

une utilité incontestable. Quant à savoir lequel des remèdes sus-indiqués agit le plus efficacement, on en jugera d'après l'essai fait dans un cas donné. Pour ce qui nous concerne, nous avons obtenu tout d'abord de bons résultats avec le salicylate de soude, et dans les derniers temps avec l'antipyrine surtout ; vu que le médicament étant administré tout au début des premières manifestations, l'accès de migraine se passait avec beaucoup moins de violence et en moins de temps. Il est vrai que l'action du remède usité faiblit quelquefois par la suite, mais alors il y a lieu d'en changer. Parmi les autres remèdes en usage, signalons la *pâte de guarana*, *paullinia sorbilis*, en poudres jusqu'à 2 et 4 grammes très utile parfois, et la *caféine* ou le *salicylate de soude et de caféine* (0,2 à 0,3 et au delà). La caféine est la base de la *migrainine* si vantée en ces derniers temps. Les inhalations de *nitrite d'amyle* (3 à 5 gouttes sur un mouchoir) ont été préconisées à un point de vue théorique dans la migraine spasmodique, et les *injections* sous-cutanées *d'ergotine* dans la migraine paralytique (Extr. aqueux de seigle ergoté 2,5, alcool dilué et glycérine ana 5,0 ou ergotine dialysée, 1,0, eau distillée 4,0, $\frac{1}{6}$ à 1 seringue). Mais leur utilité pratique est très douteuse. Une foule d'autres nervins (bromure de potassium, liqueur de Fowler) ont été recommandés pour en faire un emploi suivi, de même que l'*extrait de chanvre indien* et récemment surtout le *nitrite de soude*, qui a une action analogue à l'amylnitrite (2,0 sur 120, 0 gr. d'eau, 1 à 3 fois par jour une cuiller à thé). La *nitroglycérine* (Trochisques de nitroglycérine de 0,0005 à 0,001) possède également une influence dilatatrice sur les vaisseaux. En France on vante beaucoup contre la migraine ophtalmique de grandes doses de *bromure de potassium*.

En beaucoup de cas le traitement général a une grande importance. Les préparations ferrugineuses, les bains de mer, le séjour dans les montagnes, les cures à l'eau froide, etc., donnent fréquemment des résultats signalés. Une cure balnéaire méthodique de *Carlsbad* a parfois un effet *durable* chez des migraineux gravement malades, que l'eau soit prise au bain même ou à domicile. En tout cas nous recommandons toujours de faire semblable essai, quand existent en même temps les signes d'une hypersécrétion de suc gastrique (v. plus haut). Nous combinons ordinairement avec l'emploi méthodique des eaux de Carlsbad, l'hydrothérapie rationnelle (frictions froides, demi-bains avec affusions, etc.) et un régime approprié. Le *traitement électrique* persévéramment appliqué peut aussi enregistrer quelque succès, sans qu'il faille y attacher une trop grande valeur. Dans la forme spasmodique il faut principalement recourir à l'action de l'anode sur le grand sympathique, et dans la forme paralytique, à celle de la cathode, l'autre électrode étant placée au niveau de la moelle cervicale ou aussi haut que possible à

l'occiput, dans la région de la moelle allongée. On peut encore user prudemment de la galvanisation de la tête, de même que de faibles courants faradiques de premier ordre. Les spécialistes qui font du *massage* vantent aussi leur art comme un remède contre la migraine ; ils massent tantôt certains points douloureux de la tête, tantôt la région de l'estomac. Disons enfin que la migraine semble quelquefois dépendre d'*affections du nez*, surtout d'hyperplasies du tissu érectile de la cavité nasale et que, dans ces conditions, le traitement galvano-caustique de la maladie fondamentale peut être suivi de la guérison de la migraine.

CHAPITRE TROISIÈME.

HÉMIATROPHIE FACIALE PROGRESSIVE.

(Aplasie lamineuse progressive.)

L'atrophie unilatérale de la face est une maladie excessivement rare. Elle consiste en une atrophie à marche lentement progressive, mais fatalement envahissante, d'une moitié de la face, dont elle attaque non seulement la peau, mais aussi le tissu graisseux, les muscles et le squelette, d'une manière uniforme ou à des degrés différents. Le début de cette affection coïncide d'ordinaire avec la jeunesse. Le sexe féminin y paraît plus fortement prédisposé que l'autre.

Cette atrophie, qui siège beaucoup plus souvent à gauche qu'à droite, commence d'ordinaire en un endroit circonscrit de la joue ou du menton. La *peau* prend petit à petit une teinte blanchâtre ou bistrée. La partie malade se déprime peu à peu, entraînant dans son retrait graduel toute une moitié de la face, de sorte que la maladie se reconnaît à première vue. La limite de l'atrophie est nettement tracée par la ligne médiane. Dans beaucoup de cas, les *muscles* semblent demeurer parfaitement intacts, d'autres fois, au contraire, ils sont manifestement atteints d'atrophie, surtout les muscles masticateurs. On a même vu la moitié correspondante de la langue et du voile du palais participer à la maladie. Par exception, l'atrophie peut envahir la région scapulaire avoisinante et l'extrémité supérieure. Les *os* s'atrophient également, surtout quand l'affection remonte à la première jeunesse. La tête du côté malade est atteinte de calvitie, et les *poils* y deviennent grêles et lanugineux. La *sensibilité* n'est nullement altérée, et on a rarement constaté des désordres manifestes de nature vasomotrice et sécrétoire. — Le portrait ci-dessous (fig. 24) est celui d'un malade que ROMBERG a décrit passé 30 ans et qui, il y a peu de temps, parcourait encore les cliniques allemandes pour s'exhiber.

On ne connaît rien de précis sur la nature de la maladie. La plupart des observateurs actuels sont d'accord pour dire qu'il s'agit d'une *trophonévrose*, d'une affection des nerfs ou des centres nerveux ; mais quant à déterminer le véritable siège de la maladie et à la localiser, soit dans le trijumeau, soit dans le grand sympathique, sur ce point on ne sait rien de certain. MENDEL a trouvé récemment dans un cas autopsié une névrite manifeste du trijumeau.

La maladie ne présente par elle-même aucun danger et ne donne pas lieu non plus à des malaises subjectifs particuliers, mais elle semble être incurable. Tout au plus pourrait-on, dans la période de début, tenter d'enrayer sa marche par un traitement électrique longtemps poursuivi.



Fig. 24. Hémiatrophie faciale gauche.

et du bras gauche qui frappait à première vue.

CHAPITRE QUATRIÈME. MALADIE DE BASEDOW.

(Goître exophtalmique. Maladie de Graves.)

Étiologie. Le complexe symptomatique particulier auquel on a donné le nom de maladie de Basedow et dont la *tachycardie*, le *goître* et l'*exophtalmie* forment les *trois caractères cardinaux*, a été décrit en Allemagne,

dès 1840, par un médecin de Mersebourg, nommé BASEDOW, bien que cinq années auparavant GRAVES, en Angleterre, en eût publié quelques observations moins précises. La cause anatomique de cette maladie nous échappe encore complètement. Cependant, le tableau morbide pris dans son ensemble et chaque symptôme considéré à part, tendent invinciblement à faire admettre qu'il s'agit d'une affection du système nerveux, laquelle, eu égard à ses caractères prédominants, on a l'habitude d'envisager comme une « névrose vasomotrice » ou une « maladie du grand sympathique », quoique, à raison des explications qui vont suivre, cette hypothèse ne soit encore basée sur aucun fait positif.

Quant aux *causes* de la maladie, signalons en première ligne tous les différents éléments étiologiques qui jouent le grand rôle dans les névroses en général. La *prédisposition héréditaire* ne présente aucun doute dans nombre de cas. A diverses reprises on a signalé la maladie chez plusieurs membres de la même famille. Nous avons pour ce qui nous concerne vu sous peu deux sœurs atteintes gravement de cette affection. D'autre part, la maladie de Basedow se rencontre souvent dans des familles entachées d'une tare névrosique (épilepsie, psychoses, hystérie). Parmi les causes occasionnelles, les *émotions morales* profondes (soucis, frayeur, colère) doivent être citées en premier lieu. Parfois encore, en dehors de ces « ébranlements d'ordre moral », de vrais bouleversements physiques, comme des *secousses* violentes et générales de *tout le corps* (chute, etc.) semblent avoir influé sur le développement de la maladie. Beaucoup d'autres auteurs accordent une grande importance aux *maladies des organes sexuels féminins*, mais la valeur de cet agent étiologique nous paraît avoir été surfaite. Il est certain toutefois que les premiers symptômes de la maladie de Basedow se manifestent souvent pendant la *grossesse*.

L'*influence du sexe* sur la genèse de la maladie est évidente, puisque les *femmes* et surtout les femmes anémiques et « nerveuses » y sont beaucoup plus fréquemment sujettes que les hommes. La maladie atteint de préférence l'*âge moyen*, et exceptionnellement l'enfance et la vieillesse.

Symptomatologie. Des trois symptômes susdits qui constituent le trépied de la maladie de Basedow et dont l'un ou l'autre peut à la vérité faire défaut ou n'exister qu'à l'état rudimentaire, c'est l'*accélération du pouls* qui est le plus constant et aussi le plus précoce. Le pouls donne en général de 100 à 120 battements, parfois 80 à 90 seulement, d'autres fois de 140 à 160. Cette accélération n'est pas toujours uniforme, aussi bien elle est très variable et se montre tantôt pendant de longues périodes et tantôt sous forme d'accès séparés. Pendant le sommeil, la vitesse du pouls, ainsi que nous l'avons observé, est parfois presque normale, parfois aussi plus rapide, mais ordinairement

rement à un degré moindre que pendant la veille. L'affolement du pouls est d'ordinaire accompagné d'une *exagération de l'impulsion cardiaque* et communément aussi d'un sentiment subjectif de *palpitations*. Les carotides, et quelquefois les artères de moindre calibre, sont animées de fortes pulsations. On ne constate pas de modifications qualitatives du pouls. Il est d'ordinaire d'une parfaite régularité, quoiqu'on ait rencontré un certain degré d'*arythmie*. En quelques cas les malades étaient manifestement atteints d'*angine de poitrine*.

L'examen objectif du cœur ne fournit pas de renseignements particuliers, à part l'accélération et la vivacité de l'impulsion cardiaque. Quelquefois cependant, comme il résulte de nombreuses observations qui nous sont personnelles, il existe une *hypertrophie* manifeste du *ventricule gauche*, puis des *dilatations du cœur* et même de véritables *affections valvulaires*. Il faut toutefois être réservé en ce qui concerne le diagnostic de ces dernières, vu que des *bruits cardiaques accidentels* se rencontrent assez fréquemment dans la maladie de Basedow, notamment à la base du cœur.

Le *goître* se développe d'ordinaire quelque temps après les premières manifestations qui émanent du cœur. Très souvent la fluxion thyroïdienne manque complètement ou ne se produit qu'à un faible degré. Ce n'est que par exception qu'elle atteint des dimensions considérables. La glande subit d'ailleurs divers mouvements d'expansion au cours de la maladie. C'est pour le goître de la maladie de Basedow un signe caractéristique d'être d'une mollesse relative, d'éprouver quelquefois de forts mouvements d'impulsion, comme de faire entendre (quoique pas toujours) des bruits de *souffle vasculaire* qui se passent dans les vaisseaux dilatés de la thyroïde. La main placée sur la tumeur perçoit assez souvent du frémissement et des pulsations.

L'*exophtalmie* ou la propulsion du globe oculaire hors de l'orbite, est toujours bilatérale, quoiqu'elle soit plus prononcée d'un côté que de l'autre. Il arrive qu'elle manque complètement, elle peut aussi atteindre un degré tel qu'on a été jusqu'à décrire une luxation formelle du bulbe. Quand l'exophtalmie est fortement déclarée, l'expression du regard est souvent d'une fixité étrange. Cela tient à ce que la fente palpébrale est particulièrement large et que l'occlusion palpébrale s'opère rarement d'une façon normale (signe de STELLWAY). Un symptôme spécial qui mérite d'être noté, c'est celui que VON GRAEFE a décrit le premier et qui consiste en ce que les mouvements associés qui, dans la paupière supérieure, s'harmonisent avec le regard quand il s'élève et surtout quand il s'abaisse, mouvements qui dans les conditions normales ne manquent jamais, font ici défaut. Ce symptôme, dit de *Graefe*, est parfois une des premières manifesta-

tions de la maladie et peut à ce titre avoir quelque valeur diagnostique. S'il existe, il est effectivement très frappant et spécial. Cependant, d'après les observations qui nous sont propres, il ne se rencontrerait qu'exceptionnellement et en tout cas il fait souvent complètement défaut, même dans les maladies de Basedow les plus prononcées. Les troubles pupillaires et de l'accommodation ne sont pas signalés dans la maladie de Basedow. Par contre nous avons plusieurs fois observé des paralysies des muscles moteurs de l'œil et des anomalies dans les mouvements du globe oculaire, notamment un *strabisme* passager, etc. Notons en particulier un symptôme que MÖBIUS a remarqué le premier et que nous avons également constaté à diverses reprises (mais pas constamment) surtout chez des malades dont l'exophtalmie était considérable. Il consiste en ce que l'un des yeux reprend très rapidement sa position en dehors, quand (par la fixation d'un objet rapproché) on a fait exécuter au malade un fort mouvement de convergence des axes optiques (insuffisance de la convergence). On a observé des *ophtalmies graves*, dues probablement à ce que, par suite de l'exophtalmie, l'œil n'est plus suffisamment protégé par la paupière supérieure.

Outre la triade symptomatique que nous venons de dépeindre, la maladie de Basedow présente toute une série de symptômes qui s'offrent à l'observation aussi bien dans les cas-types graves, que quand elle revêt une de ces nombreuses formes anormales (appelées *frustes* par les Français). C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger d'abord quelques autres *symptômes nerveux*, surtout une *trémulation* particulière sur laquelle MARIE a appelé récemment l'attention. Ce tremblement affecte tantôt le corps tout entier, tantôt les extrémités seulement, montre de temps en temps des rémissions et des exacerbations, et peut devenir tellement violent qu'il fait le grand tourment des malades. Un tremblement modéré des doigts et des mains constitue une des manifestations les plus habituelles de la maladie de Basedow. Dans un cas de notre observation, c'est aussi un fort tremblement qui forma un des premiers symptômes de la maladie. Par moments il devint d'une véhémence telle que les extrémités et même les muscles de la face étaient pour ainsi dire pris de contractions convulsives. Parmi les autres symptômes d'ordre nerveux, mentionnons : la *céphalalgie*, le *vertige*, la *perte de mémoire*, l'*insomnie*, etc. Mais le signe le plus fréquent et réellement caractéristique en beaucoup de cas, c'est une *inquiétude nerveuse* et une *irritabilité d'humeur* qui semblent être propres aux malades. Cette agitation et cette précipitation dans tous les mouvements, dans l'action de parler entre autres, se révèlent parfois d'une manière si frappante lors de l'examen médical, qu'elles sont même pour le diagnostic un élément d'une certaine valeur. La *sensation de chaleur subjective*, la *rougeur subite de la face*

et la *chaleur aux mains* que beaucoup de malades accusent, tiennent probablement à des *troubles vasomoteurs*. Nous avons également à différentes reprises et d'autres avec nous (EULENBURG) constaté objectivement des ascensions thermiques allant jusqu'à 38,0 à 38,8. La sensation de chaleur est souvent accompagnée d'une *hypersécrétion sudorale* considérable (rarement unilatérale). D'autre part un de nos malades se plaignait d'une *sécheresse* continuelle dans la bouche.

Parmi les symptômes se rapportant à d'autres organes, signalons d'abord des désordres du côté de la *respiration*. Celle-ci est d'ordinaire accélérée à un certain degré, beaucoup de malades se plaignent de *dyspnée* et d'*oppression* thoracique. Dans un cas nous avons vu se produire de temps à autre des mouvements inspiratoires spasmodiques et profonds, ailleurs c'est une « *toux nerveuse* » d'une sécheresse particulière qui entre en scène telle que je l'ai observée également chez des goitreux. On signale aussi des manifestations du côté des *organes digestifs*. Les *vomissements* par accès ne sont pas rares et dans la maladie de Basedow grave ils peuvent devenir si persistants, si gênants et si incoercibles, qu'ils constituent le principal danger de cette affection. Nous avons connu une malade chez laquelle l'affection débuta par un accès de vomissements presque incessant et de plus d'une semaine de durée. Il est moins fréquent d'observer des *évacuations séro-muqueuses* d'un caractère particulier se produisant également par accès et parfois même un peu sanguinolentes. Une fois nous avons noté un *ictère* prononcé. — Enfin il nous reste à mentionner encore quelques troubles dont la *peau* est le théâtre : le *vitiligo* a été signalé plusieurs fois, puis une pigmentation brune et diffuse de la peau ou des *taches pigmentaires* ayant de l'analogie avec le chloasma et ensuite l'*urticaire*. Une particularité qui mérite d'être remarquée c'est que la *résistance à la conduction du courant galvanique par la peau*, ainsi que VIGOUROUX l'a trouvée le premier, est très réduite dans la maladie de Basedow. Il est à penser que ce phénomène est en rapport avec l'imprégnation du tissu cutané par la forte sécrétion sudorale, peut-être aussi avec une sorte d'atrophie de ce tissu. Un accident très rare mais dangereux, dont nous avons nous-même vu un exemple très curieux, c'est une *gangrène des extrémités* à origine spontanée en apparence. Notre cas, qui se termina fatalement, était une gangrène de la jambe droite. Au point de vue anatomique, les vaisseaux du membre ne présentaient pas la moindre trace d'une anomalie quelconque. Cette production de la gangrène dans la maladie de Basedow fait inmanquablement songer à la « *gangrène symétrique dite spontanée* » (v. plus haut) pour l'explication de laquelle il faut également invoquer une origine nerveuse.

La *nutrition* des malades ne souffre pas beaucoup dans la plupart des

cas ; cependant il existe généralement un certain degré d'anémie et d'amai-grissement. Mais quand les symptômes marchent avec des allures précipitées, la maladie de Basedow grave s'accompagne souvent, dans un espace de temps remarquablement court, d'une *émaciation* profonde et d'une *débilitation* des plus prononcées. L'*atrophie musculaire* semble se localiser de préférence dans des régions déterminées (muscles des bras et des jambes). — Disons pour finir que chez la plupart des femmes (pas chez toutes) il se déclare des troubles de la menstruation (surtout de l'aménorrhée). Dans des cas particuliers on a rencontré aussi de l'atrophie aux organes génitaux et aux seins.

Des complications spéciales ne sont pas précisément fréquentes dans la maladie de Basedow. Comme digne de mention on cite surtout la coïncidence d'autres névroses (hystérie, épilepsie) et de psychoses authentiques. Puis il y a encore d'intéressant la complication avec le diabète ou mieux avec la glycosurie alimentaire. On a également signalé la combinaison du tabes et de la maladie de Basedow.

Anatomie pathologique et pathogénèse. Quoique, ainsi qu'il résulte de la symptomatologie, toutes les manifestations de la maladie de Basedow indiquent qu'elle doit résider dans le système nerveux, les recherches anatomo-pathologiques n'ont fourni à cet égard que peu de données. Il existe bien une série de cas où des altérations auraient existé dans le grand sympathique et notamment dans ses ganglions cervicaux inférieurs. Mais la valeur pathologique de ces constatations n'est pas à l'abri de toute objection, et il y a d'autres cas où l'on a trouvé le grand sympathique sans aucune modification. Les difficultés et les hésitations ne sont pas moindres quand on veut interpréter théoriquement tous les symptômes de la maladie de Basedow par un trouble fonctionnel du grand sympathique. A n'envisager que les trois symptômes cardinaux de la maladie, on pourrait parfaitement faire cadrer l'accélération du pouls et peut-être aussi l'exophtalmie, avec l'hypothèse d'une *irritation du grand sympathique*, mais pas l'hypertrophie thyroïdienne, qui, elle, tient à une dilatation vasculaire. Dans la supposition d'une *paralysie du grand sympathique*, on s'explique le goitre de même que l'exophtalmie, si l'on admet que cette dernière est produite par la turgescence des vaisseaux du fond de l'orbite. Mais alors l'accélération du pouls ne concorde plus avec cette manière de voir. Disons encore que les expériences très intéressantes en elles-mêmes de FILEHNE, qui en sectionnant chez de jeunes lapins les corps restiformes a provoqué des symptômes analogues à ceux de la maladie de Basedow, n'ont pas encore trouvé d'application à la pathologie humaine. Nous sommes donc obligé de convenir que l'essence de la maladie de Basedow est encore complètement obscure. Il se

peut que les expériences instituées récemment sur le rôle assigné à la *glande thyroïde* (v. plus haut), soient en état de répandre un peu de lumière sur la genèse de cette curieuse maladie. En tout cas il est très remarquable que la maladie de Basedow et le myxœdème présentent jusqu'à un certain point une opposition complète entre leur tableau symptomatique respectif (Möbius). Dans le dernier tableau: atrophie de la glande, épaissement de la peau, ralentissement du pouls, hébétude de l'esprit; dans le premier, hypertrophie de la glande, atrophie cutanée, diminution de la résistance à la conduction, tachycardie, exaltation psychique. Mais on sait à peine présumer quelle pourrait être la nature du trouble que produit le corps thyroïde en action.

Marche et diagnostic. La *marche* de la maladie est presque constamment chronique et peut s'étendre à des années et à des périodes décennales. On rencontre pourtant des cas plus *aigus* à développement rapide et à terminaison funeste. Assez souvent les symptômes morbides présentent dans leur intensité de grandes fluctuations. Quelquefois ils disparaissent presque totalement pour revenir après un intervalle de plusieurs années. En général, quand la maladie se déclare pendant la jeunesse, elle autorise un pronostic moins favorable que celle qui coïncide avec un âge plus avancé. On a, paraît-il, enregistré des guérisons certaines, mais en tout cas elles sont rares. Par contre on a signalé des *améliorations* manifestes de tous les symptômes. Dans quelques cas à début aigu, et en apparence très graves, nous avons constaté une guérison presque complète. Après la disparition de tous les autres symptômes, il ne reste le plus souvent qu'un léger degré d'exophtalmie. La *terminaison fatale* a lieu parfois avec tous les signes d'un profond marasme, plus souvent à la suite de complications du côté des poumons ou du cœur. Toutefois, nous pouvons affirmer qu'il se présente d'assez nombreux cas de *légère intensité et des formes en quelque sorte rudimentaires* ne compromettant pas l'existence et que les cas graves sont parfois marqués d'améliorations notables et de temps d'arrêt.

Le *diagnostic* des cas *mal ébauchés* n'est pas toujours facile, attendu que les trois symptômes cardinaux sont loin d'être toujours exprimés. On doit alors porter toute son attention sur les autres signes de la maladie, surtout sur l'irritabilité nerveuse générale, le tremblement, la sensation de chaleur subjective, la tendance à la transpiration, etc. Dans les cas *prononcés*, au contraire, le *diagnostic* est presque toujours facile et sûr. L'altération particulière des traits de la face, due à l'amaigrissement et à l'exophtalmie, permet parfois de reconnaître la maladie au premier coup d'œil.

Traitement. L'*état général* occupe la première place dans le *traitement*. Le repos du corps et de l'esprit, une bonne alimentation à l'exclusion de

tous les remèdes échauffants (alcool, café fort, etc.), le séjour à la campagne, l'*hydrothérapie* prudemment conduite, et surtout les frictions à l'eau froide peuvent réaliser une amélioration sensible. Aux anémiques on prescrira du *fer*, seul ou combiné avec de petites doses d'*arsenic*. Les eaux prises à l'intérieur à Franzenbad, Schwalbach, Pyrmont, Elster, Cudowa, etc., donnent parfois de bons résultats. Le séjour dans les *pays montagneux* ou à la *mer* semble parfois être plus avantageux encore.

Parmi les autres remèdes il faut d'abord citer l'*électricité*, et notamment le traitement galvanique au cou, la soi-disant *galvanisation du sympathique* au bord interne du sterno-cleido-mastoïdien. C'est étonnant comme on voit parfois immédiatement se produire un ralentissement du pouls (« excitation du nerf vague » ou calme psychique!) VIGOUROUX au contraire préconise comme le meilleur mode de traitement, la *faradisation* du grand sympathique et de la glande thyroïdienne hypertrophiée. Comme *remèdes internes* on recommande l'*atropine* (teinture de belladone) et le *seigle ergoté* (ergotine). Il nous semble avoir plusieurs fois obtenu de bons résultats de l'usage de ce dernier. Pour les *palpitations* on a souvent recours à la digitale, mais le plus souvent sans succès. L'usage des préparations iodées est également presque toujours inefficace contre le goître. Quand l'exophtalmie est prononcée il faut garantir les yeux contre les agents vulnérants du dehors. Les graves désordres qui se déclarent quelquefois du côté des organes digestifs (vomissements, diarrhée) doivent être traités symptomatiquement (glace, opium, champagne).

Dernièrement, en s'appuyant sur les considérations théoriques émises au sujet de la pathogénie de la maladie de Basedow, on a tenté l'*extirpation partielle du corps thyroïde*. De divers côtés on en a proclamé les bons résultats; pour ce qui nous concerne, nous estimons que ces conclusions sont prématurées. Nos expériences personnelles en ce sens, à la vérité peu nombreuses, ne sont guère encourageantes.