

et Enriquez ont eu l'idée de donner aux basedowiens ce que les myxœdémateux ou, ce qui revient au même, les éthyroïdés ont en excès. Ils ont injecté chez neuf basedowiens du sérum de chiens éthyroïdés, à des intervalles de 5, 5 et 8 jours suivant les symptômes réactionnels observés. La dose de sérum injecté a été la première fois de 4<sup>cc</sup>,5 et fut portée progressivement à 15 centimètres cubes. Les injections furent suivies de divers accidents communs à tous les sérums : fièvre urticaire, douleurs articulaires, et de plus déterminèrent chez deux malades des crises de tétanie et des vomissements. Ces injections furent suivies d'une amélioration notable : diminution du goitre chez tous les malades, du tremblement, de l'exophtalmie et de la tachycardie. Ces résultats étaient encourageants, mais la difficulté de maintenir la survie chez les animaux éthyroïdés rendait la méthode d'application difficile; aussi les premiers essais ne furent-ils pas poursuivis. En 1897, MM. Burghard et Blumenthal, s'inspirant des mêmes principes, utilisèrent le sang d'animaux éthyroïdés, additionné de sérum physiologique et d'alcool, et traitèrent des basedowiens soit par ce mélange, soit par le produit sec (*serum siccum*). Enfin Otto Lanz eut l'idée d'employer, non plus le sérum, mais le lait d'animaux éthyroïdés (chèvres) et obtint des résultats manifestement favorables. Récemment MM. Hallion et Carrion (*Congrès de Bruxelles*, août 1905) ont proposé l'emploi d'une préparation de sang de mouton éthyroïdé incorporé dans de la glycérine à parties égales et ont donné au produit fabriqué par eux le nom d'hémato-éthyroïdine. Ce produit employé dans quelques cas, à la dose moyenne d'une cuillerée à café par jour, parfois jusqu'à deux et trois cuillerées à café, a donné des résultats encourageants; mais de nouvelles observations sont nécessaires pour permettre d'apprécier à sa juste valeur cette nouvelle médication.

Le traitement chirurgical a été très en faveur, dans ces dernières années.

Pratiquée d'abord empiriquement, la thyroïdectomie a trouvé sa justification dans la nouvelle théorie pathogénique de la maladie de Basedow; elle constitue un traitement rationnel qui, dans un certain nombre de cas, assure une guérison radicale, et, dans les cas moins heureux, une amélioration des plus notables.

La *thyroïdectomie* a été faite pour la première fois par le chirurgien anglais Watson, puis introduite en France par Dolbeau, Ollier, et pratiquée sur une large échelle par le professeur Tillaux, qui en a été le vulgarisateur dans notre pays; mais c'est à l'étranger, en Allemagne, que l'on compte le plus grand nombre de thyroïdectomies. L'ablation du corps thyroïde peut être totale ou partielle; on a recours habituellement à la thyroïdectomie partielle qui fait courir moins de dangers au malade et qui ne l'expose pas au myxœdème post-opératoire, bien que celui-ci puisse survenir parfois à la suite de la thyroïdectomie partielle.

D'autres opérations ont encore été pratiquées : on a fait la *ligature des artères thyroïdiennes*, mais ce procédé est à peu près abandonné aujourd'hui, car son application est aussi délicate que celle de la thyroïdectomie, tout en donnant de moins bons résultats. Jaboulay a proposé l'*exothyropexie* qui consiste dans la luxation en dehors et l'exposition à l'extérieur du corps thyroïde qui s'atrophie par la suite. Poncet, Jaboulay, Gangolphe ont obtenu des guérisons rapides par ce moyen. Mais il importe de savoir qu'il expose à des dangers sérieux, que la mort peut survenir après l'opération, déterminée par des troubles

nerveux, dus vraisemblablement aux tiraillements des filets du sympathique cervical.

C'est en somme la thyroïdectomie partielle qui constitue le procédé de choix. Heydenrich, réunissant dans une revue critique (*Semaine médicale*, 1895) les diverses observations de thyroïdectomie pratiquées jusqu'à ce jour, est arrivé à un total de 61 cas qui ont fourni 50 guérisons ou améliorations, 4 morts, 2 tétanies et 5 insuccès, soit une proportion de 82 pour 100 de guérisons absolues ou relatives. Briner (*Beiträge zur klinische Chirurgie*, XII, 5, 1895) relate 8 thyroïdectomies, suivies toutes d'une guérison complète ou à peu près complète. Bien que le manuel opératoire de la thyroïdectomie ait reçu de grands perfectionnements qui rendent l'opération relativement aisée à exécuter, celle-ci n'est cependant pas dépourvue de dangers, même quand elle est pratiquée par un chirurgien très expert. Elle expose à des hémorragies redoutables, à des accès de suffocation pouvant aller jusqu'à l'asphyxie, à la mort subite ou rapide dans le coma et surtout à la tétanie qui peut également avoir une terminaison fatale. Enfin, comme complication tardive, le myxœdème post-opératoire peut survenir, bien que cet accident soit très rare avec la thyroïdectomie partielle, ainsi qu'il a été dit. D'ailleurs la thyroïdectomie est loin d'être toujours suivie d'un résultat favorable. Nombreux sont les cas où, après cette opération, les symptômes cardinaux de la maladie de Basedow persistent ou même s'aggravent.

La tendance actuelle est d'abandonner cette opération dans la plupart des cas; on ne doit pas perdre de vue que les formes bénignes de la maladie sont communes et qu'elles sont susceptibles de guérir sous l'influence des moyens médicaux. Il peut même suffire de prévenir le malade qu'on va l'opérer, pour voir survenir la guérison! Pengrueber a relaté un fait qui démontre d'une façon bien intéressante la part de l'influence morale :

Une femme atteinte de la maladie de Basedow avait réclamé impérieusement une opération. On l'endormit, après avoir fait devant elle tous les préparatifs d'une opération; on lui appliqua un pansement au-devant du cou et on la réveilla en lui disant que celle-ci avait parfaitement réussi.... Au bout de quelques jours, le goitre, les troubles cardiaques, etc., avaient disparu!

En somme, la thyroïdectomie n'est justifiée que quand le traitement médical suffisamment prolongé a échoué et que le malade s'achemine progressivement vers la cachexie. Sa véritable indication réside dans les cas où les symptômes basedowiens sont venus se greffer sur un goitre ancien et principalement dans ceux où le goitre par son volume croissant détermine des accidents de compression (dyspnée, dysphagie).

Pendant la grossesse, le goitre prend volontiers un développement rapide; mais il serait téméraire de faire courir à la femme gravis les dangers de la thyroïdectomie.

Nous devons maintenant signaler la dernière opération proposée, c'est-à-dire la *section du sympathique cervical*, pratiquée entre le ganglion cervical supérieur et le ganglion moyen, ou la *résection totale du grand sympathique*. Cette opération serait plus rationnelle que la thyroïdectomie, si l'on adopte la théorie formulée par Abadie, et qui a rallié de nombreux adhérents. La section du grand sympathique a pour effet, suivant eux, de combattre l'hypertrophie thyroïdienne (attribuée à la vaso-dilatation des artères thyroïdiennes); de faire