

vésicules, quelquefois un peu de matière colloïde apparaît dans les espaces lymphatiques intervésiculaires.

Dans deux cas pourtant le parenchyme était profondément modifié; il y avait à la fois dysthyroïdation, c'est-à-dire formation d'une matière colloïde anormale, et athyroïdation, c'est-à-dire arrêt de l'évolution thyroïdienne. Dans ces deux cas, il s'agissait de malades chez qui la tuberculose avait évolué très lentement; aussi la sclérose était-elle très avancée; l'atrophie était si marquée que la glande pesait 15 grammes dans un des cas et, dans l'autre, celui où les lésions atteignaient leur maximum, son poids n'était plus que de 9 grammes.

2° *Sclérose hypertrophique*. — Nous n'avons à notre disposition qu'un seul cas de sclérose hypertrophique. Mais ce type anatomique nous paraît assez important pour être individualisé. La glande provenait d'une diabétique qui succomba à une tuberculose à évolution assez rapide. Elle pesait 52 grammes; sa consistance était molle; sa couleur ne paraissait pas profondément modifiée. La sclérose affectait une disposition irrégulière; autour des vaisseaux, se voyaient de gros îlots scléreux, d'où partaient des bandes fibreuses s'enfonçant dans le parenchyme; ces bandes cheminaient entre les vésicules donnant naissance à des ramifications secondaires plus fines qui se perdaient bientôt dans le tissu. Le parenchyme était le siège d'une prolifération cellulaire active; l'irritation, au lieu de se traduire par une modification de la sécrétion, avait provoqué une multiplication anormale des éléments. Toutes ces cellules paraissaient jeunes, saines, mais sans grande activité sécrétoire.

Tel est l'aspect général des lésions dans les deux formes de sclérose. Leur étendue et leur intensité varient quelque peu d'un cas à l'autre. C'est quand l'évolution a été lente que le tissu conjonctif est le plus abondant et que le parenchyme paraît le plus altéré. Dans les cas à évolution rapide ou subaiguë, les lésions sont surtout cantonnées autour des vaisseaux; de même chez un malade atteint de tuberculose fibreuse, qui mourut en quelques jours d'une gastro-entérite, le tissu conjonctif était épaissi, les artères étaient engainées, mais il n'y avait pas encore de sclérose généralisée.

L'examen histologique ne nous ayant révélé ni productions tuberculeuses, ni cellules géantes, ni bacilles, la sclérose doit être attribuée à l'imprégnation du tissu glandulaire par les toxines sécrétées en d'autres points de l'organisme. La sclérose thyroïdienne peut ainsi être rapprochée des scléroses tuberculeuses décrites dans les autres organes ou dans les tissus, le foie, les muscles, le cœur, le pancréas, la moelle osseuse. Elle peut être également reproduite par l'expérimentation chez les animaux, cobayes ou lapins, inoculés sous la peau; seulement, le processus étant plus rapide que chez l'homme, les lésions sont moins marquées. Dans tous ces cas, les toxines apportées par la circulation vont d'abord léser les artères, puis elles étendent leur action au parenchyme glandulaire. On conçoit ainsi que la sclérose soit d'abord péri-artérielle et qu'elle se propage dans le tissu à mesure que progressent les lésions cellulaires. La sclérose représente une cicatrice, destinée à remplacer les éléments différenciés les plus élevés en organisation et, partant, les plus sensibles à l'action des toxines. On peut donc, jusqu'à un certain point, considérer la sclérose comme un processus curateur. Voilà pourquoi elle est surtout marquée dans les cas à marche lente et fait défaut quand le processus, par suite d'une virulence plus grande de l'agent pathogène ou d'une sensibilité spéciale du sujet, a été rapide.

SYPHILIS DE LA THYROÏDE

La glande thyroïde peut être atteinte, au même titre que les autres tissus glandulaires, au cours de la *syphilis secondaire*. On peut observer, à ce moment, un *goitre aigu syphilitique* (Mauriac) qui comprime le larynx et la trachée, provoque la raucité de la voix et guérit sous l'influence du traitement spécifique.

Lancereaux a observé l'hypertrophie thyroïdienne à la *période tertiaire*: la glande est augmentée de volume et sa consistance est plus ferme que normalement. Il s'agit, dans ce cas, d'un thyroïdite interstitielle, également signalée par Küttner et Köhler.

Les lésions spécifiques semblent exceptionnelles. Wölfler cite une observation de Navratil: la thyroïde renfermait une gomme grosse comme le poing. L'observation la plus complète est celle de E. Fränkel. Il s'agissait d'un individu qui succomba à une syphilis de la trachée, du poumon et du foie. Aucun symptôme particulier n'avait appelé l'attention sur la thyroïde. A l'autopsie on trouva, entre l'isthme et le lobe droit, une masse jaunâtre ayant 2 centimètres de haut sur 1 centimètre de large. L'examen microscopique montra qu'elle s'était développée dans le tissu interfolliculaire et avait comprimé et par places envahi le parenchyme. La lésion se différenciait du tubercule par l'absence de cellules géantes et de dégénérescence et par la présence de quelques bacilles identiques au microbe que Lustgarten a décrit comme l'agent spécifique de la syphilis. Ces lésions tertiaires sont souvent d'un diagnostic difficile. Hürtl rapporte un cas où l'on pensa à un goitre malin et où l'on pratiqua l'extirpation de la tumeur. Celle-ci avait acquis en 5 mois le volume du poing. L'examen histologique ayant fait admettre l'existence d'une thyroïdite syphilitique, on prescrivit l'iodure de potassium, qui acheva la guérison du malade.

Les lésions thyroïdiennes de la *syphilis héréditaire* méritent de nous arrêter un instant. Demme a trouvé, dans 5 cas, de petites gommages grosses comme des grains de mil. Fürst a observé un enfant, issu d'une mère syphilitique, qui, à la naissance, ne présentait aucune manifestation de contamination héréditaire, mais était atteint d'un goitre d'origine syphilitique dont la nature semble démontrée par le traitement, qui le fit rétrocéder en 6 semaines.

M. Garnier a étudié, au point de vue histologique, la thyroïde de 5 nouveau-nés hérédo-syphilitiques. Une seule fois la glande était saine. Dans les 4 autres cas, elle était remarquable par des modifications diamétralement opposées à celles qu'on observe dans les infections chez l'adulte: la sécrétion colloïdale, au lieu d'être exagérée, était entravée ou totalement suspendue. Les vésicules étaient uniquement remplies de cellules, si bien qu'en beaucoup d'endroits la disposition vésiculaire semblait avoir disparu. Dans un cas les altérations étaient plus marquées: les capillaires étaient fortement dilatés et, en certains points, de petites hémorragies s'étaient produites, en même temps que se développaient des foyers de nécrose cellulaire. Ces diverses lésions ne semblent pas spéciales à l'hérédo-syphilis: on les observe, plus ou moins marquées, dans la plupart des infections du fœtus. C'est une réaction qui peut paraître banale, mais qu'il était intéressant de mettre en évidence, et qui peut expliquer certains troubles dans le développement ultérieur de l'individu. Nous avons déjà rappelé quelle importance Hertoghe attache aux lésions thyroïdiennes dans la genèse des dystrophies syphilitiques.

Il s'agit évidemment, dans ce cas, de lésions parasymphilitiques, dont on peut rapprocher 3 observations publiées par Abraham. 3 femmes, l'une 5 mois après l'accident primitif, la deuxième en pleine période secondaire, la troisième 2 ans après la contamination, furent atteintes de goitre exophtalmique. Elles guérirent toutes trois sous l'influence de la médication et spécialement de l'iodure de sodium donné aux fortes doses de 8 à 12 grammes par jour. Faisans et Audistère ont présenté à la Société médicale des hôpitaux (10 mars 1901) un malade chez lequel, sous l'influence d'une double infection, syphilitique et gonococcique, se développa un pseudo-myxœdème, différant du myxœdème vrai par la distribution irrégulière des tuméfactions, la présence de bourrelets au-dessus des poignets et des chevilles, la sensibilité douloureuse des parties malades et l'absence de troubles nerveux et psychiques. Le traitement mercuriel resta sans effet sur ces manifestations, tandis que l'opothérapie thyroïdienne amena une amélioration notable, démontrant ainsi la nature et le mécanisme de cette affection.

CANCER DE LA THYROÏDE

Étiologie et anatomie pathologique. — Le cancer thyroïdien est une tumeur rare. En réunissant les statistiques de Lebert, Porta et Tanchon, on trouve que sur un total de 9965 cancers, 19 seulement occupaient la thyroïde.

Cependant, dans certaines contrées, le cancer thyroïdien est loin d'être exceptionnel : c'est que la tumeur ne s'observe guère que sur des individus déjà goitreux. Voilà pourquoi on a pu, dans ces derniers temps, réunir un assez grand nombre de faits. Kauffmann a publié une étude importante de la question en se basant sur 29 observations, dont 17 personnelles.

Le cancer débute généralement entre 40 et 50 ans. Cependant on a pu l'observer chez des sujets jeunes. Le fait de Schuh concerne un jeune homme de 16 ans et celui de Demme un enfant.

Comme dans tous les cas de cancer, on a invoqué diverses causes occasionnelles, entre autres le traumatisme (Cornil). Un rôle assez important semble dévolu à la grossesse (Kauffmann) qui, en congestionnant la glande, favoriserait l'apparition ou le développement du cancer.

L'influence du sexe est diversement appréciée par les auteurs. Kauffmann a recueilli le plus grand nombre de ses observations chez des hommes, tandis que Braun, Bircher déclarent les lésions surtout fréquentes chez la femme.

Dans la plupart des cas, la tumeur est unilatérale. Dans la statistique de Kauffmann, elle occupait 9 fois le lobe gauche, 8 fois le lobe droit, 2 fois l'isthme, 4 fois la glande tout entière. La grosseur varie du volume d'un œuf de poule à celui du poing; parfois même elle atteint les dimensions d'une tête de fœtus. La consistance est variable : tantôt ferme et dure, tantôt molle et donnant une fausse sensation de fluctuation. Sur la coupe le tissu est d'un jaune rouge, mais paraît peu vasculaire; il contient bien moins de sang que le sarcome.

Le cancer de la thyroïde a une grande tendance à envahir les organes voisins : les ganglions, le sternum peuvent être atteints : la trachée, le larynx, l'œsophage sont comprimés et envahis par la néoplasie qui provoque rapidement l'ulcération et la perforation de ces conduits. Les vaisseaux sont déplacés ou thrombosés, ou bien ils subissent la dégénérescence cancéreuse, les nerfs sont également atteints. Les métastases sont de règle; tantôt elles semblent dues à une pénétration des cellules dans les vaisseaux lymphatiques ou sanguins, tantôt elles

sont précédées d'une thrombose ou d'un envahissement des veines. Des foyers secondaires ont pu ainsi se développer dans les poumons, les os, le foie, le cœur, le cerveau, les glandes salivaires, les capsules surrénales.

Ce qui est remarquable, c'est que les foyers métastatiques se comportent comme le tissu même de la glande; ils présentent l'évolution vésiculaire, renferment également de l'iode; dans un cas où le tissu glandulaire, complètement dégénéré, ne contenait plus d'iode, les lésions secondaires en renfermaient. Elles sont ainsi capables, comme le montre une remarquable observation d'Eiselsberg, sur laquelle nous reviendrons, d'exercer une action vicariante et de pallier à l'insuffisance thyroïdienne.

Le cancer de la thyroïde est un épithéliome tubulé; il est essentiellement caractérisé par le développement de boyaux remplis de cellules polygonales. Wöllfler a bien montré qu'il existe des transitions innombrables entre le goitre vulgaire, qui doit être considéré comme un adénome, et le carcinome qui représente le type le plus élevé de l'épithéliome.

A l'histoire du cancer thyroïdien se rattache l'histoire du cancer des thyroïdes accessoires, mis en évidence par deux observations de Gussenbauer, trois de Trevers et une de Berger. La lésion se développe dans les lobes aberrants qui sont semés dans le tissu cellulaire profond du cou; il convient donc de distinguer dans les tumeurs de la gaine vasculaire de Langenbeck deux groupes : l'épithéliome bronchogène, l'épithéliome thyroïdien aberrant.

Symptômes. — Le début du cancer thyroïdien est souvent difficile à préciser : la tumeur se développant généralement dans un goitre préexistant, il n'est guère possible de déterminer à quel moment se fait la transformation cancéreuse. On ne peut s'appuyer que sur le changement dans l'évolution qui, jusque-là stationnaire, prend une marche rapide et entraîne la mort en un an environ, parfois en 4 ou 5 mois.

C'est donc sur la marche de la tumeur que se basent la plupart des chirurgiens pour soupçonner la transformation cancéreuse du goitre.

Cependant Bard et ses élèves⁽¹⁾ ont appelé l'attention sur quelques manifestations précoces qui coexistent rarement chez le même malade, mais se rencontrent à l'état isolé chez le plus grand nombre. On peut les diviser en trois groupes suivant qu'elles atteignent le système cardio-vasculaire, le système vaso-moteur ou la sécrétion urinaire.

Les troubles cardio-vasculaires rappellent ceux du goitre exophtalmique et l'analogie est complétée par l'existence du tremblement et plus rarement d'un léger degré d'exophtalmie. Le malade pourra se plaindre de palpitations et le médecin constatera de la tachycardie, manifestation qui paraît très fréquente.

D'autres fois, le sujet éprouve des sensations de chaleur, il a des bouffées congestives. Enfin, dans quelques cas, se produit une véritable fièvre, atteignant 38 ou 39 degrés, et comparable à la fièvre thyroïdienne observée par Poncet et Bérard à la suite des opérations sur la thyroïde et généralement attribuée au passage dans la circulation des produits de sécrétion glandulaire.

Enfin, comme dans le goitre exophtalmique, on peut observer, au début du cancer, des modifications urinaires, de l'hyperazoturie, de l'albuminurie ou de la glycosurie.

⁽¹⁾ GRUIÉ. *Formes médicales du cancer thyroïdien*. Thèse de Lyon, 1899. — CARREL. *Du cancer thyroïdien. Quelques considérations sur son étiologie et sa physiologie pathologique*. *Gaz. des hôp.*, 1900.

Que ces symptômes prémonitoires aient ou non existé, l'attention du médecin ou du malade sera mise en éveil par l'augmentation rapide du goitre préexistant. On trouve alors une tumeur, généralement unilatérale, bosselée, tantôt dure, tantôt molle ou même fluctuante. Elle ne tarde pas à adhérer aux parties voisines, et même à la peau : on ne peut plus la déplacer et, ce qui a une certaine importance pour le diagnostic, on ne parvient plus à percevoir les battements de la carotide.

Le développement rapide de la tumeur, ses adhérences, l'envahissement des parties voisines expliquent l'intensité des troubles fonctionnels. Ce sont d'abord des douleurs irradiées vers la mâchoire inférieure, les dents, la nuque, les tempes, les oreilles, ou vers les mains, parfois de violentes douleurs stomacales que Lebert rattachait à une compression des pneumogastriques.

La compression ou l'envahissement de la trachée ou du récurrent provoquera de la dyspnée, une gêne de l'inspiration qui deviendra stridente, des accès de suffocation qui pourront entraîner la mort. Dans un cas de Scheinmann, les troubles dyspnéiques résultaient d'une paralysie de la corde vocale gauche, par compression du récurrent.

Quand l'œsophage est atteint, la déglutition devient difficile ou impossible. Quand les vaisseaux sont thrombosés, les veines superficielles de la peau se dilatent et dessinent un lacis sur le devant du cou et à la partie supérieure du thorax. On observe souvent, en même temps, de l'œdème de la région présternale, et, s'il existe de la fièvre, on pourra penser à une thyroïdite aiguë. Dans plusieurs cas l'erreur n'a été reconnue qu'à l'incision.

Il est rare que le malade succombe à la cachexie cancéreuse. Il meurt par une complication, tantôt par une extension du néoplasme vers le poumon, extension qui se reconnaît à une expectoration sanguinolente, tantôt par une broncho-pneumonie ou un accès de suffocation. Dans quelques cas, c'est l'ulcération des vaisseaux carotidiens qui a causé la mort. Tel fut le cas publié par Poumet, qui est remarquable par la multiplicité des lésions : il y avait oblitération de la veine jugulaire, ulcération de la trachée, perforation de l'œsophage, et enfin, une ulcération de la carotide gauche qui avait été suivie d'une hémorragie mortelle.

Diagnostic. — Le diagnostic différentiel avec le goitre se fait en tenant compte de la marche rapide de la tumeur, de ses adhérences et de la cachexie du sujet. Le diagnostic avec la thyroïdite paraît plus difficile. Kauffmann conseille de pratiquer une ponction exploratrice qui ramène, suivant les cas, du sang, du pus, ou des fragments de tissu contenant des cellules, dont le groupement est assez caractéristique pour permettre de reconnaître ou du moins de soupçonner le cancer. Dans certains cas, une thyroïdite subaiguë ou chronique peut faire penser à une tumeur maligne. Tailhefer a rapporté un fait de ce genre.

On obtiendrait peut-être des renseignements intéressants de l'examen du sang. M. Hayem a constaté une fois une telle leucocytose qu'il a songé à une leucémie thyroïdienne.

Traitement. — Le traitement médical est évidemment inutile. On pourrait cependant essayer l'opothérapie thyroïdienne qui, dans un cas, a amené une amélioration. Oser pratiqua des injections interstitielles d'iodoforme. Le malade

mourut par ulcération de la carotide, 14 jours plus tard. L'autopsie montra une diminution de la masse morbide dans les points soumis à l'injection.

Le plus souvent c'est à l'extirpation de la tumeur qu'on a recours. Mais les résultats ne sont guère encourageants. Ewald ne cite que 4 succès. Aussi quelques auteurs préfèrent-ils des opérations palliatives, la trachéotomie ou l'œsophagotomie pour parer aux accidents résultant de l'extension du cancer. Poncet a conseillé de faire cesser la compression à l'aide de grands débridements circumthyroïdiens.

Si on se décide à faire une opération, c'est évidemment l'extirpation totale de la glande qu'il faut pratiquer. Les noyaux secondaires qui sont si fréquents, rendent l'opération peu encourageante, mais ils expliquent aussi l'absence de cachexie strumiprive, car ils sont capables de suppléer à la fonction thyroïdienne. Voilà pourquoi, alors même que la glande est détruite par le cancer, le myxœdème ne se développe pas : les foyers métastatiques exercent un rôle vicariant. Rien n'est aussi démonstratif, à ce point de vue, que l'observation de von Eiselsberg. Une femme de 40 ans fut opérée pour un goitre renfermant des noyaux adénomateux. Le myxœdème se développa. Puis une tumeur se produisit dans le manubrium et, à mesure qu'elle se développait, les symptômes de myxœdème diminuaient et finirent par disparaître. On pratiqua alors l'extirpation du noyau secondaire et les symptômes de myxœdème reparurent d'une façon définitive.

TUMEURS DE LA THYROÏDE

Tumeurs conjonctives. — Les tumeurs conjonctives sont assez rares. Wölfler décrit un fibrome; Mayer un chondrome ostéoïde, Parsoons un ostéome. Enfin Esquardo a rapporté l'observation d'un enfant de 10 ans chez lequel on extirpa un enchondrome, gros comme une orange.

La seule tumeur conjonctive qui mérite d'être étudiée est le sarcome. On en rencontrerait 1 cas pour 5 ou 4 cas d'épithéliome.

Le sarcome, qui semble plus fréquent chez l'homme que chez la femme, se développe généralement entre 50 et 60 ans. Contrairement à l'épithéliome, il atteint aussi souvent les glandes saines que les glandes malades. Son volume peut être égal à celui du poing ou même d'une tête de fœtus. Sa surface est lisse, sa consistance assez molle. Son parenchyme renferme parfois des kystes ou bien il subit en certains points la dégénérescence calcaire. On peut observer encore des sarcomes pulsatiles, c'est-à-dire remarquables par le développement des vaisseaux.

La tumeur se développe dans le tissu conjonctif intervésiculaire, et se présente sous deux aspects histologiques : tantôt elle est formée de cellules fusiformes, tantôt de cellules rondes.

L'évolution est rapide et analogue à celle du cancer : on observe également les compressions de la trachée, de l'œsophage, des récurrents, de la veine jugulaire, l'envahissement des ganglions, les embolies viscérales.

La mort est survenue généralement au bout d'un an.

Le seul traitement est l'extirpation. Tillaux a publié une intéressante observation de sarcome thyroïdien ayant donné lieu aux symptômes du goitre exophtalmique. L'extirpation fut pratiquée. Le malade guérit de l'opération, les symptômes basedowiens disparurent, mais il succomba à des métastases pulmo-

naires. Bœckel a obtenu, dans un cas, une survie de 5 ans; puis une récurrence se produisit qui fut opérée avec succès.

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques de la thyroïde sont fort rares, et leur diagnostic semble impossible en dehors de la ponction. On reconnaît à la fluctuation un kyste de la glande. On devra alors pratiquer une ponction qui donnera issue à un liquide clair, parfois purulent, renfermant des crochets et contenant une assez grande quantité d'acide succinique.

Le kyste hydatique de la thyroïde guérit facilement à la suite de la ponction et d'une injection iodée. Il peut amener la mort en s'ouvrant dans la trachée. Sur 6 observations réunies par Zoegge-Manteuffel, 5 fois la mort survint par ce mécanisme.

OPOTHÉRAPIE THYROÏDIENNE

La médication thyroïdienne (1) est née des belles expériences de Schiff démontrant que la greffe de la thyroïde peut empêcher la mort des animaux auxquels on extirpe cette glande. L'opération, qui avait réussi chez les animaux, fut réalisée chez l'homme par Lannelongue, Bettencourt et Serran, Merklen et Walther, Birche, Kocher. Des améliorations notables furent obtenues, mais l'opération était peu pratique et ne pouvait être utilisée que dans des cas assez rares. On essaya donc de suppléer à l'insuffisance thyroïdienne par l'injection sous-cutanée ou même intra-veineuse des extraits thyroïdiens. Vassale et Gley, chez les animaux, Murray, Fenwick chez l'homme, montrèrent les bons effets de cette méthode. Mais bientôt un procédé beaucoup plus simple allait être préconisé par Mackenzie et Fox, Horwitz, Bouchard : c'est l'ingestion. On n'emploie plus guère aujourd'hui d'autres méthodes.

On a commencé par faire avaler au malade des glandes thyroïdes fraîches. On utilise généralement la glande de mouton, et on en donne par jour un demi-lobe, ce qui représente environ 0 gr. 75. Il est indispensable d'utiliser un produit très frais. Car s'il n'est pas absolument certain, comme le pense Cunningham, que les accidents rattachés à l'hyperthyroïdation résultent de l'ingestion de produits avariés, au moins est-il exact que ceux-ci se montrent beaucoup plus nocifs. On donnera les fragments de thyroïde dans un cachet, ou bien roulés dans du sucre, ou mélangés à du bouillon.

Cette méthode est assez incommode, car elle exige qu'on aille chercher tous les jours le produit. Si l'extirpation n'est pas faite par une personne sachant l'anatomie, il arrivera qu'on prendra pour la thyroïde un fragment de thymus ou de glande salivaire ou un morceau de muscle.

Il est donc plus commode de recourir aux préparations faites en pulvérisant la glande desséchée et notamment aux tablettes de thyroïde. Le produit est généralement bien dosé et d'un maniement assez sûr. La plupart des tablettes sont de 0 gr. 2 représentant 1 gramme de thyroïde fraîche. On donnera d'abord une demi-tablette et on arrivera à en faire prendre 2 et même 5 par jour.

Dans ces derniers temps, on a essayé de substituer à la glande thyroïde

(1) Consulter : MAURICE FAURE. Étude sur le rôle du corps thyroïde en thérapeutique. *Gaz. des hôp.*, 8 août 1896. — FRANÇOIS-FRANCK. Indications, contre-indications et dangers de la médication thyroïdienne. *Acad. de méd.*, janvier 1899. — LYON. *Traité élémentaire de clin. thérap.*, Paris, 1902.

un produit défini. Vermerhen, Notkine, Fränkel, ont fait des tentatives de ce genre. Mais la substance le plus souvent employée est la thyroïdine de Baumann ou iodothyroïne qui est fort riche en iode et, pour un même poids, est 50 fois plus active que le tissu glandulaire. On la mélange à du sucre de lait, de façon qu'un gramme du produit corresponde à un gramme de la glande. On prescrit la poudre ou des comprimés dosés à 0 gr. 25.

L'indication la plus évidente du traitement thyroïdien est l'absence ou l'insuffisance de la thyroïde. C'est assez dire que la médication est surtout utile dans les cas de myxœdème, qu'il s'agisse du myxœdème congénital ou infantile, du crétinisme endémique ou sporadique, du myxœdème atrophique de l'adulte, de la cachexie strumiprive post-opératoire. Sous l'influence du traitement, on observe une véritable transformation des malades. La taille se développe, l'intelligence renaît, l'apathie disparaît, la figure reprend son expression et sa mobilité, les troubles viscéraux s'améliorent, les troubles trophiques rétrocedent, la température s'élève, les cheveux repoussent. En même temps, la sécrétion urinaire devient plus abondante et, comme l'ont montré Lebreton et Vaquez, des globules rouges nucléés apparaissent dans le sang, les hématies augmentent de nombre et il se produit une leucocytose passagère.

L'amélioration, qui est bien manifeste au bout de 15 à 20 jours de traitement, se maintiendra à la condition qu'on continue à donner de temps en temps une dose de thyroïde. Marie conseille de faire prendre un lobe tous les 5 jours.

Si le grand myxœdème est rare, le myxœdème fruste est fréquent. Or les diverses manifestations qu'on lui rattache sont améliorées par l'opothérapie. Nous ne pouvons insister sur ce fait. Contentons-nous de signaler les effets fort remarquables obtenus dans le traitement de l'infantilisme. Qu'il s'agisse d'enfants grands, maigres, efflanqués, au développement squelettique insuffisant, aux formes efféminées, qu'il s'agisse au contraire d'obèses, d'eunuchoïdes, d'enfants à organes génitaux rudimentaires ou même de cryptorchides, le traitement thyroïdien produit des effets fort remarquables : la taille se développe, les formes prennent un aspect plus viril, les organes génitaux deviennent plus volumineux, les testicules descendent dans les bourses, la voix acquiert un timbre plus grave, l'intelligence devient plus vive. C'est une véritable transformation, comme dans le myxœdème.

Chez les jeunes filles, le développement pourra également être amélioré; la dysménorrhée et les autres troubles de la fonction menstruelle disparaîtront.

Depuis les recherches de Briquet, de Mongour, on rattache souvent la narcolepsie au myxœdème. Voilà encore une indication du traitement thyroïdien.

Les succès obtenus dans le traitement du myxœdème ont tout naturellement conduit les médecins à utiliser l'opothérapie dans les diverses affections de la thyroïde. On l'a prescrite dans le goitre : les résultats ont été variables. Il semble que la médication soit surtout favorable dans les goitres parenchymateux et chez les sujets jeunes : elle a pu réduire des tumeurs inopérables au point de rendre possible une intervention chirurgicale; elle échoue au contraire dans le cas de goitre kystique. Comme le fait remarquer Kocher, le résultat est le même qu'avec le traitement iodé, et il est possible que la thyroïde n'agisse que par l'iode qu'elle contient et qui, étant à l'état de combinaison organique, est plus facilement assimilable.

Si l'on admet que le goitre exophtalmique est dû à une exagération de la fonction thyroïdienne, on ne comprend pas les bons effets obtenus dans cer-