

supérieur. Tous ces faits sont très rares. Ces paralysies sont des paralysies flasques; elles ont été quelquefois attribuées à l'hystérie (Vires); Londe<sup>(1)</sup> compare les paralysies du goitre exophtalmique à celle de la chorée: les unes comme les autres sont des paralysies flasques, s'accompagnant de diminution des réflexes et d'amyotrophies, et sont curables; pour Londe, elles doivent sans doute être rapportées à un trouble dans la fonction du cervelet.

Les perturbations médullaires se révèlent plus fréquemment par un état spasmodique qui se traduit par des *crampes* des gros muscles, de la *contracture*, des accidents passagers de *tétanie*, des *crises épileptiformes* à convulsions parfois généralisées au point de simuler l'épilepsie vraie. Ces manifestations de l'excitation motrice se confondent souvent avec d'autres de même nature relevant d'une maladie nerveuse: hystérie, épilepsie, chorée, évoluant parallèlement avec le goitre exophtalmique, si bien qu'il est malaisé de démêler la part qui revient à la névrose associée. Dans certains cas très nets, en l'absence de tout stigmate étranger, on a pu les rapporter à la maladie de Basedow.

L'*atrophie musculaire* a été constatée; mais les exemples en sont tellement isolés qu'il faut se contenter de les signaler.

Le *tremblement* est le plus constant et le plus important des troubles de la motilité. Ce signe, étudié par Charcot et par P. Marie, est un des symptômes les plus caractéristiques du goitre exophtalmique. Si on ne le constate pas toujours, c'est qu'il peut se montrer par intervalles et faire défaut au moment de l'examen. D'une intensité très variable, on est quelquefois obligé de le rechercher attentivement. Dans les cas discrets, on le met en évidence en plaçant sur la tête du sujet une plume longue et souple. On s'en rend mieux compte d'ailleurs par le toucher. Sous la main, le malade semble dans un état de vibration, de trépidation continue. Tantôt partiel, plus souvent généralisé, il est plus accentué au tronc, à la tête et surtout aux mains. Il est fait d'oscillations « brèves, menues, régulières », persistant au repos, et que les mouvements intentionnels ne paraissent modifier en aucune façon. Très semblable comme aspect au tremblement de la paralysie agitante, à part le geste spécial aux parkinsonniens, la rapidité de son rythme, 8 à 10 oscillations à la seconde, le rapprocherait plutôt de celui de la paralysie alcoolique; il se distingue de ce dernier en ce que si, pour le rendre plus sensible, on fait étendre la main dans l'attitude du serment, les doigts sont agités non plus par eux-mêmes, « individuellement », comme dans l'alcoolisme, mais en raison de la trépidation du reste du membre supérieur. Le tremblement, signe précieux dans l'appréciation des cas où le type morbide est dégradé, a une valeur telle qu'il convient de l'ajouter à la triade symptomatique pour compléter la formule de la maladie de Basedow.

2° *Troubles sensitifs*. — Les phénomènes douloureux surviennent indifféremment à toutes les époques de la maladie, mais ne manquent presque jamais. Bien plus souvent que les filets moteurs, les filets sensitifs du trijumeau sont atteints: les *névralgies* frontale, oculaire, sont très communes. La nuque et le cou ne sont pas plus épargnés; mais, dans cette région, la douleur ne revêt pas toujours la forme purement névralgique, et consiste alors en une exaltation diffuse de la sensibilité. Il faut remarquer à ce sujet que, dans la maladie de Graves, ces hyperesthésies locales ne sont pas les seules: on se souvient que le choc du cœur, indolore dans certains cas de palpitations très violentes, s'accom-

(1) LONDE. *Soc. méd. des hôp.*, 15 octobre 1899.

pagne au contraire de vives douleurs en d'autres cas où la locomotion cardiaque est à peine plus active que d'ordinaire: le rôle de la susceptibilité cutanée est là aussi bien évident.

Les exacerbations de la sensibilité profonde semblent se montrer de préférence au niveau des centres sympathiques. Les plexus cardiaque, solaire, mésentérique, sont le plus particulièrement frappés. Les douleurs, localisées sous le sternum, se propageant au cou et au bras gauche, simulent à s'y méprendre les accès d'angor pectoris. Nous avons déjà signalé plus haut ces crises d'angine de poitrine. D'autres fois elles siègent profondément à l'épigastre et à l'abdomen, irradiant dans les intestins sous forme de coliques fort pénibles, et se résolvent parfois en diarrhées séreuses; elles rappellent les crises gastriques du tabes. Nous verrons que le goitre exophtalmique, considéré par certains auteurs comme une « terminaison bulbaire » du tabes, a bien d'autres rapports avec lui.

5° *Troubles sensoriels*. — Nous avons étudié, avec les autres symptômes oculaires, les troubles sensoriels de la vision. Parfois l'audition est troublée (hyperesthésie sensorielle, hyperacousie); ces troubles peuvent déterminer des vertiges. Tous ces symptômes sont très inconstants et n'ont pas grande valeur.

*Troubles psychiques*<sup>(1)</sup>. — Dès le début, souvent bien avant que les symptômes cardinaux aient commencé à se montrer, les malades donnent les signes d'un *état mental* très particulier. Une indéfinissable agitation les tourmente. Poursuivis par un incessant besoin d'agir, de se déplacer, ils ne tiennent pas en place et changent à tout instant de besogne. Leur sensibilité se traduit sans modération; les marques de joie, de tristesse, sont excessives, sans proportion avec les motifs, sans motif même. Ils passent sans transition de la gaieté la plus enthousiaste à l'amertume et au découragement. Les idées se pressent, mobiles, instables, sans lien logique. Ils parlent avec volubilité. En même temps, leur caractère s'aigrit, leur affectivité se modifie, ils deviennent difficiles à vivre. Impatients et irascibles, ils s'emportent au moindre retard, à la plus petite contradiction. Désagréables avec leurs proches, ils leur font subir une humeur changeante et quinteuse, exigeant beaucoup d'eux, difficilement satisfaits, jamais reconnaissants. L'*insomnie*, très fréquente, entretient et aggrave cet état d'excitation. Comme les autres symptômes de la maladie de Basedow, il a ses phases aiguës après lesquelles tout rentre dans un calme relatif. Mais parfois les désordres cérébraux s'accroissent et se précisent; on voit des malades obsédés par les craintes que leur suscitent la force et la persistance des palpitations; tourmentés par les cauchemars, par les hallucinations de la vue parfois terrifiantes, ils peuvent devenir hypocondriaques, passer par des crises de dépression extrême ou de *manie aiguë* qui se terminent généralement par la guérison, mais laissent après elles une déséquilibration, une mobilité inquiète telles qu'on doit redouter les rechutes au plus léger prétexte. La tristesse profonde, l'affaiblissement de la volonté, la perversion des sentiments affectifs, l'exaltation alternant avec un état marqué de dépression, sont les troubles psychiques les plus ordinairement rencontrés dans le goitre exophtalmique. Mais les observations de psychoses survenant au cours de la maladie de Basedow sont encore peu nombreuses. Dans les 45 cas réunis par Hirschl, toutes les formes de folie sont représentées (manie, mélancolie, paranoïa, folie du doute, paralysie générale, etc.). La *pathogénie* de ces troubles mentaux est fort discutable; on a

(1) Voir pour plus de détails: DUTIL, in *Traité de Pathologie mentale de G. Ballet*, p. 1509.

admis qu'ils appartiennent en propre au goitre exophtalmique, et cette théorie est encore soutenue par Boinet, par Devay, — qu'ils lui sont surajoutés, — que la maladie de Basedow aggrave les troubles mentaux préexistants, — que troubles mentaux et goitre exophtalmique sont de souche commune. Joffroy, Raymond et Sérieux, admettent que c'est dans l'hérédité névropathique qu'il faut chercher l'origine de ces troubles; et, pour Vires, ceux-ci ressortissent à d'autres maladies (aliénation mentale, vésanie, etc.).

**Altérations de la peau. — Troubles vaso-moteurs et trophiques.** — Sans préjuger si c'est le bulbe qui est spécialement touché dans la maladie de Basedow, il faut noter, à côté du syndrome fondamental constitué par la triade, à côté des troubles dans le territoire des nerfs prenant leur origine dans la moelle allongée, une série de symptômes qui semblent résulter d'un désordre fonctionnel des centres bulbaires. Sans doute il y a plus d'un centre de calorification; mais s'il en est un principal qui préside à la calorification générale, il est évidemment situé, quoique la démonstration anatomique ne soit pas faite, au proche voisinage du centre vaso-moteur. Ces deux sources physiologiques sont presque toujours intéressées. Nous avons vu que les paroxysmes des désordres circulatoires s'accompagnent d'un flux congestif du côté du cou et de la face; en même temps des bouffées de chaleur montent à la tête; le cou, de préférence, parfois le tronc, parfois même tout le corps, se couvrent de *sueurs profuses* perlant au creux des mains, dont le caractère névropathique éclate dans certains cas où on les a vues limitées à une moitié du corps. En dehors de ces crises, les malades éprouvent une intolérable sensation de chaleur, une *thermophobie* de tout point semblable à celle de la paralysie agitante. On les voit rechercher les courants d'air; couchés, ils ne peuvent souffrir de couvertures, et même en hiver dorment couverts à peine d'un drap; ils dorment peu d'ailleurs, inquiets des battements de leur cœur, sans cesse agités par un insatiable besoin de fraîcheur. La peau cependant n'est pas plus chaude qu'à l'ordinaire. Si l'on a constaté parfois une légère élévation de température périphérique, elle n'est pas en rapport avec l'énergie de la sensation de chaleur, que les malades déclarent insupportable. La température centrale n'est pas modifiée le plus souvent. Les cas sont nombreux néanmoins où on l'a trouvée supérieure à la normale de un, deux et même trois degrés et s'accompagnant à ce dernier point d'accidents cérébraux mortels. On observe en général de petites poussées thermiques, d'allure très variable et pouvant se rattacher aux types les plus divers de la fièvre. Le plus communément elles surviennent sans régularité à certains moments de la journée, durent deux à trois heures, quelquefois plusieurs jours. Leur apparition assombrit le pronostic. Est-ce bien là de la *fièvre*? Insomnie, bouffées de chaleur, malaise, fréquence du pouls, élévation thermique: un tel groupement de symptômes en donne assurément l'illusion. Mais ceux qui l'ont étudié plus particulièrement, Trousseau, Teissier père, et surtout Bertoye (de Lyon), ne le pensent pas: l'insomnie et la sensation de chaleur ne sont pas nécessairement concomitantes de l'élévation de température. D'un autre côté ce dernier phénomène, quand il existe, se manifeste, ainsi que l'accélération du pouls, en dehors des paroxysmes. Enfin, on n'a pas relevé chaque fois, au cours des crises fébriles, de modifications des déchets urinaires.

Les œdèmes que l'on observe assez souvent sont dus soit à des lésions cardiaques ou rénales, soit à des troubles vaso-moteurs ou à la cachexie thyroï-

dienne (Liégeois); ils sont passagers, localisés de préférence aux faces latérales de la jambe, au ventre et surtout aux cuisses. En certains cas, le doigt n'y laisse pas nettement d'empreinte en godet; il y aurait plutôt alors un épaississement, une infiltration du derme analogue à ceux du *myxœdème*, et la ressemblance est frappante dans les cas, assez rares, où cet œdème se généralise.

Aux troubles du système nerveux, il convient de rattacher les *altérations de la peau*. L'une des plus remarquables en effet, la *pigmentation anormale*, dessine sans certains cas sur le corps des zébrures symétriques. Le plus communément, il est vrai, la pigmentation des téguments occupe des zones irrégulières, envahissant soit le cou et la face, soit aussi le tronc et les membres. Il est des cas où elle est accentuée au point de simuler la maladie d'Addison, d'autant plus qu'on l'a vue gagner jusqu'à la muqueuse buccale et qu'elle se montre surtout quand le malade est débilité. Les taches de *vittiligo* sont fréquentes aussi et parfois apparaissent en même temps. Au contraire des autres symptômes de la maladie, ces altérations pigmentaires sont irrémédiables.

À côté d'elles, il n'est pas rare d'observer des *éruptions cutanées* peu spéciales, et surtout l'*urticaire*.

On a décrit une *pelade* spéciale à la maladie de Basedow; c'est plutôt, d'après Joffroy, une « pseudo-pelade », sans plaques, ne déterminant pas la calvitie, et dans laquelle les cheveux et les poils de la face deviennent rares et cassants. Berliner (\*) a rapporté cinq cas de goitre exophtalmique avec alopecie totale; récemment Jacquet et Gaumerais (\*\*) ont insisté à nouveau sur la coexistence du goitre exophtalmique et de la pelade.

L'association du goitre exophtalmique et de la *sclérodémie* a été signalée par Leube, Kahler, Bouthier, Sainte-Marie, Jeanselme, Dupré et Guillain.

La peau est encore le lieu d'un trouble plus particulier, la *diminution de la résistance électrique*, étudiée par Vigouroux (1000 ohms et au-dessous, au lieu de la moyenne 4000). On a attribué ce phénomène à la présence des sueurs abondantes qui accompagnent souvent la thermophobie; mais l'abaissement de la résistance est peu marquée dans nombre de maladies où la diaphorèse est aussi considérable; cette opinion n'est donc pas pleinement admissible. La diminution de la résistance manque quand il y a association d'hystérie (normalement, l'hystérie augmente la résistance électrique).

**Troubles de l'appareil urinaire.** — En dehors de toute poussée fébrile on a constaté assez souvent une véritable *polyurie*: urines abondantes, claires, mictions fréquentes. Cette diurèse excessive, d'origine évidemment centrale, précède habituellement de peu les périodes où les accidents redoublent, pour disparaître dès qu'ils s'atténuent. Parfois la polyurie précède l'apparition du goitre (C. du Bourguet et Legrain).

L'*albuminurie* n'a presque jamais fait défaut quand on l'a recherchée avec persévérance. Très différente dans ses allures des albuminuries symptomatiques d'une lésion du rein, on peut la constater à tous les stades de la maladie, à toute heure de la journée, mais de préférence après les repas. Abondante ou légère, intermittente, capricieuse, elle paraît suivre dans ses phases l'excitation circulatoire. Sa prédilection pour les périodes où l'érythème vasculaire s'accroît semble en démontrer l'origine congestive; son association avec la glycosurie et

(\*) BERLINER. *Monatschr. f. Prakt-Dermat.*, Bd XIII, n° 11.

(\*\*) JACQUET et GAUMERAI. *Soc. méd. des hôp.*, 1902.

la polyurie fait penser que les effets de la congestion peuvent retentir surtout sur quelques noyaux du quatrième ventricule.

La *glycosurie* est rare : elle est observée surtout chez la femme. Souques et Marinesco (1) en ont réuni 26 observations, dont une personnelle : c'est la maladie de Basedow qui débute, et qui favorise l'apparition de la glycosurie ; chez une femme atteinte depuis son enfance d'un goitre exophtalmique qu'aggravèrent par la suite plusieurs grossesses, la glycosurie apparut à l'âge de 40 ans, entraînant la mort en moins d'un an. Pitres (2), Lannois (3), rapportent des cas analogues : la mort survient toujours assez rapidement, dans le coma. Le taux du sucre est très variable en pareil cas. Diénot (4) a rassemblé 51 cas de glycosurie dans la maladie de Basedow. A quelle cause rattacher ce diabète ? On l'attribue soit à une lésion du 4<sup>e</sup> ventricule, soit à une simple coïncidence. L'épreuve de la glycosurie alimentaire est souvent, mais non toujours, positive chez les basedowiens ; Diénot ne croit pas la glycosurie alimentaire plus fréquente chez ces malades que chez les sujets sains.

**Troubles de l'appareil digestif.** — La note névropathique se retrouve dans les anomalies des fonctions digestives. Comme le caractère, l'appétit est quelquefois changeant et fantasque : en dehors des crises de gastralgie provoquées par les douleurs viscérales, il peut se montrer, par périodes, impérieux, excessif, ou au contraire affaibli et nul. A l'anorexie presque totale, au dégoût même des aliments succède une fringale, une voracité que rien n'apaise, de véritables accès de *boulimie* qui ne semblent pas retentir autrement sur la digestion des malades. Parfois cependant il survient des *vomissements* ; mais ils ne durent pas longtemps d'habitude, et sont en somme assez banals. On n'en peut dire autant de la *diarrhée*, accident d'une fréquence et d'une gravité remarquables : elle se manifeste par crises très semblables aux crises gastriques du tabes, dont elles ne diffèrent que par l'absence de douleur : même début soudain, même guérison brusque et spontanée après avoir résisté aux moyens thérapeutiques ordinairement efficaces. Les malades évacuent huit, dix fois par jour et plus, des selles liquides, un exsudat séreux au milieu duquel on reconnaît facilement les aliments à peine attaqués par les sucs digestifs. Cette *lenterie* n'apparaît pas à date fixe ; se montrant par intermittences, par poussées passagères et répétées, ou s'établissant à l'état permanent, elle vient souvent aggraver une situation déjà compromise. Ces crises diarrhéiques peuvent être un signe précurseur de la maladie, et même quelquefois un symptôme révélateur des formes frustes.

Comme dans le tabes encore, la sécrétion biliaire aussi est quelquefois exagérée, par un mécanisme probablement analogue à celui des autres troubles sécrétoires. L'*ictère* apparaît et peut durer quelques mois. Il est généralement un signe de mauvais présage. On a signalé aussi des crises de *ptyalisme*.

**Troubles de l'appareil respiratoire.** — Les troubles de l'appareil respiratoire peuvent, pour la plupart, se rattacher aux symptômes nerveux. Les *troubles laryngés*, qui existent quelquefois, sont toujours peu intenses (compression de la trachée et du larynx par le goitre). On note fréquemment l'*accélération de la respiration* (20 à 50 mouvements respiratoires par minute) ;

(1) SOUQUES et MARINESCO. *Bull. méd.*, 15 juin 1897.

(2) PITRES. *Bull. méd.*, 18 août 1897.

(3) LANNOIS. *Lyon méd.*, 14 novembre 1897.

(4) DIÉNOT. Thèse de Lyon, 1898-1899.

souvent le thorax est à peine soulevé pendant les mouvements inspiratoires ; il s'élargit avec difficulté : cette impossibilité d'exécuter des inspirations forcées constitue le *signe de Bryson*. La dyspnée, qui peut être provoquée par les désordres cardiaques, prend volontiers l'allure des accidents asthmatiques. Il s'y ajoute, grâce au retentissement des poussées congestives sur le poumon, un élément catarrhal qui augmente encore la gêne respiratoire. Pendant les paroxysmes, la respiration est fréquente, et l'on perçoit à l'auscultation des râles sibilants et ronflants qui témoignent de l'hyperémie bronchique. Ces signes stéthoscopiques n'accompagnent pas nécessairement les crises de dyspnée, et, en dehors de toute autre manifestation pulmonaire, il est des cas où les malades toussent continuellement, d'une *toux* sèche et fatigante. Ces manifestations thoraciques ne comportent de gravité qu'à de rares exceptions.

L'association de la tuberculose et du goitre exophtalmique a été signalée quelquefois.

**Troubles des fonctions génitales.** — Il n'existe guère d'exemples où les fonctions génitales ne soient altérées. Les *troubles menstruels* sont constants : presque toujours c'est de l'*aménorrhée* que l'on constate. A la place des règles supprimées s'établit souvent de la leucorrhée. Peut-être, d'ailleurs, la chlorose, fréquente chez les femmes atteintes de goitre exophtalmique, a-t-elle une part déterminante dans ces désordres utérins. En tout cas, l'aménorrhée semble suivre la tachycardie et s'amender avec elle. La *grossesse*, qui peut (mais rarement) être menée normalement à terme chez les malades, détermine presque toujours une aggravation de tous les symptômes du goitre exophtalmique : pourtant on a signalé quelques observations, exceptionnelles d'ailleurs, où la grossesse a été suivie d'une amélioration notable (Charcot, Leite, Renault). Chez les *hommes*, on a noté une exaltation passagère du sens génésique et plus souvent de la frigidité et même de l'impuissance. Des observations signalent une *atrophie isolée des mamelles* ; Barth les a vues au contraire s'atrophier dans un cas où l'amaigrissement général était déjà très accentué ; d'ailleurs l'atrophie des mamelles est un signe *précoce et presque constant*, et qui paraît avoir une grande importance pour le diagnostic.

**État général.** — Nous avons déjà insisté sur les poussées thermiques qui se produisent au cours du goitre exophtalmique. L'*amaigrissement* est fréquent dans cette maladie, et les sujets finissent par tomber dans une véritable cachexie (*cachexie thyroïdienne*). Cet amaigrissement peut se produire sous forme de *crises*, capricieuses dans leur mode d'apparition et dans leur évolution (Huchard). Les modifications de la nutrition générale sont fort importantes : elles ont été particulièrement étudiées par Nicolaï Schiodte, qui a montré une grande augmentation des échanges nutritifs, le nombre des calories consommées par les malades étant beaucoup plus considérable que le nombre consommé par l'homme sain. Ces troubles de l'état général finissent par amener une déchéance profonde de l'organisme, et par conduire le malade, lorsqu'ils sont intenses, à la cachexie terminale et à la mort.

**Marche, Durée, Terminaisons, Pronostic.** — On le voit, il n'est guère d'organe qui ne soit atteint au cours de la maladie de Basedow. Au milieu de cet ensemble si complexe, les manifestations les plus disparates se rencontrent reliées entre elles par un caractère commun d'origine nerveuse. Mais le tableau symptomatique est rarement complet. Bon nombre des troubles secondaires ne

s'observent pas chez le même sujet. Le phénomène fondamental et vraisemblablement toujours présent, c'est l'excitabilité du cœur. Ses manifestations légères passent si souvent inaperçues du malade qu'on est en droit de se montrer sceptique devant les observations où elle fait défaut. En général ce sont les troubles cardio-vasculaires qui marquent le début; le goitre et l'exophtalmie suivent l'un après l'autre, sans règle, ou tous les deux simultanément, et les accidents viscéraux ferment le cortège. Telle est l'esquisse de la marche à type classique. Mais l'évolution de la maladie de Basedow est des plus irrégulières et varie presque avec chaque individu. On peut cependant distinguer *des formes aiguës et des formes lentes*. Parmi les premières, qui succèdent souvent à un violent ébranlement moral, les unes se révèlent d'abord par une exaltation nerveuse extrême au milieu de laquelle le syndrome cardinal s'établit en quelques semaines, en quelques jours même. D'autres affectent une allure fébrile dès la première heure, et les accidents thermiques se prolongent parfois avant que la triade ne soit établie et permette de préciser le diagnostic. Enfin la période initiale peut être constituée presque uniquement par des phénomènes thoraciques.

La forme chronique, à développement lent et progressif, débute aussi d'une manière très variable. Tantôt, et c'est le mode plus commun, la tachycardie et les palpitations sont les premiers indices; tantôt les yeux et le corps thyroïde sont pris sans qu'aucun trouble en ait averti, à part la susceptibilité nerveuse et les troubles menstruels. Tantôt encore une anémie profonde, un amaigrissement extrême ont devancé la venue des grands signes. Enfin les troubles viscéraux peuvent ouvrir la scène.

Quel que soit le début, il est difficile de prévoir l'allure de l'évolution. Elle se fait par poussées, à époques variables, sous des influences obscures souvent ou à l'occasion d'efforts énergiques, de fatigues excessives, d'émotions vives, des règles. Après le paroxysme la sédation se produit, mais le mal s'est aggravé, les symptômes extérieurs se dessinent davantage et l'état d'excitation se prononce. Dans les formes bénignes, les crises se passent à des époques assez éloignées, laissant entre elles un calme relatif. Elles se répètent et augmentent d'intensité, amenant rapidement la cachexie, dans les cas graves.

La maladie de Basedow peut guérir; c'est même la terminaison la plus ordinaire quand elle évolue sans que les accidents viscéraux éclatent. Les symptômes s'amendent lentement, mais ne disparaissent pas sans laisser de vestiges. Pour peu qu'elle ait duré le goitre ne recède pas totalement, et les yeux sont toujours un peu saillants et irréguliers. Il reste surtout un état de susceptibilité nerveuse tel que la guérison risque d'être compromise au moindre choc.

Les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement. Souvent quand les désordres viscéraux se sont déclarés, l'anorexie prolongée, la diarrhée, l'ictère, l'albuminurie aboutissent à un point de misère physiologique extrême: les malades profondément anémiés, amaigris, tombent dans la cachexie terminale, et la mort survient habituellement au milieu du collapsus, à moins qu'ils ne soient emportés par quelque maladie intercurrente contre laquelle leur épuisement les laisse sans défense.

Quelquefois la mort est extrêmement rapide (Trousseau, Dieulafoy). Dans d'autres cas, elle est le fait d'une complication: compression de la trachée par le goitre, asystolie; ou bien elle est hâtée par l'apparition d'hémorragies (Popoff, Dieulafoy) et en particulier d'hématémèses. C'est souvent au milieu de troubles digestifs intenses (diarrhée profuse, ictère) que survient la terminaison

fatale. Il n'est pas rare de voir la tuberculose pulmonaire se développer chez ces sujets, et hâter l'évolution de la maladie.

La durée de cette maladie, on le conçoit, est très variable. Les cas aigus évoluent en quelques mois; quand le dénouement est favorable, il subsiste une perpétuelle menace de rechute. Les formes chroniques sont coupées de périodes de rémission parfois très longues, qui ne permettent pas de leur fixer une durée moyenne.

**Formes.** — Nous venons de signaler des formes dépendant de l'évolution même de la maladie (formes aiguës et chroniques). Parfois, les symptômes sont réduits au minimum: il s'agit d'une *forme fruste* de la maladie: en pareil cas, on peut dire que la tachycardie ne manque jamais, car elle est le symptôme le plus constant de la maladie de Basedow. Dans ces formes frustes, qui ont fait l'objet de la thèse inaugurale de Pierre Marie, en 1885, le goitre peut manquer; cependant on est en droit de penser que les altérations de la glande thyroïde auraient été révélées par un examen plus minutieux. L'exophtalmie est quelquefois complètement absente; le plus souvent cependant, un examen attentif permet de reconnaître une saillie un peu plus considérable des globes oculaires et un certain éclat du regard; c'est surtout dans ces cas frustes que l'on a observé l'*exophtalmie unilatérale*, que nous avons déjà signalée plus haut. Le tremblement manque rarement.

L'âge imprime quelques modifications au tableau symptomatique de la maladie de Basedow. Chez le *vieillard*, on observe surtout des formes à évolution lente et torpide. Chez l'*enfant*, le goitre exophtalmique est rare; mais plusieurs observations en ont été cependant rapportées: Steiner<sup>(1)</sup> a montré que chez l'enfant il s'agit souvent d'une forme fruste et rapide; la tachycardie et le tremblement sont peu marqués; le goitre est constant; le tremblement est moins marqué que chez l'adulte, et est choréiforme; on note souvent des stigmates d'hystérie et des troubles psychiques très accentués. Zuber<sup>(2)</sup> a étudié aussi le goitre exophtalmique de l'enfant. Holmès<sup>(3)</sup> a observé la maladie de Basedow chez quatre enfants de la même famille, un garçon et trois filles: l'aîné de ces enfants avait 12 ans, et le troisième 4 ans 1/2; chez une petite fille de 2 ans, on ne trouvait qu'un peu de tachycardie et une rapidité plus grande de la respiration. Holmès rappelle que Ehrlich a cité 19 cas, Kronthal, 5, et Dreschfeld, 2 cas de goitre exophtalmique chez des enfants. Dans une communication récente, Variot et Roy<sup>(4)</sup> ont vu, chez un enfant de 4 ans, tous les symptômes de la maladie de Basedow apparaître après une coqueluche<sup>(5)</sup>.

L'association avec d'autres affections peut modifier l'aspect clinique du goitre exophtalmique: l'association avec l'*hystérie* est extrêmement fréquente; on a même pensé que l'hystérie peut suffire à créer de toutes pièces la maladie de Basedow; de même on a signalé plusieurs fois la coexistence de l'*épilepsie*, de la *chorée*, de la *tétanie*, du *tabes*, de la *syringomyélie* (Joffroy et Achard), de la *sclérodémie*, du *myxoedème*: en ce dernier cas, il s'agit le plus souvent de myxoedème succédant au goitre exophtalmique; exceptionnellement les deux maladies évoluent simultanément.

(1) STEINER. *Wien. med. Blätt.*, 11 février 1897.

(2) ZUBER. *Revue des mal. de l'enf.*, 1900.

(3) HOLMÈS. *Philad. med. Journ.*, 11 juin 1898.

(4) VARIOT et ROY. *Soc. méd. des hôp.*, 6 décembre 1901.

(5) À ce sujet, on lira avec intérêt la thèse de BARRÉ: *La maladie de Basedow dans l'enfance* (Paris, 1901).