

à soupçonner ici une affection arthritique, quoique la plupart des médecins consultés aient admis un accident goutteux, cependant la réalité de cette opinion n'est point encore démontrée; toutefois le médecin ordinaire du malade, le docteur Little (de Sligo) est entièrement d'accord avec moi pour voir dans cette douleur une névralgie goutteuse. Quoi qu'il en soit, nous voyons ici un exemple de névralgie progressive, affectant d'abord les nerfs cutanés, qui sont exclusivement des nerfs de sensibilité, et intéressant ensuite les nerfs du mouvement. Je vais vous communiquer maintenant les détails de ce fait, qui ont été notés avec un soin et une intelligence remarquables par le malade lui-même. Voici ce qu'il m'écrivit :

« D'après le désir que vous m'avez exprimé, je vous envoie l'histoire écrite de ma maladie; j'ai rapporté avec soin toutes les particularités qui m'ont semblé propres à vous éclairer sur ce sujet.

« Il y a près de cinq ans que j'ai commencé à souffrir de mes jambes; jusqu'à ces deux ou trois dernières années, je regardais ces douleurs comme névralgiques. Un an environ avant l'époque dont je vous parle, je ressentais déjà de temps en temps quelques élancements dans un pied; un jour même, après une longue promenade à cheval, j'éprouvai un violent accès de douleur. J'avais toujours eu l'habitude de l'équitation, et il me semblait que cet exercice m'était très-salutaire. Je m'étais aussi fort bien trouvé de la chasse, au point de vue de mes douleurs hépatiques. Il est bon de vous dire que j'ai été atteint deux fois dans ma vie d'une inflammation du foie; la dernière remonte à quatorze ans, et je souffre très-rarement de mon côté droit. Lorsque par hasard il devient douloureux, je prends une petite pilule bleue, et je me sens presque aussitôt soulagé.

« Primitivement, mes douleurs étaient limitées aux pieds; puis elles ont persisté fort longtemps sans dépasser les genoux, enfin elles ont gagné les hanches, et retentissent jusque dans les aines. J'ai eu parfois des élancements dans les bras, et j'en ai aussi éprouvé quelques-uns dans la poitrine; mais ils étaient très-peu douloureux. L'accès de douleur me saisit toujours subitement et avec une violence intolérable, surtout lorsqu'il survient pendant la nuit. Je suis souvent averti de son approche par un sentiment de malaise et d'abattement général; et même au commencement de cette maladie, j'étais incommodé deux ou trois jours avant l'accès. Depuis quatre ans, ces paroxysmes montrent une grande tendance à la périodicité; ils reviennent ordinairement une fois chaque semaine; commençant le samedi ou le dimanche, plus

rarement le vendredi, ils durent jusqu'au lundi. Deux ou trois fois ils ont persisté pendant toute une semaine, mais quelquefois aussi ils s'effacent au bout de quelques heures.

« Dans le commencement, je suis resté plusieurs fois deux ou trois mois sans éprouver aucune douleur; et même l'année dernière, j'en ai été quitte, à deux reprises différentes, pendant un mois entier. Pendant l'accès, rien au monde ne me soulage, si ce n'est un bon repas arrosé de vin généreux, et surtout de vin de Champagne. Bien des fois, j'ai été obligé de quitter mon lit, parce que le poids seul des couvertures et le plus léger attouchement exaspéraient la douleur; un souffle d'air sur les parties malades me fait horriblement souffrir; mais, par contre, je peux supporter une forte compression ou un coup sans être incommodé. En général, la douleur semble être tout à fait superficielle; parfois cependant elle paraît siéger profondément dans le cou-de-pied et dans l'épaisseur du tibia. Elle n'est accompagnée d'aucune rougeur, d'aucun gonflement; elle passe instantanément d'une jambe à l'autre, et occupe rarement à la fois les deux membres. Lorsque l'accès est terminé, il me reste une grande faiblesse dans les jambes, de sorte que pendant quelque temps je ne puis marcher sans le secours d'un bâton; quelquefois même deux appuis me sont nécessaires.

« Un des résultats les plus fâcheux de ces douleurs, c'est que je ne puis plus monter à cheval, lorsque j'ai abandonné cet exercice pendant quelques jours. J'en suis d'autant plus contrarié que l'équitation et la marche m'ont toujours été très-favorables. Je puis bien faire encore une bonne marche même pendant l'accès; mais je souffre beaucoup, surtout lorsque je m'arrête. J'ai presque constamment besoin de recourir aux laxatifs, et je prends ordinairement des pilules de rhubarbe. Dans un temps, j'ai eu des étourdissements et des bourdonnements d'oreilles très-pénibles; on me soumit alors aux purgatifs énergiques, on me pratiqua même une saignée, mais sans aucun résultat. Une mixture antispasmodique dans laquelle entraient la gentiane me délivra de ces accidents.

« J'ai déjà essayé du fer, du mercure, de l'acide nitro-muriatique(1), de la stramoine, de l'arsenic, des frictions avec l'huile de croton, mais sans aucun avantage réel; après chacun de ces essais, je me trouve mieux pendant un mois, puis la douleur reparait avec toute sa violence. La médication révulsive a augmenté mes souffrances; les embrocations

(1) Eau régale.

anodines n'ont produit aucun effet. L'inquiétude d'esprit ou l'ennui suffit pour déterminer un accès ; et même, l'autre jour, il est survenu au moment même où je venais de me casser une dent en mangeant. En revanche, l'activité, l'exercice, le voyage dans un pays intéressant, tout ce qui m'amuse, tout ce qui m'occupe, semble abrégé, quelquefois même prévenir les paroxysmes. »

Les observations faites sur lui-même par le docteur Mackness (de Hastings) présentent beaucoup d'analogie avec le cas précédent : c'est pourquoi je vais vous en faire part. Je crois que tous ces phénomènes peuvent être rapportés à un dérangement *fonctionnel* de la moelle épinière. Voici la lettre de M. Mackness :

« Les symptômes de ce qu'on appelle ici la névralgie goutteuse sont très-semblables, sous beaucoup de rapports, à ce que j'ai moi-même éprouvé ; et cependant il n'y a dans ma famille aucune disposition héréditaire, et ma constitution ne porte point l'empreinte de la goutte. Je suis porté à croire que cette affection névralgique a pour origine une légère inflammation, une irritation de la moelle épinière ou de ses enveloppes ; cette irritation est déterminée par des impressions anormales sur les extrémités des nerfs, surtout aux membres inférieurs, impressions qui se propagent, en suivant les cordons nerveux, jusqu'aux organes centraux : c'est ainsi qu'agit le froid, qui est une des causes les plus fréquentes de cette affection. Mais pour que ces causes produisent leur plein et entier effet, je crois qu'il faut encore une autre condition : il est nécessaire que les organes digestifs soient eux-mêmes dans un état d'irritation, c'est précisément ce qui avait lieu chez moi.

« A l'époque où je commençai à être malade, j'habitais une contrée dont l'atmosphère est presque toujours saturée de vapeur d'eau, par suite de la présence d'une rivière dont les eaux s'écoulaient très-lentement ; ma demeure était justement à une très-petite distance de ses bords. J'étais appelé par les devoirs de ma profession à sortir pendant la nuit ; et souvent, après avoir fait plusieurs milles à cheval à travers le brouillard, j'étais obligé de rester pendant des heures dans une cabane ou dans une ferme sans feu, de sorte que mes jambes et mes pieds finissaient par être aussi froids que si je les avais trempés dans de l'eau glacée. J'avais un régime très-sobre, mais j'étais tourmenté par des dyspepsies très-pénibles. Tout d'abord mes douleurs furent très-légères et de très-courte durée ; mais peu à peu elles devinrent à la fois plus sévères et plus persistantes ; elles occupaient le plus souvent les

extrémités inférieures. J'éprouvai vers cette époque un léger affaiblissement dans les jambes ; il en résulta un peu d'embarras et de gaucherie dans la marche, mais ces symptômes étaient plus visibles pour mes amis que pour moi-même. Ces choses allèrent en empirant pendant deux ou trois ans, après quoi ma démarche devint beaucoup plus incertaine ; j'avais de la peine à me diriger dans les ténèbres, ou lorsque mes yeux n'étaient pas fixés sur la route que je devais suivre.

« A ce moment survinrent de nouveaux phénomènes : c'étaient des nausées continuelles et des vomissements bilieux, avec douleurs vives dans le front et dans l'épaule ; les intervalles qui séparaient ces accès se rapprochèrent de plus en plus, et bientôt il ne se passa pas de mois que je n'en eusse deux ou trois. Cependant les douleurs des membres étaient devenues beaucoup plus pénibles. Lorsque quelqu'un de mes parents se promenait avec moi, je n'avais qu'une seule préoccupation : j'étais épouvanté de l'idée que son habit pouvait en me touchant déterminer un accès ; cette crainte était au moins égale à celle qu'éprouve un malheureux hydrophobe à la vue d'un liquide ou d'une surface éclatante. L'impression de l'air suffisait pour amener un paroxysme ; et je puis dire que l'appréhension constante de l'attaque était plus cruelle que la douleur elle-même. Ce n'était pas toujours la même partie qui était atteinte ; souvent tous les membres étaient pris les uns après les autres ; cependant les jambes étaient le siège le plus ordinaire de mes souffrances. J'ai souvent essayé de montrer à mes amis les points douloureux, mais le déplacement de la douleur était si rapide, que, malgré mes tentatives réitérées, je ne pouvais parvenir à la suivre. Les nerfs cutanés étaient quelquefois si sensibles que le plus léger attouchement me plongeait dans d'épouvantables tortures ; je voyais là une triste confirmation de cette loi de Marshall-Hall qui établit que l'irritabilité des muscles augmente d'autant plus qu'ils sont moins soumis au contrôle de la volonté. Ces souffrances continuelles du système nerveux finirent par me donner des accès d'épilepsie, qui persistèrent pendant plusieurs années ; d'autres troubles nerveux survinrent aussi, entre autres un spasme de la glotte, qui faillit à plusieurs reprises me faire périr par suffocation. Il est bon de noter que mon père était atteint de cette dernière affection. Enfin je renonçai à ma profession, après avoir souffert pendant quatre années un véritable martyre.

« Le séjour à l'étranger parut d'abord me soulager ; mais je ne tardai pas à retomber dans mon état de souffrance. J'avais été habitué à une

vie très-active, et tout d'abord l'oisiveté et le repos me parurent de précieux avantages ; mais, au bout de quelque temps, cette vie était devenue intolérable, et j'étais tombé dans un état d'ennui qui entretenait certainement mon mal. Aussi, tout faible et tout amaigri que j'étais, je me déterminai à reprendre l'exercice de la médecine, et comme j'avais, hélas ! trop bien constaté les inconvénients d'une atmosphère froide et humide et d'un sous-sol argileux, je me fixai dans le lieu d'où je vous écris ; il y a huit ans de cela, et ma santé s'est graduellement améliorée. Le traitement qui m'a le mieux réussi a été presque entièrement hygiénique : nourriture simple, mais substantielle, dont je ne prenais jamais une assez grande quantité pour surcharger l'estomac ; exercice modéré n'allant pas jusqu'à la fatigue ; occupations agréables pour l'esprit. Aujourd'hui j'éprouve rarement des accès douloureux, et ils sont beaucoup moins violents que par le passé. J'ai la ferme conviction que je ne souffrirais plus du tout, si mon esprit était parfaitement tranquille, si je n'avais pour toute occupation que d'agréables délassements ; mais j'ai maintenant une clientèle considérable, je fatigue mon esprit et mon corps, et souvent je subis, pendant de longues heures, toutes les intempéries des saisons ; et comme ces inconvénients sont inséparables de l'exercice d'une profession que j'aime de tout mon cœur, j'aime mieux me résigner que l'abandonner encore une fois. Je crois que la situation de Hastings me convient à merveille. Je n'ai pas encore recouvré complètement le libre usage de mes membres inférieurs ; cependant ils sont plus solides et plus forts qu'auparavant : et la preuve, c'est que je puis me passer de canne pour marcher. Cependant, je ne marche pas longtemps, parce que je me sens très-vite fatigué. »

Je dois vous signaler ici une autre affection non moins singulière que j'ai observée également chez les malades goutteux. Une dame âgée de soixante ans, d'une constitution franchement goutteuse, me mandait, il y a quelque temps, dans les circonstances suivantes. Depuis deux mois, elle éprouvait tous les jours un accès ainsi caractérisé : vers trois heures de l'après-midi, son nez commençait à devenir chaud, et cette chaleur durait pendant quatre ou cinq heures. La coloration passait successivement du rouge éclatant au rouge pourpre ; cette teinte gagnait la partie supérieure des joues. Il y avait un peu de sensibilité, pas de véritable douleur, et tous les soirs, à la même heure, ces phénomènes disparaissaient. Je prescrivis à cette dame de petites doses de colchique.

En général, un accès de goutte régulière aux extrémités est précédé, pendant un temps plus ou moins long, de troubles constitutionnels et de dyspepsie. Il ne faudrait pas croire, cependant, qu'il n'y a pas d'exception à cette règle, et que ce caractère peut suffire à lui seul pour différencier la goutte du rhumatisme : j'ai vu plus d'un cas de goutte héréditaire dont les déterminations articulaires n'étaient annoncées par aucun phénomène précurseur, et ne pouvaient être rapportées à l'intervention d'aucune cause occasionnelle. Je dois dire que je n'ai pas encore rencontré de faits analogues dans la goutte acquise.

Mais ce n'est pas là le seul fait exceptionnel que j'aie à vous signaler. Ordinairement, l'accès de goutte est précédé et accompagné de la sécrétion d'une urine peu abondante, trouble et haute en couleur. Puis, lorsque le paroxysme approche de sa terminaison, la quantité de l'urine augmente, le liquide devient plus clair et plus pâle, il ne laisse plus déposer d'urates ni de purpurates. Eh bien ! dans deux cas de goutte héréditaire, j'ai vu ces phénomènes présenter un ordre inverse : la venue de l'accès était annoncée par une urine abondante, aqueuse et limpide, qui conservait ces caractères jusqu'au moment où les symptômes articulaires commençaient à s'amender ; alors l'urine devenait rare, et laissait déposer des sédiments roses et briquetés (1).

(1) Déjà en 1856 (*Medic.-chir. Trans.*, VI), Garrod a fait connaître de nombreuses analyses de l'urine chez les goutteux, et il est revenu sur cette question importante dans le traité que j'ai cité plus haut. Contrairement à l'opinion généralement admise jusqu'alors, l'auteur démontre que l'urine ne renferme pas nécessairement de l'acide urique en excès, pendant l'attaque de goutte ; souvent au contraire la proportion en est notablement abaissée ; à l'état normal, la quantité d'acide urique éliminé par l'urine en vingt-quatre heures est de 8 grains environ (0 gr,48), et Garrod, prenant la moyenne de ses analyses chez les goutteux, est arrivé au chiffre de 3 grains,62 (0 gr,217). Dans les premières attaques de la goutte aiguë, l'urine est claire et pauvre en acide urique ; à la fin de l'attaque, celui-ci est excrété en plus grande quantité ; souvent même il dépasse le chiffre normal, produisant ainsi ce qu'on a appelé les sédiments critiques. Puis la proportion s'abaisse de nouveau, sans jamais atteindre le minimum qu'elle présente au début de l'attaque. En général, l'élimination de l'urée n'est pas aussi compromise que celle de l'acide urique.

Dans la goutte chronique, la diminution de l'acide urique dans l'urine est un fait constant. Dans aucun cas la proportion n'a dépassé 5 grains,78 (0 gr,346) pour vingt-quatre heures, le plus souvent elle était au-dessous de ce chiffre ; plusieurs fois même l'auteur n'a trouvé qu'un grain (0 gr,06). La quantité de l'urée reste normale. L'urine, dont la quantité est souvent augmentée, est pâle, d'un poids spécifique inférieur au poids normal ; les sédiments y sont rares ; lorsqu'ils existent, ils sont composés d'urate de soude et d'ammoniaque, et de cristaux d'acide urique. Dans l'intervalle des attaques,

Que la diathèse goutteuse puisse faire naître des phlegmasies spécifiques dans la plupart de nos organes, c'est un fait admis sans contestation; malheureusement, nous ne savons que bien peu de chose des effets qu'elle produit sur les divers tissus du corps. Beer, M'Kenzie, Middlemore et d'autres encore ont fait de louables efforts pour déterminer l'influence de la goutte sur l'œil et ses dépendances, et nous sommes également assez bien renseignés sur les altérations qu'elle entraîne dans les membranes séreuses, synoviales et fibreuses. Mais les modifications qu'elle amène dans les sécrétions des muqueuses n'ont point encore été étudiées avec tout le soin nécessaire: de sorte que tout le monde admet l'existence d'une toux et d'une bronchite goutteuses, et que personne ne peut en retracer la marche ni le diagnostic différentiel. C'est ce qu'a parfaitement établi le docteur Stokes, dont le travail sur la bronchite est le plus complet que nous possédions (1). Les effets de la goutte sur la muqueuse de l'urètre et de la vessie sont un peu mieux connus, mais je crois que nous avons encore beaucoup à faire sur ce sujet; du reste, les mêmes desiderata se rencontrent dans toutes les classes d'affections inflammatoires qui dépendent d'un vice constitutionnel.

la quantité de l'acide urique augmente, sans revenir cependant au chiffre physiologique. En résumé, dans la goutte, l'élimination de l'acide urique par les reins est constamment diminuée: de là la présence de cet acide dans le sang, et la production des tophus.

Le même auteur a tout particulièrement insisté sur les concrétions qui se déposent dans les muscles intrinsèques de l'oreille; elles avaient déjà été signalées par plusieurs auteurs, entre autres par Todd; mais Garrod en a fait une étude beaucoup plus complète. Ces concrétions sont composées, comme les autres, d'urate de soude: sur 37 goutteux examinés dans ce but, 17 en étaient affectés; sur ce nombre, 7 ont présenté ces dépôts dans le pavillon de l'oreille, alors qu'ils n'en avaient point encore autour des articulations. Une seule fois, les concrétions auriculaires ont manqué, quoiqu'il y eût des tophus au niveau des jointures. Ces dépôts ont donc une grande importance au point de vue du diagnostic. — Ils ont été récemment étudiés en France par M. Charcot, dans un travail lu à la Société de biologie.

R. B. Todd, *Clinical Lectures on certain diseases of urinary organs and dropsies*. London, 1857.

Garrod, *loc. cit.* — Charcot, *Sur les concrétions tophacées de l'oreille externe chez les goutteux* (*Gaz. hebd.*, 1860).

Comparez: W. Gairdner, *Gout, its history, causes and cure*, 4^e édition. London, 1860.

(1) *On the diagnosis and treatment of diseases of the chest*, by W. Stokes, M. D. Cette œuvre a acquis à son auteur une réputation européenne, et l'a placé au premier rang parmi les observateurs. (L'AUTEUR.)

Il y a longtemps déjà que j'ai émis, à propos de la bronchite et de la pneumonie qui accompagnent la consommation pulmonaire, des idées toutes différentes de celles qui sont généralement professées; je les ai appuyées sur des arguments qui me paraissent démontrer d'une façon péremptoire que, dans cette maladie, on attache une importance trop grande, on consacre une attention trop exclusive à la présence des tubercules. Vous voyez des auteurs parler de pneumonie tuberculeuse, alors qu'il serait beaucoup plus exact de considérer l'affection comme une pneumonie scrofuleuse accompagnée de tubercules; d'autres mettent des cavernes et des abcès tuberculeux là où existent tout simplement des cavernes et des abcès scrofuleux. Pour moi, je ne saurais le dire assez hautement, les caractères essentiels de la phthisie pulmonaire lui viennent de la scrofule; c'est la scrofule qui convertit en pneumonie et en bronchite *consumptives* ce qui n'eût été sans elle qu'une pneumonie, qu'une bronchite simple; c'est la scrofule qui rend ces deux affections si souvent incurables.

Quant aux tubercules, quant à l'infiltration tuberculeuse, ce sont tout simplement les résultats d'une nutrition pathologiquement pervertie par la scrofule; ce sont des effets, ce ne sont point des causes. Ces produits anomaux peuvent exister sans inflammation scrofuleuse; celle-ci peut, à son tour, accomplir sans eux toute son évolution. J'ai été très-heureux d'apprendre que cette doctrine, publiée par moi il y a un grand nombre d'années, a été pleinement confirmée par les observations du docteur Kingston. Le mémoire qu'il a lu à ce sujet devant la Société royale médico-chirurgicale de Londres, a été brièvement analysé dans la *Medical Gazette*, le 29 avril 1837 (1).

(1) Cette doctrine de Graves sur la signification du tubercule est bien digne d'exciter notre admiration. A l'époque où elle a été professée, la théorie de l'hétérogénéité et de l'évolution spécifiques régnait exclusivement dans la science; enseigner alors que le tubercule n'est que le résultat d'une nutrition pervertie, c'était, aux yeux de beaucoup de gens, faire preuve de témérité, car c'était se séparer absolument des opinions alors en vigueur. Mais ici comme toujours, le médecin de Dublin se fondait sur cette interprétation rigoureuse des faits cliniques, dont il nous a donné tant de preuves; l'esprit dégagé de toute idée préconçue, fort de ce qu'il avait observé, il n'hésita pas à professer ce qu'il croyait être la vérité. Combien l'avenir lui a donné raison, chacun le sait. Peut-être ne faut-il pas attribuer uniquement à la scrofule le processus nutritif anormal qui se traduit par l'exsudation tuberculeuse, mais l'idée fondamentale a triomphé partout; l'observation clinique en démontre journellement la justesse, et les notions plus exactes que nous possédons aujourd'hui sur la constitution et sur la pathogénie des produits morbides, viennent prouver à leur tour l'incontestable vérité de la doctrine.

Mais je ne dois pas perdre de vue le sujet de notre conférence ; il me reste à vous parler de quelques phénomènes liés à la diathèse goutteuse, phénomènes dont l'étude est pleine d'intérêt, et peut conduire à des résultats d'une extrême importance. Je vous ai déjà dit, messieurs, que, sous l'influence du rhumatisme ou de la goutte, nous observons souvent dans diverses parties du corps des douleurs passagères, de simples élancements ; j'ai ajouté que, dans bon nombre de cas, ces douleurs siègent exclusivement sur les cordons nerveux, constituant alors ce qu'on a appelé la névralgie goutteuse, la névralgie rhumatismale. Nous sommes parfaitement familiarisés avec la sciatique goutteuse ou rhumatismale ; nous savons que la marche et la terminaison de cette affection prouvent très-souvent qu'il s'agit ici d'une inflammation spéciale, limitée au tronc du nerf sciatique. Dès lors nous sommes pleinement autorisés à admettre que cette phlegmasie spécifique d'une branche nerveuse peut, à l'égal des autres inflammations, se propager au delà de ses limites primitives, et compromettre des organes beaucoup plus importants.

Voici, selon moi, comment les choses se passent. Lorsque la goutte intéresse les nerfs, elle donne lieu à une congestion ou à une inflammation de nature goutteuse ; cette affection se traduit par des paroxysmes de plus en plus fréquents, de plus en plus douloureux ; puis, après quelques années, souvent même au bout de quelques mois, la détermination morbide étend son domaine et gagne la moelle épinière : de là une paralysie du sentiment et du mouvement, proportionnelle à l'étendue de l'affection spinale. Il n'y a là, remarquez-le bien, rien d'anormal : c'est tout simplement une affection qui, limitée d'abord aux expansions terminales du système nerveux, a gagné par une marche rétrograde les organes centraux, en remontant le long des nerfs primitivement atteints.

On a beaucoup trop l'habitude de rapporter les paralysies à une perturbation primitive des centres nerveux. Lorsque je traiterai de ce sujet, j'espère vous montrer que l'affection débute très-fréquemment par les nerfs périphériques, et qu'elle gagne ensuite graduellement la moelle épinière, produisant ainsi tous les symptômes que l'on observe lorsque les centres d'innervation sont primitivement atteints. Je vous citerai alors plusieurs faits qui établissent nettement la propagation de certaines affections, de la périphérie au centre du système nerveux ; je vous montrerai que les déductions pathogéniques qu'on peut tirer de ces faits comprennent toutes les découvertes physiologiques de

Müller et de Marshall-Hall, touchant la fonction réflexe de la moelle épinière. Je vous montrerai qu'une entérite survenue chez deux sujets jeunes et bien portants, à la suite d'indigestions et d'excès de nourriture, a amené chez tous les deux une paraplégie très-évidente ; je vous rapporterai également des exemples de paraplégie causée par un rétrécissement de l'urètre, et guérie en même temps que la coarctation urétrale ; je vous exposerai enfin, dans tous leurs détails, des observations d'affections aiguës et chroniques de l'utérus et des reins, dans lesquelles la lésion primitive a entraîné, comme conséquence éloignée, une paralysie du mouvement dans les membres inférieurs. Quelquefois incomplète, cette paralysie a pu céder au traitement ; dans d'autres cas, elle était absolue et a persisté indéfiniment.

Les faits que je veux vous faire connaître en ce moment sont plus importants encore, car ils me permettent d'établir et de justifier cette proposition : *L'inflammation goutteuse des nerfs et du névritème peut, au bout d'un certain temps, se propager à la moelle épinière et à ses enveloppes, et y produire des modifications qui aboutissent au ramollissement et à la dégénérescence.*

La dégénérescence goutteuse de la moelle n'a été signalée, à ma connaissance, par aucun auteur ; c'est un sujet entièrement neuf. En conséquence, les déductions que j'ai tirées de mes observations peuvent être modifiées par d'autres ; elles demandent, en tout cas, à être ultérieurement confirmées. On sait depuis longtemps que la goutte peut attaquer le cerveau, et la paraplégie goutteuse est également bien connue des médecins qui ont étudié de près la marche des affections arthritiques. Je me souviens même d'un cas dans lequel M. Kirby annonça l'affection prochaine d'une paraplégie, à un moment où elle n'eût certes pas été soupçonnée par un observateur moins habile et moins expérimenté.

Je viens de vous dire que les affections goutteuses du cerveau ont été très-anciennement connues, et je ne suis pas parfaitement certain que quelques auteurs n'aient pas mentionné celles de la moelle épinière ; mais comme l'état particulier des centres nerveux auquel on a donné le nom de ramollissement n'est décrit que depuis fort peu de temps, comme nos connaissances sur ce sujet ne remontent pas au delà des travaux d'Abercrombie, de Rostan et de quelques autres écrivains contemporains, il est certain que les observations des auteurs anciens n'ont aucune valeur au point de vue de cette lésion nouvelle. Je suis donc tout à fait dans le vrai, lorsque j'avance que le rapport entre le