

ramollissement de la moelle et la goutte est signalé aujourd'hui pour la première fois. Le fait que je vais vous rapporter est un exemple d'un des ramollissements les plus étendus qui aient été observés jusqu'ici, et à ce seul titre il est digne d'attention ; mais il acquiert un bien autre intérêt lorsqu'on le compare à un second fait dont je vous donnerai également la relation ; vous serez frappés alors de la parfaite similitude des deux affections , et de l'identité des lésions trouvées à l'autopsie.

M..... habitait l'île d'Anglesey ; il était grand amateur de chasse, et lorsqu'il était engagé dans une partie de ce genre, il lui arrivait parfois de passer un jour entier sans manger. Il aimait également beaucoup la pêche, et bien souvent il restait plongé dans l'eau jusqu'à la ceinture pendant plusieurs heures, malgré les rigueurs de la saison froide. Du reste, il avait une bonne santé et des habitudes très-sobres. En 1825, il était alors âgé de vingt-cinq ans, il avait été pris de fièvre, d'inflammations articulaires ; on avait vu là un rhumatisme ; à la suite de cette maladie, les genoux restèrent un peu douloureux, un peu roides et plus gros qu'auparavant ; cependant le repos et un traitement convenable firent disparaître ces symptômes au bout de quelques mois. M... revint à une santé parfaite, et il n'eut pas la moindre indisposition jusqu'à l'automne de 1828 ; il fut pris alors d'un choléra sporadique léger, à la suite d'une partie de chasse.

Au printemps de 1832, survenait dans l'un des pieds une douleur qui fut regardée comme goutteuse. Pendant une promenade de quinze milles en voiture découverte, la douleur disparut, mais la partie affectée conserva un certain degré de sensibilité persistante. L'automne suivant, nouvel accès de douleur dans le même pied. M... se trouvait à vingt milles de chez lui, et il remarqua que la douleur diminuait pendant la marche, comme la première fois ; au bout de quelques jours, elle avait totalement disparu. Au mois d'août 1835, il y eut une nouvelle attaque, mais elle fut beaucoup plus violente, de plus, les deux pieds étaient pris. Néanmoins le malade continua à chasser selon son habitude. Il alla à cheval dans les montagnes, tirer le coq de bruyère, et il attribua sa guérison presque instantanée à cet exercice et à une bouteille de vin qu'il but en route.

Jusqu'ici nous avons vu un homme d'une constitution robuste luttant avec succès contre l'influence du froid, contre de nombreuses infractions aux préceptes de l'hygiène, et échappant au danger d'un traitement perturbateur et répercussif, dirigé contre une phlegmasie

locale de nature goutteuse. Comment une promenade en voiture découverte, une course à cheval dans les montagnes mettaient-elles fin aux accès de goutte ? Il ne serait pas aisé de l'expliquer ; mais il nous suffit de connaître le fait en lui-même pour en prévoir les conséquences : toutes ces imprudences amenèrent une distribution irrégulière des manifestations goutteuses, et produisirent des déterminations morbides vers les organes internes.

Au mois de septembre 1833, c'est-à-dire un mois après la suppression subite du dernier accès, M... était pris de coliques violentes avec constipation opiniâtre. La douleur était très-vive, et néanmoins le malade souffrait plus de l'agitation générale dans laquelle il se trouvait (agitation au delà de toute croyance, disait-il) que de la douleur elle-même. Il était en outre tourmenté par le hoquet, et après la fin de sa colique il devint jaune. En janvier 1834, nouvelle colique précédée d'un accès dont je ne puis préciser les caractères. A partir de ce moment, ces paroxysmes de douleurs abdominales devinrent très-fréquents ; voici la description que m'en a donnée le docteur Llewelyn Jones jeune, médecin ordinaire de M.... :

« Le malade est pris tout d'un coup d'une douleur sourde et fixe dans la région du côlon ; cette douleur n'est pas augmentée par la pression ; elle est accompagnée de nausées, parfois de vomissements, et, dans tous les cas, d'une constipation opiniâtre. Ces phénomènes amènent une agitation et une anxiété accablantes : j'ai vu un de ces accès durer trois jours et trois nuits. C'est seulement au bout de ce temps que je réussis à rétablir les selles ; le soulagement est immédiat. Le pouls ne s'accélère pas et reste naturel ; mais si l'attaque se prolonge, il devient faible. Le malade n'a jamais de fièvre ; il ne présente aucun signe d'inflammation abdominale. Ces paroxysmes sont constamment précédés d'un accès de goutte aux pieds. »

Les choses restèrent en cet état jusqu'au mois d'août 1835 ; les doigts furent alors atteints d'un tremblement très-marqué ; pendant les derniers accès, M... s'était plaint d'éprouver de la faiblesse dans les poignets et des douleurs dans les doigts, surtout dans les articulations des dernières phalanges. Puis ces douleurs étaient devenues plus vives et plus générales, et avaient fini par occuper les mains et les bras. Après le mois d'août de cette même année, le tremblement devint plus fort, le malade commença à perdre l'usage des membres supérieurs, et il se plaignit pour la première fois de roideur dans le cou ; l'agitation et l'anxiété étaient extrêmes. Sur ces entrefaites, survint un accès de

douleurs abdominales, mais il fut moins violent que les précédents. Après s'être affaiblis peu à peu, les bras, considérablement amaigris, perdirent toute puissance musculaire ; mais le docteur Jones, qui donna des soins au malade jusqu'au mois d'août 1836, ne put découvrir aucune altération évidente dans les membres ; les facultés intellectuelles étaient parfaitement intactes.

En octobre 1835, c'est-à-dire deux mois après que l'état des membres supérieurs avait annoncé l'approche de la paralysie, les extrémités inférieures commençaient à se prendre de la même manière ; c'était le même affaiblissement graduel, les mêmes tremblements. Au mois de décembre, le malade éprouva dans l'un des pieds une douleur très-vive avec chaleur et gonflement ; cet ensemble de symptômes fut regardé comme un accès de goutte nettement caractérisé. La sœur de ce gentleman m'a dit qu'après chacun de ces accès, l'impuissance des membres était beaucoup plus grande ; dans l'intervalle des attaques, le malade reprenait quelque force, mais le retour du paroxysme exaspérait tous les accidents.

Au mois de février 1836, j'étais mandé à Anglesey, et je voyais ce malade en consultation avec le docteur Jones et le docteur Williams (de Denbigh). Après un examen attentif, après m'être fait rendre un compte circonstancié des antécédents, je déclarai qu'il s'agissait d'une inflammation goutteuse qui avait gagné la moelle et ses enveloppes, après avoir débuté par les extrémités périphériques des nerfs. J'ajoutai qu'à une période moins avancée de la maladie, j'aurais conseillé la salivation mercurielle, mais que, dans les circonstances actuelles, nous ne pouvions pas nous arrêter à cette idée, et qu'il fallait tenter d'autres moyens. J'ai oublié de vous dire que dès le début ce gentleman avait consulté par lettre sir B. Brodie, et d'autres praticiens éminents de Londres.

Ce serait un travail fastidieux et stérile que de vous énumérer ici tous les moyens de traitement qui furent infructueusement employés. Au mois d'août 1836, le malade vint à Liverpool pour demander encore d'autres avis ; mais, ne voyant survenir aucune amélioration dans son état, il retourna à Denbigh, où il mourut dans le mois d'octobre suivant. Il était depuis quelque temps déjà dans un état d'amaigrissement complet, et absolument paralysé de tous ses membres ; mais il garda jusqu'à la fin ses facultés intellectuelles. L'autopsie fut pratiquée par le docteur Williams, avec qui je m'étais rencontré en consultation au mois de février : il trouva les viscères thoraciques et abdominaux

parfaitement sains ; il ne put découvrir aucune espèce d'altération dans le cerveau ; mais la moelle épinière, dans la partie correspondante à la dernière vertèbre cervicale et à la première dorsale, était ramollie au point d'avoir la consistance d'une crème épaisse ; tout le reste de la moelle avait une consistance moindre qu'à l'état normal ; il n'y avait aucune autre lésion. Depuis lors le docteur Williams, que je ne saurais assez remercier de sa bienveillance, m'a adressé une lettre dans laquelle il interprète la maladie de M... d'une façon qui confirme les vues que j'avais émises moi-même : « Trois ans avant sa mort, j'ai vu M... pendant un de ses accès aux pieds. La douleur était très-vive, et les parties malades présentaient une rougeur franchement goutteuse. Je suis convaincu que l'exercice imprudent de la chasse et de la pêche pendant la durée même de ces accès a beaucoup contribué à rendre la maladie irrégulière et erratique. »

Vous n'avez pas oublié, messieurs, que les bras ont été atteints de tremblement et d'impuissance deux mois avant l'apparition de la paralysie dans les membres inférieurs : ce fait prouve d'une façon incontestable que la moelle épinière n'a pas été le *point de départ* de l'affection ; une lésion de cet organe, assez étendue pour amener une paralysie progressive et complète des membres supérieurs, eût dû paralyser longtemps auparavant les extrémités inférieures (1). Il y a une analogie frappante au point de vue des tremblements et de la paralysie, entre le fait que je viens de vous exposer et la colique des peintres ; cette analogie se retrouve jusque dans les spasmes intestinaux et la constipation. De plus, dans la colique de plomb, l'affection nerveuse est accompagnée d'abord de douleur et d'affaiblissement dans les membres ; puis, au bout d'un temps assez long, il est vrai, les malades finissent par ressentir des douleurs spinales : ce fait a déjà été signalé par le docteur Bright. Ici donc, comme dans la goutte, l'altération de la moelle et la paralysie consécutive succèdent à l'affection des nerfs périphériques.

Le fait suivant ne le cède point au précédent en intérêt et en importance. Un gentleman d'une constitution robuste, âgé d'environ cin-

(1) Les exemples de lésion spinale sans paralysie des membres inférieurs sont en effet extrêmement rares. Il faut admettre alors que la lésion a respecté les filets nerveux destinés aux membres inférieurs (opinion qui n'est guère conciliable avec nos connaissances actuelles sur la texture de la moelle), ou bien que le grand sympathique, qui reste intact, devient la voie de transmission. Cette dernière opinion a été professée par M. Cl. Bernard dans ses leçons de 1860 sur la moelle épinière. (Note du Trad.)

quante-cinq ans, vint me consulter le 7 juin 1836. Il était sous le coup d'une prédisposition héréditaire à la goutte, car son père en avait souffert pendant toute sa vie, et un de ses frères en avait été atteint dès l'âge de treize ans. Ce gentleman, qui possédait des propriétés territoriales très-considérables, habitait constamment la campagne; il y menait une vie très-active, mais il se laissait aller volontiers aux plaisirs de la table. Après avoir été incommodé assez longtemps par de la dyspepsie, après avoir eu quelques symptômes précurseurs, il fut pris d'un accès de goutte régulière au printemps de l'année 1828; il en eut un autre en 1830, un troisième en 1832, et toujours à la même saison: ces paroxysmes étaient excessivement douloureux. Pendant l'année 1832, il ressentit de temps en temps quelques atteintes de son mal, et au mois de janvier 1833 il eut une attaque des plus alarmantes; elle avait un caractère entéritique, et était accompagnée de spasmes gastriques et de douleurs vives dans les membres. Pendant l'automne de 1834, le malade souffrit considérablement de coliques néphrétiques; il ne fut soulagé qu'après avoir rendu une grande quantité de graviers uriques.

Au printemps de 1835, ce gentilhomme fit une chute de cheval, et, à la suite de cet accident, il se plaignit pendant quelque temps de douleur autour du tronc et dans la région lombaire. Cependant il en fut assez promptement délivré, et il resta en bonne santé pendant l'été et l'automne. Dans la dernière semaine de décembre il s'exposa au froid, et fut pris bientôt après d'une toux pénible et de douleurs dans la poitrine et dans les pieds; ces dernières furent mises sur le compte de la goutte. A dater de ce moment, le malade éprouva bien quelque amélioration passagère, mais sa santé ne se rétablit jamais complètement; il resta sujet à des accès de douleurs qui siégeaient surtout dans la poitrine, et il en était fort incommodé. Le 3 juin, il consulta un médecin du voisinage, lui disant qu'il ressentait dans le côté droit une légère douleur, qui le gênait surtout le matin, quelque temps avant son lever; il ajouta qu'il s'en était aperçu depuis deux mois. Le médecin examina très-attentivement la région hypochondriaque et le foie, mais il n'y découvrit aucune sensibilité anormale, aucun gonflement; il n'y en avait pas non plus du côté de la moelle épinière. Le pouls était parfaitement naturel, les fonctions de l'intestin étaient régulières; il n'existait pas à ce moment-là de symptômes dyspeptiques. Le malade fut mis à l'usage de pilules toniques et laxatives, et on lui fit faire une embrocation stimulante sur le point douloureux.

Lorsqu'il vint me consulter le 7 juin 1836, je le trouvai sous le coup d'une pleurodynie intermittente qui me parut avoir un caractère goutteux. Durant la journée le malade ne souffrait pas, mais le soir il était pris de sa douleur, qui persistait jusqu'au lendemain matin. J'employai sans aucun succès les médications locales et générales les plus diverses. A partir du milieu de juin, les choses allèrent en empirant; les douleurs étaient très-violentes pendant la première partie de la nuit; vers le matin, elles se calmaient un peu, si le malade se couchait sur le ventre et évitait tout mouvement. A la fin de juillet, cette douleur, qui avait toujours occupé jusque-là le côté droit, passa à gauche: tantôt elle donnait au malheureux patient la sensation d'une lance qui aurait traversé le diaphragme; d'autres fois elle lui faisait dire qu'il avait tout le côté comme serré dans un étau. Lorsqu'il était dans la position horizontale, il éprouvait en outre un sentiment de froid; parfois la douleur gagnait la région claviculaire et les espaces intercostaux, et lorsqu'elle cessait d'occuper le diaphragme, elle se fixait ordinairement vers l'angle inférieur du scapulum, et dans la partie environnante du dos.

Au mois d'août, le malade essaya les bains chauds et il se trouva soulagé par le premier qu'il prit; mais il resta trop longtemps dans le second, qui était chauffé à 100° (1), et il faillit avoir une syncope. Il prit six ou huit bains, mais il n'en retira aucun avantage; d'ailleurs il ne pouvait plus supporter les cahots de la voiture qui le conduisait à l'établissement. Vers cette époque, la démarche et le facies du malade commencèrent à s'altérer visiblement; il était pâle et amaigri; son épaule gauche était élevée, il ne pouvait plus fléchir la colonne vertébrale; il marchait avec une roideur toute particulière, comme si ses bras eussent été aillés. Le 22 août au matin, il se plaignit d'avoir beaucoup souffert pendant la nuit, et en l'examinant on découvrit une tuméfaction considérable au-dessous des côtes du côté droit. En même temps survenaient des phénomènes dyspeptiques très-marqués, l'urine était rare et trouble; le malade, plongé dans la tristesse, n'avait que de sombres pressentiments. D'après mon conseil, il vint alors s'établir à la ville pour être plus à ma portée, et pour avoir le bénéfice d'une consultation.

Le 30 août, il éprouva, à sa grande joie, une attaque de goutte dans les deux pieds; aussi longtemps qu'elle dura, il fut délivré de ses atroces douleurs du diaphragme et de la poitrine. Mais cet intervalle de tran-

(1) 37°,5 centigrades.

quillité fut bien court; l'affection inflammatoire des pieds s'éteignit, et la douleur diaphragmatique reparut plus violente que jamais. Le malade, à bout de forces, devint complètement paraplégique. Vers le 10 de septembre, le ventre fut atteint à son tour; il devint douloureux, ballonné; la constipation était opiniâtre; mais ces nouveaux accidents n'amendèrent point les symptômes thoraciques. Bientôt après, la muqueuse de la vessie était affectée, ce qui amena une rétention d'urine avec irritation vive de la prostate, et il fallut employer la sonde plusieurs fois par jour. Il en fut ainsi jusqu'au 10 novembre; ce jour-là, le sphincter vésical fut frappé de paralysie, et dès lors l'urine s'écoulait goutte à goutte aussitôt qu'elle était sécrétée.

Pendant tout ce temps le liquide urinaire continuait à présenter les caractères de la diathèse urique, et il contrastait étrangement avec la sécrétion fournie par la muqueuse de la vessie enflammée. Cette sécrétion consistait en un mucus visqueux, quelquefois puriforme, d'un jaune grisâtre ou blanchâtre: ce mucus renfermait, soit un alcali libre, soit un carbonate alcalin. Ce produit était très-adhérent, et il s'étendait en longs filaments lorsqu'on renversait le vase dans lequel il était contenu. Il y avait donc ici dans la vessie deux liquides tout à fait différents, dont l'un était alcalin et l'autre acide; ce fait est assez curieux pour être signalé.

Cependant les souffrances du patient allaient croissant de jour en jour; des soins de tous les instants réussissaient à peine à lui procurer quelque soulagement: cette tâche difficile était accomplie avec un zèle et un dévouement infatigables, par M. Richardson, auquel je dois la plupart des détails que je vous ai donnés sur les premières phases de cette maladie. Dix jours avant la mort, la paralysie avait envahi les quatre membres et le tronc; à partir des vertèbres cervicales, le mouvement et la sensibilité étaient entièrement abolis. La voix était presque éteinte et à peine articulée, la déglutition ne se faisait qu'au prix de grands efforts. Enfin le 27 novembre 1836, la mort vint mettre un terme à cette longue et pénible scène.

Il est important de noter qu'à l'époque du début de la paraplégie, le malade était tourmenté par des tressaillements involontaires dans les membres affaiblis. Cette action anormale des muscles persista après l'extinction complète du mouvement volontaire.

L'autopsie a été pratiquée vingt heures après la mort par M. Adams. Le corps, considérablement amaigri, présentait quelques ulcérations gangréneuses dans la région scapulaire, sacrée et iliaque. Le cerveau

était parfaitement sain; il y avait un peu de liquide au-dessous de l'arachnoïde et dans le quatrième ventricule. La moelle épinière, depuis la quatrième vertèbre cervicale jusqu'à sa terminaison, était convertie en une masse pulpeuse d'un gris cendré. Les enveloppes étaient saines; mais une section transversale donna issue à une grande quantité de sérosité jaunâtre, et le liquide contenu dans le quatrième ventricule s'écoula en même temps. La surface des coupes pratiquées sur la moelle présentait des colorations variées: au niveau de la troisième vertèbre dorsale la couleur noire dominait; à partir de ce point jusqu'à l'extrémité inférieure de l'organe, on observait une teinte jaunâtre. On trouva sur les pédoncules de la quatrième vertèbre dorsale deux petites tumeurs du volume d'une aveline. M. Adams fit remarquer que c'étaient, selon toute probabilité, des productions accidentelles. Toutes les tuniques de la vessie étaient épaissies; l'hypertrophie de l'organe s'était faite aux dépens de sa cavité, de sorte qu'il ne pouvait pas contenir plus de trois onces de liquide; la surface interne était d'une couleur vert foncé tirant sur le noir. Les uretères étaient également épaissis; les reins étaient augmentés de volume, et leur membrane de revêtement offrait la même coloration verte que la muqueuse vésicale. Les bassinets et les calices étaient dilatés; ils renfermaient une urine rougeâtre mêlée d'une matière puriforme; l'odeur de ce liquide rappelait celle qu'avait présentée l'urine, trois semaines avant la mort du malade. Les autres viscères ne présentaient aucune particularité digne d'être notée.

Pour concevoir une idée nette de la nature et de la marche d'une affection qui, suivant un trajet rétrograde le long des nerfs, s'était propagée jusqu'à la moelle, il est bon de nous arrêter quelques instants sur les phénomènes les plus saillants qui l'ont caractérisée. Remarquez avant tout que pendant un temps fort long les douleurs n'ont occupé qu'un seul côté du corps; ce fait démontre à lui seul que l'altération morbide siégeait alors sur les extrémités périphériques des nerfs, et non pas dans la moelle: car Ollivier a parfaitement établi que l'inflammation de la moelle et de ses méninges ne reste limitée à une seule moitié latérale que pendant fort peu de temps: la cavité qui renferme ces organes est si étroite, la solidarité de toutes ces parties est si intime, qu'après un ou deux jours au plus tard, la phlegmasie ne peut plus être confinée à un seul côté.

Certains exemples de lésions des vertèbres, le caractère des douleurs qu'on observe alors, semblent au premier abord aller directement contre l'opinion que je viens d'émettre; il arrive en effet assez fréquem-

ment que, dans la carie vertébrale, le malade ne souffre que d'un seul côté ou dans un seul membre ; souvent même ces souffrances ne sont pas continues, et elles présentent une certaine intermittence. Mais, messieurs, pour nous rendre compte de ce fait, il nous suffit de remarquer qu'ici l'inflammation ne débute pas dans la moelle ou dans ses enveloppes, mais dans les os ; de sorte que les nerfs, après leur émergence, sont toujours affectés avant la moelle elle-même. L'argument est sans réplique : ici l'altération des nerfs est secondaire, et elle provient uniquement de leur proximité des os malades : rien d'étonnant, dès lors, que les nerfs d'un seul côté soient atteints ; rien d'étonnant que ceux de l'autre côté restent indemnes, jusqu'à ce que la lésion osseuse se soit étendue jusqu'à leur niveau. Cette interprétation n'a point échappé aux pathologistes allemands.

Chez le malade dont je vous ai rapporté l'histoire, les douleurs persistèrent d'un seul côté, pendant des mois entiers, puis tout à coup elles passèrent du côté opposé, autre fait incompatible avec l'idée d'une affection primitive de la moelle. D'autre part, l'amélioration frappante qui coïncidait avec l'apparition de la goutte dans les pieds, les intermissions complètes des premières périodes de la maladie, montrent clairement que ces douleurs, si violentes pendant leurs paroxysmes, n'avaient pas leur point de départ dans les centres nerveux. Si la chute que ce gentilhomme avait faite, ou toute autre cause accidentelle, eût amené une inflammation de la moelle épinière avec altération consécutive de sa structure, l'évolution et la marche des symptômes eussent été bien différentes ; tout au moins n'aurions-nous pas observé entre l'apparition des premières douleurs et la paralysie ces longs intervalles pendant lesquels l'état de la santé demeurait assez satisfaisant.

Lorsque la paraplégie reconnaît pour cause une lésion de la moelle elle-même, la rétention d'urine ou l'irritabilité de la vessie précède souvent d'assez longtemps la paralysie des membres ; lorsque, au contraire, cette dernière dépend d'une affection périphérique qui remonte peu à peu vers la moelle, la vessie n'est prise qu'à la dernière période de la maladie, et c'est précisément ce qui a eu lieu dans le cas actuel. Je vous ferai remarquer enfin l'analogie remarquable qui existe entre ce fait et celui du gentilhomme Gallois dont je vous ai parlé d'abord. Chez lui, il n'y avait eu ni chute ni violence extérieure, et cependant on a constaté à l'autopsie un ramollissement très-prononcé de la moelle : il est donc certain que chez ces deux malades l'affection a débuté par une névralgie goutteuse, par une inflammation des extrémités des nerfs et de

leur névritisme ; cette phlegmasie a gagné graduellement les parties centrales du système nerveux, et a fini par compromettre l'intégrité de la moelle (1).

Il est très-important que vous soyez prévenus de la possibilité de cette terminaison, et que vous connaissiez toute la gravité des accidents auxquels sont exposés les individus goutteux ; instruits du danger, vous pourrez recourir, en temps opportun, à un traitement capable de le conjurer. J'ai constaté moi-même la complète impuissance du colchique, de l'iodure de potassium, de la strychnine et de tous les moyens usités en pareil cas : aussi ne vous en parlerai-je point ici ; j'aime mieux vous recommander de placer de bonne heure quelques cautères le long de la colonne vertébrale, et d'amener rapidement votre malade à la saturation mercurielle. Colles a préconisé l'usage du mercure dans la paraplégie, et il a rapporté des faits qui démontrent l'efficacité de cette pratique. Malheureusement, il ne nous a point donné les moyens de reconnaître les cas dans lesquels cette médication est indiquée ; sa recommandation perd par cela même beaucoup de sa valeur, et ne peut servir de guide dans le traitement des maladies de la moelle épinière. Néanmoins il est bien certain que le mercure employé au début doit être surtout utile lorsque les symptômes paralytiques dépendent, soit d'une inflammation des nerfs ou de leur névritisme, soit d'une phlegmasie de la moelle ou de ses enveloppes.

(1) On objectera peut-être qu'en l'absence de l'examen microscopique des cordons nerveux, cette interprétation n'a d'autre valeur que celle d'une hypothèse ingénieuse. L'argument n'est que spécieux ; les faits rapportés par Graves me semblent irréprochables, et l'on ne peut douter qu'il ne s'agisse bien réellement ici d'une altération secondaire et centripète. D'un autre côté, les travaux remarquables de Rokitsansky, de Türk, de Demme et d'Eisenmann, nous ont définitivement éclairés sur ces lésions du système nerveux central, qui succèdent aux modifications fonctionnelles ou organiques des nerfs périphériques ; et avec ces données nouvelles, nous pouvons nous rendre parfaitement compte de l'évolution pathogénique invoquée par le médecin de Dublin, et constater une fois de plus l'importance des résultats auxquels il est arrivé, sans autre moyen d'investigation que l'observation clinique.

Rokitsansky, *Ueber die Bindegewebswucherungen im Nervensystem* (Sitzungsberichte der k. k. Akademie der Wissensch. zu Wien, 1858). Ce mémoire a été tiré à part chez Braumüller, à Vienne.

Türk, citation empruntée à Eisenmann.

Demme, *Die pathologische Anatomie des Tetanus und einiger andern Krankheiten des Nervensystems*. Bern, 1859.

Eisenmann, *Die Pathologie und Therapie der Rheumatosen in genere*. Würzburg, 1860. (Note du Trad.)