souffle et des mouvements d'expansion au niveau de la tumeur thyroïdienne. Des bruits semblables et des battements analogues s'observent aussi quelquefois dans le tronc cœliaque. Le même fait ne s'observe point à l'aorte abdominale dans sa portion inférieure, non plus que dans les vaisseaux cruraux et iliaques, et, chose remarquable, lorsque le cœur et les vaisseaux du cou semblent indiquer une activité et une puissance exagérées de la circulation, le pouls radial n'a pas d'ampleur anormale. Ce fait avait déjà été remarqué par Graves, Stokes, Hirsch, et signalé depuis par tous les autres observateurs. Il semble indiquer que les battements du cœur et des vaisseaux du cou sont dus à une cause qui limiterait spécialement son action aux parois de ces organes.

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

Jusqu'ici nous avons insisté sur les trois signes principaux dont la

¹ Larcher, *De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et de son importance pathogénique* (Archives de médecine, 1828).

réunion constitue la maladie de Graves, mais cette affection présente des symptômes secondaires qui méritent d'être pris en considération.

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

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

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

Les modifications de caractère sont telles, que la vie devient très-difficile pour les gens qui entourent les malades, lesquels sont irascibles, ingrats et d'une exigence qui ne trouve d'excuse que dans la maladie. Nous avons vu une jeune fille ordinairement d'un caractère doux, devenir

emportée, irrespectueuse, et presque violente. A côté des modifications de caractère, nous notons l'insomnie, cruelle complication qui, par sa persistance, jette les malades dans un extrême découragement; ils s'agitent, ne trouvent pas de position convenable, il leur tarde de voir paraître le jour; ils sont accablés de fatigue, et ne peuvent goûter un moment de repos.

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

Sans raison bien déterminée, et cela le plus souvent chez des sujets nerveux, on remarque une certaine irritabilité, il n'y a plus la même égalité d'humeur; bientôt la physionomie, et surtout le regard, prennent une expression de mécontentement subit, de colère passagère qui parfois devient permanente; les yeux ont un éclat inaccoutumé, ils paraissent plus grands, et bientôt l'exophtalmie se manifeste, avec tous les caractères que nous avons déjà signalés. Les malades ont conscience de la mobilité de leur humeur, et reconnaissent que souvent leurs efforts ont été insuffisants pour y remédier; puis ils éprouvent une certaine tristesse et ne peuvent se rendre compte de l'état pénible qu'ils ressentent. Alors ils se plaignent de battements dans la tête, dans les globes oculaires, le long du cou; et surtout de palpitations de cœur dont la violence et la répétition leur font concevoir une grande inquiétude.

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

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

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

Dernièrement encore M. Cazalis, médecin distingué des hôpitaux, me demandait mon avis au sujet d'un ingénieur, homme âgé de trente-cinq ans, qui présentait les signes de la cachexie exophtalmique, et chez lequel les palpitations étaient si violentes, que nous dûmes, M. Cazalis et moi, porter toute notre attention sur l'état organique du cœur. L'examen le plus minutieux nous permit d'établir qu'il n'y avait point d'hypertrophie de cet organe, la matité transversale ne mesurait que 5 centimètres; il n'y avait point de bruit anormal au niveau des orifices aortique et mitral. La glande thyroïde ne paraissait point hypertrophiée; cependant, en examinant avec soin la région antérieure du cou, et en plaçant le malade dans des conditions favorables à notre examen, il nous fut permis de constater que le cou était un peu plus gros du côté droit : cette augmentation de volume était à peine sensible, mais elle suffisait, rapprochée des autres signes, pour nous permettre d'affirmer que le sujet était affecté de la maladie de Graves. Ce malade, que je revis quatre mois plus tard, avait le lobe droit de la glande thyroïde peu tuméfié, et je trouvais un léger bruit de souffle à l'orifice aortique. Il était d'ailleurs infiniment mieux.

Cette maladie, assez communément observée chez la femme, est relativement rare chez l'homme : Withuisen, sur cinquante cas qu'il a rassemblés, n'a constaté cette affection que huit fois chez l'homme; aussi l'observation de M. Cazalis, dont je viens de vous parler, doit-elle trouver place ici.

Ce malade consultait M. le docteur Cazalis le 2 septembre 1861. Dans sa jeunesse, il a toujours été assez bien portant. Il y a six mois,

en Russie, sans prodromes, en plein exercice de ses facultés et de ses fonctions, M. X. a été pris de fièvre, sans malaise fébrile, sans la moindre perturbation générale, et le pouls a acquis une fréquence considérable et presque toujours persistante, 120-130.

L'appétit cependant était augmenté, et le malade ne prenait point d'embonpoint; au contraire, il maigrissait, bien que les fonctions intestinales fussent restées normales et les digestions parfaites. M. X. ne se serait point cru malade, s'il n'eût toujours constaté chez lui la même fréquence du pouls (120). A Wilna, le sulfate de quinine a été employé sans succès; puis en Allemagne on lui conseilla les eaux de Kreuznach, afin de rappeler à la peau des manifestations de la diathèse dartreuse dont l'existence avait été mise hors de doute par diverses éruptions herpétiques qui avaient disparu depuis quelques années.

Les eaux de Kreuznach ont été prises pendant six semaines, elles ont déterminé une excitation un peu plus vive, et au mois d'août 1861, pendant la cure, on commença à constater la saillie des yeux hors des orbites; en même temps existait une injection des conjonctives, surtout à droite. Enfin, de retour à Chartres, M. X. prit conseil du docteur Roque, qui reconnut une cachexie exophtalmique, et l'engagea à venir prendre une consultation à Paris. C'est alors que M. Cazalis me présenta le malade, et voulut bien rédiger notre consultation dans les termes suivants :

« M. X. est de taille moyenne, très-maigre, brun, sans teinte cachectique. Ce qui frappe au premier abord, c'est la saillie des globes oculaires hors des orbites; cette saillie, jointe à une dilatation notable des pupilles, donne à la physionomie du malade une expression étrange, indéfinissable. M. X. nous fit alors le récit des détails rapportés plus haut, et nous pûmes constater ce qui suit : 1° le pouls est à 120-125, égal, régulier, mais *très-vite, très-petit, serré*. La paroi artérielle semblait céder à peine à l'impulsion du cœur et résister au mouvement de dilatation. — 2° La percussion de la région précordiale indique que le cœur a ses dimensions *normales*. — 3° L'impulsion du cœur est très-forte; les battements sont bien rythmés, mais vites, précipités; ils ont quelque chose de convulsif. La force d'impulsion, le choc du cœur, tranchent sur la petitesse du pouls. — 4° Les deux bruits existent sans mélange de bruit anormal, toutefois il nous a semblé percevoir de temps à autre un peu d'hésitation dans le deuxième bruit. — 5° Mais il n'y a pas de bruit de frottement, de souffle dans le cœur, ce frottement existe dans l'aorte ascendante, dans la crosse, en arrière, vers l'aorte thoracique; il existe aussi vers l'origine des troncs cervicaux. — 6° L'auscultation pulmonaire donne des résultats inattendus. Le malade ne toussait pas, n'avait pas de dyspnée; jamais il n'a eu d'accès d'asthme, et cependant on trouve dans toute l'étendue des deux poumons, à des degrés différents, il