

sèche, sueurs profuses. On peut observer, à la fin, des poussées de fièvre, des convulsions épileptiformes; ailleurs, de l'hypothermie et du collapsus. A la phase terminale, le corps dégage une *odeur de souris* caractéristique.

**Diagnostic.** — Le diagnostic n'est pas possible avant l'apparition de la mélanodermie; on croit alors à une tuberculose latente, à la leucémie, à l'anémie pernicieuse progressive, hypothèses infirmées par l'examen du poumon et du sang. La mélanodermie, quand elle existe, peut être confondue avec diverses autres pigmentations: professionnelles, toxiques (nitrate d'argent, arsenic), phtiriasiques (entre les épaules, à la ceinture, traces de grattage), qui se distinguent par l'absence de cachexie concomitante. Mélanodermie et cachexie coïncident souvent, par contre, dans la *péritonite tuberculeuse* (muqueuses indemnes), le *paludisme chronique* (teinte grisâtre, non brune, splénomégalie), la *pellagre* (érythème spécial, muqueuses décolorées), le *diabète bronzé* (gros foie).

## HUITIÈME PARTIE

### MALADIES DU CORPS THYROÏDE

#### I. — MYXŒDÈME

Par *myxœdème* ou *cachexie strumiprive*, on entend l'ensemble des troubles résultant de la suppression fonctionnelle du corps thyroïde, soit par *absence congénitale*, soit par *destruction acquise*, spontanée ou opératoire.

**I. Myxœdème spontané des adultes.** — Très insidieux, le début passe, en général, inaperçu, à moins qu'il ne succède brusquement, comme quelquefois, à des hémorragies ou à une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Constituée, la maladie est caractérisée par: la *tuméfaction des téguments*, des *troubles psychiques* et l'*atrophie du corps thyroïde*.

**Signes cardinaux.** — **Infiltration des téguments.** — Elle entraîne des déformations variables avec les régions. L'ensemble de la *face* est élargi et arrondi en *pleine lune*; les paupières infiltrées rapetissent les yeux; le *nez* est élargi; les *lèvres*, bouffies, sont renversées en dehors, les *joues* sont tuméfiées et tremblotantes, le *front* et les *oreilles* plissés. La peau du visage est, en même temps, d'un blanc jaunâtre, cireux, sauf aux *pommettes*, tachées, chacune, d'une plaquette rosée, et, aux *lèvres*, légèrement violacées. L'ensemble de ces traits réalise un facies hébété et stupide dit *facies myxœdémateux*. Sur le reste du corps, le tégument, également pâle, est infiltré d'un faux œdème mou et élastique, ne formant pas godet sous la pression du doigt. Un peu froides et cyanosées, les *extrémités* sont



FIG. 202. — Myxœdème spontané des adultes, facies.

plus déformées, les *pieds* élargis (pachydermiques), les *mains* épaissies en bêche, les doigts boudinés.

En même temps, les *ongles* sont cassants, striés, atrophiés ou épaissis; les *cheveux*, clairsemés, sont secs et lanugineux; les sourcils, les cils, les poils du pubis tombent en grande partie; la peau devient sèche et squameuse.

Les *muqueuses* également, sont gonflées, pâles et sèches, notamment celles du pharynx, de la langue qui est hypertrophiée, et du larynx, d'où résultent de la dysphagie et de la dysphonie.

**Troubles psychiques.** — La torpeur cérébrale domine. Apathiques et assoupis le jour, ces malades, quoique grincheux et irritables, ont la mémoire paresseuse et l'idéation imparfaite. La nuit ils souffrent d'insomnie et de cauchemars. Figés et taciturnes, les myxœdémateux ont les mouvements lents maladroits, et se déplacent difficilement.

**Atrophie thyroïdienne.** — L'examen de la région cervicale antérieure permet de constater l'absence ou l'atrophie du corps thyroïde. On observe quelquefois pourtant son hypertrophie au moins extérieure.

**Signes accessoires.** — A la triade classique s'ajoutent quelques autres signes. Les battements du cœur sont souvent faibles et irréguliers. L'*hypothermie* est la règle (jusqu'à 35°, 33°); les hémorragies (surtout utérines) sont fréquentes, parfois graves. La *voix* est lente et monotone, mal timbrée. Les *dents* sont souvent cariées ou absentes; la *dysphagie* n'est pas rare; la constipation est habituelle. Les *urines* sont normales, quelquefois albumineuses à la fin.

Les malades accusent fréquemment des *maux de tête*, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, mais surtout, une sensation pénible de *froid continu*; cependant la sensibilité objective est normale. Les troubles moteurs font défaut ou sont exceptionnels.

L'évolution du myxœdème est lente, progressive, quoique sujette à des rémissions passagères sous l'influence de la chaleur, des saisons ou des climats, de la grossesse. Le terme naturel en est la cachexie dont la phase ultime peut être marquée par la disparition de la tuméfaction cutanée. La mort est très souvent causée par la tuberculose ou par une complication pulmonaire, rénale ou cérébrale.

**II. Myxœdème congénital.** — La maladie est généralement méconnue jusqu'au sevrage de l'enfant. Les signes sont ceux du myxœdème de l'adulte, mais la différence essentielle réside dans un *arrêt de développement* physique et psychique, très spécial. Ces enfants restent des nains (0,90 cent. à 20 ans); seule la tête offre un volume à peu près normal; le crâne n'est volumineux qu'en arrière, le front est bas et étroit, la fontanelle antérieure ne se ferme pas; le nez est camus, la langue hypertrophiée déborde hors de la bouche entr'ouverte, la denture est defectueuse et irrégulière. Le cou est épais et court, le ventre large et proéminent (ventre de batraciens), le rachis dévié. Incurvés, les membres restent petits. Les cheveux sont gros, à reflet roux; les régions génitales restent glabres, la puberté ne se déclarant pas. L'eczéma

du cuir chevelu, les hernies sont fréquentes. En outre, le tégument est infiltré comme chez l'adulte et le corps thyroïde manque.

Au point de vue intellectuel, ces malades sont des *idiots*; plus rarement,

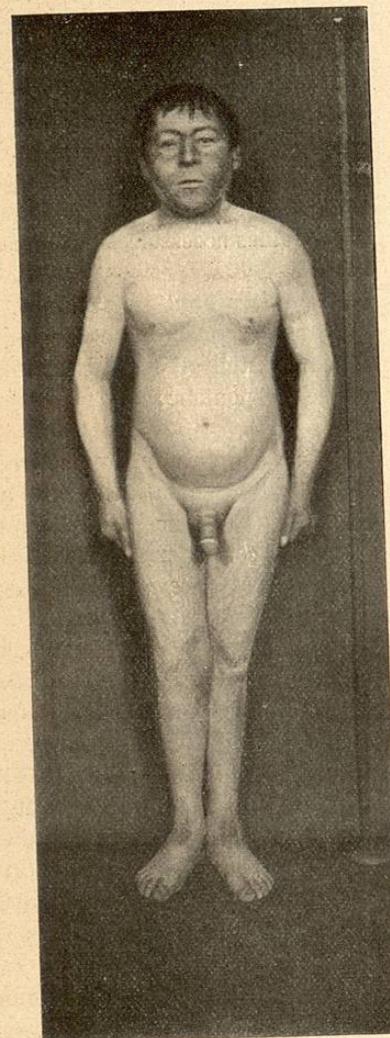


FIG. 205.



FIG. 204.

FIG. 205 et 204. — Myxœdème congénital, sujet âgé de 20 ans (Beaujon, 1901)

des *arriérés*, très souvent enclins à l'alcoolisme<sup>(1)</sup>. Leur déchéance est pourtant moins profonde que celle des idiots véritables dont ils n'ont ni les tics, ni le grincement de dents, ni l'onanisme; ils sont doux, ont quelque mémoire, apprennent à manger, à s'habiller, à se laver. L'évolution est très lente, la

(1) DEBOVE, *Presse méd.*, 4 mai 1898, 15 mai 1901.

vie peut durer 40 ans et plus; la mort résulte, en général, d'une complication pulmonaire.

**III. Myxœdème opératoire.** — Les symptômes apparaissent d'habitude 3 à 4 mois au moins après la *thyroïdectomie*, rarement plus tôt. Le sujet ressent d'abord de la courbature et une impression de froid, qui, en hiver, peut s'accompagner d'engelures aux extrémités. Les membres deviennent lourds et malhabiles, la peau s'infiltré et pâlit, les poils se raréfient; en même temps, l'intelligence s'obscurcit et le malade tombe dans la torpeur. La marche est d'habitude progressive; pourtant, certains cas sont susceptibles de longues rémissions, ou même de guérison, soit que l'extirpation du corps thyroïde ait été incomplète, soit que des parathyroïdes accessoires ou d'autres glandes vasculaires sanguines le suppléent.

L'affection est d'autant plus grave que les opérés sont plus jeunes. Le myxœdème opératoire des enfants est comparable au myxœdème congénital et comporte l'arrêt de développement physique et intellectuel. Chez l'adulte, le myxœdème provoqué est analogue au myxœdème spontané.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du myxœdème s'impose le plus souvent. On a pourtant noté des formes frustes; certains troubles de la ménopause ont même été imputés à une sorte de myxœdème fruste (Chantemesse et R. Marie).

Le faux œdème du tégument ne prête que peu à confusion: avec l'*œdème vrai* d'origine rénale ou cardiaque (godet); avec la *sclérodémie*, la *lipomatose généralisée*, les lipomes symétriques, l'*éléphantiasis des Arabes*.

Chez un même malade, peuvent coïncider des signes de goitre exophtalmique et de myxœdème; ce dernier résultant sans doute de la sclérose progressive du corps thyroïde d'abord hypertrophié. Probablement aussi, d'origine thyroïdienne, le *crétinisme endémique* se rapproche, à ce titre, du myxœdème, mais ne saurait lui être identifié. Quant à l'*idiotie vulgaire*, elle offre avec l'idiotie myxœdémateuse, bien des dissemblances, dont la principale est l'absence de tuméfaction des téguments.

**Signes étiologiques.** — L'absence congénitale de la glande thyroïde reconnaît des causes encore obscures. On l'a attribuée à l'alcoolisme ou à la tuberculose des parents. Le *myxœdème acquis*, observé de 30 à 50 ans est bien plus fréquent chez la femme, peut-être grâce à l'influence sur la glande thyroïde, des actes de la vie génitale (menstruation, grossesse, lactation). L'atrophie du corps thyroïde est peut-être, en certains cas, d'origine inflammatoire ou infectieuse (*thyroïdites* compliquant le rhumatisme articulaire aigu, l'érysipèle, la syphilis?).

Les effets surprenants de la médication thyroïdienne permettent d'éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

## 11. — GOITRE EXOPHTALMIQUE

**Signes étiologiques.** — Le goitre exophtalmique (*maladie de Basedow ou de Graves*) est un syndrome dont les éléments essentiels sont: la *tachycardie*, le *goitre*, l'*exophtalmie*, le *tremblement* et la *diminution de la résistance électrique du corps*. Il est du reste des formes incomplètes ou *frustes*. Récemment, les accidents ont été imputés à une hypersécrétion interne de la glande thyroïde, mais cette interprétation n'est pas encore définitive.

Le goitre exophtalmique est plus commun de 20 à 40 ans, et chez la femme. On relève souvent l'hérédité névropathique, et, dans les antécédents personnels: le surmenage, les émotions<sup>(1)</sup>, le rhumatisme, la grippe, les grossesses répétées. Les associations avec l'hystérie, la chorée, le tabes, la syringomyélie ne sont pas rares. Le goitre endémique peut se compliquer d'un syndrome de Basedow.

**Signes cliniques.** — Le début des accidents est souvent difficile à préciser; il peut sembler brusque, à la suite d'une grande émotion, mais, dans ces cas, des troubles légers préexistaient sans doute depuis longtemps.

**Troubles cardio-vasculaires.** — Chez un sujet devenu nerveux et irritable, le pouls, quoique régulier, s'accélère inopinément, de façon à compter 120, 150 ou même 200 pulsations; d'avantage à l'occasion des émotions et des efforts. En même temps, le choc du cœur peut devenir assez violent pour être visible à distance. Quelquefois, la tachycardie procède par accès intermittents. D'autres fois, le cœur, comme affolé, présente des battements arythmiques et inégaux. Ces troubles, tantôt sont presque inconscients, tantôt s'accompagnent d'angoisse et de vives douleurs précordiales. L'auscultation du cœur ne révèle souvent rien d'anormal, surtout au début; d'autres fois, elle fait constater à la base ou à la pointe, des souffles systoliques nettement inorganiques; ceux de la base symptomatiques de l'anémie; ceux de la pointe d'origine extra-cardiaque. Très rarement, à une phase avancée, on constate un souffle systolique en rapport avec une lésion valvulaire.

La violence des battements et du choc précordial peut donner, à la vue et à la percussion, l'impression d'une hypertrophie cardiaque qui n'est qu'apparente. Il s'agit, quelquefois, d'une dilatation réelle qui se dissipe quand le cœur est apaisé. À une période tardive, une véritable *asystolie* d'origine organique peut se déclarer<sup>(2)</sup>, non toujours irréductible du reste.

Les *artères du cou* sont habituellement animées de battements visibles à distance; quelquefois aussi celles des tempes, et même du fond de l'œil; plus rarement existent des battements épigastriques ou rétro-sternaux; les artères intéressées finissent par se dilater, tandis que leurs parois épaississent; par contre, point très spécial, le pouls radial reste petit et faible.

**Goitre.** — Ce signe est le plus constant, après la tachycardie. Quelquefois

<sup>(1)</sup> Voy. DEBOVE, *Rev. de thérapeutique*, 15 avril 1901 et *Tribune méd.*, 16 janvier 1904.

<sup>(2)</sup> DEBOVE, *Soc. méd., des hôpit.*, 26 mars 1880.

lente, l'hypertrophie du corps thyroïde gonfle peu à peu le cou, obligeant le sujet à faire élargir son col. Souvent, le goitre surgit en quelques jours ou quelques heures, au milieu d'accidents respiratoires congestifs. Son développement par poussées successives, correspondant à des exacerbations des troubles cardio-vasculaires, est le mode le plus fréquent. Même aigus, ces phénomènes ne sont pas purement congestifs, car la palpation permet de sentir, dans la masse, quelquefois réductible, des noyaux indurés. La tumeur est généralement de taille moyenne, de consistance molle ou fibreuse, presque toujours asymétrique et plus développée dans le lobe droit; réductible sous une légère pression de la main, elle subit, à chaque systole cardiaque, une notable expansion. Ses progrès peuvent entraîner, par congestion ou compression, des accès de suffocation effrayants, rendant parfois l'asphyxie imminente. A un moindre degré, ces crises se réduisent à une légère anxiété respi-



FIG. 205. — Facies dans le goitre exophtalmique (Dejerine).

atoire. La *compression du récurrent* peut aussi rendre la *voix rauque* et *sourde*.  
Le volume du goitre passe, du reste, par des phases de réduction et des périodes de turgescence concordant souvent avec des crises d'excitation vasculaire, imputables aux mêmes causes occasionnelles : émotions, efforts, époques menstruelles.  
L'hypertrophie, d'abord congestive pour une grande part, tend, avec le temps, à devenir organique, pour persister en partie, même après régression des autres accidents.

#### Exophtalmie et troubles oculaires concomitants. —

Sail-

lants, largement ouverts, les yeux d'un éclat bizarre, donnent à la physionomie une expression égarée et dure. Les progrès de l'exophtalmie sont parallèles à ceux du goitre. D'abord asymétrique, elle tend ensuite à devenir symétrique. Moyenne, elle gêne peu les malades; très accusée, elle peut aller jusqu'à la luxation des globes oculaires, ou en tout cas, en privant les yeux de la protection des paupières, favorise les irritations de la conjonctive, entraîne le larmolement et peut se compliquer de kératite ulcéreuse, lésion suscep-

tible, exceptionnellement d'aboutir à la perte de l'œil. Les *troubles visuels* : amblyopie, diplopie, strabisme, sont du reste passagers et exceptionnels.

On peut cependant constater divers troubles de l'innervation oculaire. En général, il n'y a ni troubles pupillaires, ni troubles de l'accommodation. L'ophtalmoscope révèle quelquefois la congestion et les battements des vaisseaux de la rétine, ce qui, au point de vue fonctionnel, se traduit d'habitude par des sensations de flammèches, de mouches volantes, ou encore par de la photophobie ou des hallucinations visuelles.

La musculature externe de l'œil est rarement intacte. Il n'y a plus synergie entre les mouvements des paupières et ceux du globe oculaire. Le sujet gardant la tête immobile si on lui fait suivre, du regard, le doigt promené de haut en bas, on remarque que la paupière, en retard, s'abaisse moins vite que la pupille, c'est le *signe de Græfe* qui fait défaut dans les autres exophtalmies. Le *signe de Stellwag*, consistant dans l'allongement de la fente palpébrale et l'occlusion incomplète des yeux, alors que le malade les croit fermés, est beaucoup plus rare. *Möbius* signale la *difficulté de la convergence des yeux*. Il n'est pas rare non plus de constater, chez ces malades, l'*ophtalmoplégie externe* (Ballet).

**Troubles moteurs.** — On connaît des cas de paralysie des membres (inférieurs presque toujours); d'abord ébauchées, ces *paraplégies* peuvent aller jusqu'à l'impotence presque complète, mais sans troubles sensitifs ni sphinctériens; toutefois, les réflexes rotuliens sont abolis ou très affaiblis. Cette complication comporte le *dérobement des jambes*, ou défaillance soudaine des membres inférieurs surprenant, par moments, le malade, qui tomberait s'il n'était soutenu.

Il est aussi des cas compliqués de *phénomènes spasmodiques* : crampes, contractures, crises de tétanie, accès épileptiformes, souvent difficiles à distinguer des accidents propres aux névroses fréquemment associées : hystérie, épilepsie, chorée.

**Tremblement.** — Si les troubles précédents sont épisodiques et transitoires, le *tremblement* (Charcot-Marie) est pour ainsi dire constant, soit continu, soit intermittent. Partiel ou plutôt généralisé, il est plus marqué au tronc, à la tête et surtout aux mains, persiste au repos et n'est pas modifié par les mouvements volontaires; menu et régulier, présentant 8 à 10 oscillations à la seconde, il rappelle assez le *tremblement alcoolique*, si ce n'est que, dans l'attitude du serment, les doigts écartés, au lieu de trembler individuellement comme dans ce dernier, participent au tremblement du membre entier. Le tremblement basedowien est encore *mieux appréciable au toucher*, qui perçoit une vibration et une trépidation continue.

**Troubles sensitifs.** — Très souvent, ces malades accusent des *névralgies* frontales ou oculaires (trijumeau), un endolorissement diffus du cou et de la nuque; quelquefois des douleurs rétro-sternales à forme d'angine de poitrine (plexus cardiaque); en d'autres cas, de la gastralgie ou des coliques fort pénibles, accompagnées, ou non, de *diarrhée séreuse* (crises rappelant les crises gastriques du tabes).

**Troubles sécrétoires et vaso-moteurs.** — Imputables peut-être à un

désordre fonctionnel des centres bulbaires, ils consistent : en *bouffées de chaleur*, affectant la tête, le cou, le tronc, ou même tout le corps; en *sueurs profuses*, circonscrites ou généralisées; en *sensations de chaleur* insupportable, poussant les malades à rechercher les courants d'air et à coucher à peine couverts en hiver. Cette sensation thermique est en général purement subjective; cependant, on peut observer, chez ces malades, de *petites poussées fébriles*, habituellement irrégulières, durant deux à trois heures, parfois plusieurs jours, mais susceptibles de réaliser les types les plus divers.

La *polyurie claire* avec *pollakiurie* annonce et accompagne assez souvent les crises d'érythème vasculaire. La *glycosurie* est bien plus rare. Abondante ou légère, intermittente, capricieuse, l'*albuminurie* manque rarement et coïncide aussi avec les périodes d'excitation circulatoire (albuminurie congestive).

Outre l'*œdème* d'origine cardiaque ou rénale, on remarque parfois au ventre, sur les côtés des jambes, mais surtout aux cuisses, un *œdème spécial* gardant mal l'empreinte du doigt, et très analogue à celui du myxœdème.

**Troubles psychiques.** — La plupart de ces malades ont un état mental très particulier : ils sont *agités*, en proie à un besoin de mouvement perpétuel, en même temps *instables*, passant, sans transition, de la gaieté exubérante au découragement; ils sont en outre *irascibles*, impatientes, difficiles à vivre. L'*insomnie* est chez eux très commune, ou le sommeil est troublé par des cauchemars et des *hallucinations de la vue*, parfois terrifiantes. Il peut en résulter des *crises d'aliénation* à forme maniaque ou dépressive, généralement curables, mais aisément récidivantes.

**Troubles cutanés.** — Des *pigmentations* irrégulières occupant la face, le cou ou les membres, souvent mêlées de *vitiligo*, ne sont pas rares; on les a même vus gagner la muqueuse buccale et simuler la maladie d'Addison. L'*urticaire* est également fréquente. On observe encore parfois une *raréfaction spéciale des cheveux et des poils de la face*, rappelant certaines pelades, mais sans plaques bien limitées.

M. Vigouroux a montré la constance d'un signe très particulier : la *diminution de la résistance électrique de la peau* (voy. *Électro-diagnostic*).

**Troubles digestifs.** — L'*appétit* est quelquefois capricieux, tantôt excessif (*boulimie*), tantôt éteint (*anorexie*). Les *vomissements*, sans être exceptionnels, sont inconstants. Par contre, il est fréquent d'observer des crises de *diarrhée séreuse* et *lientérique*, débutant brusquement, indolentes, se traduisant par 8 à 10 évacuations quotidiennes, crises tantôt espacées, tantôt répétées et graves. L'*ictère*, complication également possible, peut durer plusieurs mois et aggrave toujours la situation.

**Troubles respiratoires.** — La plupart reconnaissent une origine nerveuse : *dyspnée* paroxystique, asthmatiforme, correspondant à des signes de congestion et de catarrhe broncho-pulmonaire (râles sibilants et ronflants); ailleurs, *toux sèche* et fatigante continuelle.

**Troubles génitaux.** — L'*aménorrhée* est habituelle, souvent compliquée de leucorrhée. Chez l'homme, le sens génésique peut être passagèrement exalté, mais la *frigidité* et l'*impuissance* sont bien plus communes.

**Evolution. — Formes.** — Le tableau précédent est rarement au complet, les *formes frustes* où manque soit le goitre, soit l'exophtalmie, sont assez communes. L'érythème cardiaque est peut-être le signe le plus constant et le plus précoce; le goitre, puis l'exophtalmie, apparaissent ensuite, ensemble ou successivement. Quoique les variantes individuelles défient l'analyse, on peut distinguer des *formes aiguës* et des *formes lentes*. Dans les premières, à propos souvent d'une vive émotion, éclate une violente exaltation nerveuse, puis le syndrome se complète en quelques semaines ou quelques jours; il arrive aussi que la maladie prélude par une phase fébrile assez longue, ou par des signes thoraciques. La *forme chronique* débute insidieusement par la tachycardie en général, quelquefois encore par l'exophtalmie ou par le goitre; plus rarement par une phase d'anémie profonde et d'amaigrissement.

La *marche* procède d'habitude par poussées capricieuses, souvent favorisées par la fatigue, l'émotion, les règles, espacées dans les formes bénignes, rapprochées dans les formes graves. La *guérison* est possible, assez commune même; les accidents s'apaisent peu à peu. Quand la durée a été longue, un peu de goitre ou d'exophtalmie persiste souvent. Les cas sévères aboutissent soit à la cachexie et au collapsus; dénouement hâté par l'anorexie, la diarrhée, l'albuminurie, l'ictère; soit à l'*asystolie*. La mort résulte aussi parfois d'une maladie intercurrente (souvent la tuberculose).

Très variable, la *durée* oscille entre quelques mois (formes aiguës) et un nombre d'années indéterminé.

**Diagnostic.** — Les *formes complètes* ne peuvent être méconnues. Les *formes frustes* laissent longtemps perplexe. L'*érythème cardio-vasculaire intense* est généralement le trouble le plus significatif; encore est-il permis de croire à la *tachycardie essentielle paroxystique* que distingue seulement son évolution spéciale. Comme la maladie de Basedow, le tabes comporte : des paralysies oculaires, le dérochement des jambes, l'abolition des réflexes, quelquefois la tachycardie; le diagnostic est déduit d'une analyse clinique et chronologique délicate. Les cas d'association sont du reste fréquents.

Au début, certains états prêtent à confusion : telle est l'*association de l'hystérie et de la chlorose* (palpitations, souffles, troubles digestifs, asthénie); en pareil cas, la dépression domine, l'érythème cardio-vasculaire retentit sur le pouls radial; il n'y a pas d'amaigrissement. Les *tachycardies toxiques* sont passagères et troublent rarement le sommeil. La maladie de Basedow à *début thoracique*, surtout s'il y a de la fièvre, de l'amaigrissement, des sueurs profuses, simule la phthisie aiguë; l'évolution, l'élévation plus grande de la température, chez les phthisiques, sont seules capables de dissiper l'erreur.

NEUVIÈME PARTIE  
SÉMIOLOGIE DES MALADIES TOXIQUES  
ET DYSCRASIQUES

---

CHAPITRE I  
GÉNÉRALITÉS

A chaque instant l'organisme est exposé à subir l'action de substances toxiques, qu'elles viennent du dehors par des voies diverses, ou que lui-même les élabore.

Les *poisons exogènes*, organiques ou inorganiques, sont absorbés : soit *par accident*, soit dans l'exercice de certaines *professions*, soit dans un but *criminel* ou *thérapeutique*. Les modes d'introduction en sont variés : *ingestion*, *inhalations* (gaz, vapeurs), *absorption cutanée* (frictions, piqûres, plaies), *sous-cutanée* (injections hypodermiques) ou *muqueuse*.

Des *poisons endogènes*, les uns prennent naissance aux dépens des substances introduites dans le tube digestif et grâce à des réactions chimiques ou à des fermentations microbiennes; les autres, *fruits de l'élaboration cellulaire*, sont tantôt *normaux*, mais formés ou retenus en excès, tantôt *anormaux*. Seuls, les poisons d'origine cellulaire déterminent les *auto-intoxications* véritables.

Les *auto-intoxications* que des liens physiologiques et anatomiques évidents rapprochent des intoxications exogènes, paraissent dominer la pathogénie des *affections dyscrasiques* dont la lente évolution, les origines, souvent héréditaires, les affinités réciproques, contribuent à former un groupe nosologique naturel.

Toute intoxication implique : la présence dans l'économie d'une substance toxique, à dose suffisante, et aussi certaines aptitudes de l'organisme à en subir plus ou moins l'impression. Cette aptitude croît en raison des *idiosyncrasies* et de certaines *causes prédisposantes* (traumatisme, fatigue, écart de régime, infection), et de même décroît avec l'*accoutumance*.

La *dose toxique* varie avec les individus, les conditions d'âge, de poids, de santé du sujet, le mode d'absorption du poison. L'expérimentation permet pourtant d'établir des moyennes qui renseignent suffisamment dans la pratique.

L'organisme oppose aux poisons des *moyens de défense* variés. Un premier