

a. — Les *hémiplegies* ordinaires sont, d'après ce tableau, au nombre de 373, divisées en droites 181 et gauches 192. La différence entre les deux côtés n'est que de 11; on peut donc dire qu'il y a à peu près égalité entre eux.

L'hémiplegie présente des degrés qu'il est intéressant d'étudier.

Le premier, le plus simple, consiste dans la paralysie des membres supérieur et inférieur d'un côté. Elle peut être complète à l'un d'eux et incomplète à l'autre. C'est ordinairement le membre supérieur qui est le plus affecté.

Dans un second degré, indépendamment des deux membres, la face est paralysée sur la même ligne. La perte de l'énergie musculaire de ce côté permet aux muscles congénères et antagonistes d'entraîner les traits du visage du côté opposé. La partie qui offre la première ce changement est l'angle des lèvres. Quelquefois, dans le repos, l'équilibre entre les deux côtés ne paraît pas rompu; mais si le malade parle, ou mange, ou rit, on voit la commissure du côté sain se mouvoir, se porter en dehors et en haut, tandis que l'autre reste immobile; quelquefois la paupière supérieure reste à demi-abaissee sur l'œil du côté paralysé, l'aile du nez est aussi affaissée; la joue est aplatie, inerte, immobile et sans rides. Si elle se meut, ce n'est que d'une manière passive. Ainsi, il se produit parfois un phénomène très connu, que désigne l'expression assez pittoresque, mais un peu triviale, de *fumer la pipe*; les lèvres étant rapprochées, si l'air expiré remplit la bouche, il soulève la joue paralysée, la distend, alors ce côté de la bouche s'entr'ouvre et l'air s'échappe: ce n'est pas le buccinateur qui l'a chassé.

Dans un troisième degré, non seulement une moitié de la face est entraînée du côté opposé à la paralysie des membres, mais encore les yeux sont fortement dirigés dans le même sens, et la tête elle-même, ayant subi un quart de rotation, tourne la face tout entière dans la même direction.

Ces phénomènes ont attiré l'attention de MM. Charcot, Vulpian, Prévost. Ce dernier en a fait le sujet d'une étude

très intéressante⁽¹⁾; il a nommé cette inclinaison des yeux *déviatio conjuguee*, pour montrer que les deux organes subissent une impulsion commune et ne perdent pas leur parallélisme normal, ce qui distingue cette déviation du strabisme. La rotation de la tête, qui commence par le redressement et l'inclinaison en arrière, s'opère par l'action énergique des muscles du cou du côté non paralysé. M. Prévost a rapporté un certain nombre de faits d'hémorragies et de ramollissements encéphaliques, accompagnés de cette déviation conjuguee des yeux et de la tête. Quelques-unes des observations d'hémorragies que j'ai exposées en présentent aussi des exemples (CCXXX, CCXXXIV, CCXLIV, CCLXXXIII, DCCCXIII, DCCCXXIV); mais j'en trouve également dans lesquels la déviation s'est opérée du côté même de l'hémiplegie (CXCIX, CCXXIX); c'est que la production du phénomène ne tient pas seulement à la perte d'équilibre de la force musculaire entre les deux côtés du cou et de la tête, mais surtout à l'augmentation d'énergie contractile du côté non paralysé vers lequel la tête et les yeux s'inclinent; c'est qu'il y a, dans ces circonstances, coïncidence de spasme tonique, lequel est indépendant de la paralysie. Or, la contracture entraîne la tête de son côté, que ce côté soit ou non celui de l'hémiplegie. Cette contracture est prouvée par la résistance que la tête oppose quand on veut la déplacer et la ramener à sa situation normale.

L'hémiplegie avec déviation de la face s'accompagne très souvent d'un autre phénomène assez notable, c'est la *déviatio de la langue*. Cette déviation fait supposer que l'un des côtés de cet organe prend part à l'hémiplegie. C'est lorsqu'on dit au malade de montrer sa langue qu'on voit celle-ci s'incliner en franchissant le rebord dentaire; mais quelquefois aussi, quand on fait seulement ouvrir la bouche, on peut s'apercevoir de cette inclinaison. Il faut prendre garde que la déviation coïncidente de la bouche peut rendre le phé-

(1) De la déviation conjuguee des yeux et de la rotation de la tête dans certains cas d'hémiplegie. Paris, 1868.

nomène relatif à la langue plus ou moins distinct, selon que l'inclinaison a lieu dans le même sens ou en sens contraire. Sur 32 cas, dans lesquels la pointe de la langue était assez sensiblement détournée de la ligne médiane, je trouve 16 inclinaisons à droite et autant à gauche; mais l'essentiel de cette recherche est de savoir dans quel rapport ce changement de direction se trouvait avec l'hémiplégie. 24 fois la langue s'est déviée du côté même qui était paralysé, 8 fois du côté sain (1). Une fois la langue s'est déviée à droite, et il existait à gauche un état général de rigidité (DCII), et dans une autre circonstance, l'hémiplégie étant à droite, la totalité de la langue paraissait inerte et remplissait mal ses fonctions quant à la mastication et à la déglutition, sans s'être déviée (DCCCXLII).

L'hémiplégie, dans quelques cas, s'est étendue au voile du palais. Le fait a été mis hors de doute dans l'une des observations où la moitié droite de ce septum était immobile comme les membres du même côté. La luette s'inclinait à gauche et la langue à droite (DCCLXXXIX).

b. — La paralysie isolée de l'un des côtés de la face, ou *hémiplégie faciale*, est un symptôme peu commun, qui est survenu dans diverses localisations. Il y en a sept exemples. Dans trois de ces cas, la paralysie affectait le côté droit de la face (CCCLXXX, CDXXIV, DCXLIX). Dans trois autres, le côté gauche (CCCLXVI, DCCLXXXVI, DCCCXI). La paralysie peut être très légère, bornée aux environs de la bouche, sans déviation bien manifeste, comme dans le cas de Dupuytren (DXLI). Toutefois, c'est cette déviation qui forme le principal caractère de cette paralysie. La perte du mouvement de la paupière supérieure du même côté vient quelquefois compléter le phénomène (DCXLIX, DCCLXXXVI).

c. — L'*hémiplégie alterne*, qui se compose de la paralysie des membres d'un côté et de l'hémiplégie faciale de l'autre, a été observée dans seize cas; il est nécessaire de les si-

(1) CDXXXV, CDXL, XCVIII, DCII, DCCXXXIX, DCCXLV, DCCCXXIV, DCCCLV.

gnaler avec précision, parce qu'ils serviront de base à quelques commentaires d'anatomie et de physiologie pathologique. Ces faits sont les suivants :

- XVII, paralysie des membres droits, hémiplégie faciale gauche;
 CCLXXXVII, bras droit paralysé, hémiplégie faciale gauche;
 DCXXXIV, bras gauche paralysé, hémiplégie faciale droite;
 DCCXXV, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
 DCCXXXVI, paralysie des membres gauches et de la moitié droite de la face;
 DCCXXXVII, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
 DCCXLV, paralysie des membres droits et du côté gauche de la face;
 DCCLXVIII, paralysie des membres droits et du côté gauche de la face;
 DCCLXXVII, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
 DCCLXXXVII, paralysie du bras, puis de la jambe gauches, de la partie inférieure et gauche de la face (bouche déviée à droite) et paralysie de la paupière supérieure droite, avec faiblesse de l'œil et dilatation de la pupille correspondante;
 DCCLXXXIX, hémiplégie droite étendue au côté droit du thorax; paralysie de la paupière supérieure gauche;
 DCCXCV, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
 DCCXCVI, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face, sauf les paupières;
 DCCXXXI, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
 DCCXXXIII, paralysie des membres gauches et du côté droit de la face;
 DCCXXXVIII, hémiplégie droite, paralysie du côté gauche de la face;

De ce dénombrement, il résulte que dix fois les membres gauches ont été paralysés, et six fois les membres droits, la face étant paralysée du côté opposé; mais cette dernière lésion a été plus ou moins étendue, elle affectait la bouche et les paupières le plus souvent. D'autres fois on a vu la bouche déviée par le fait de l'hémiplégie gauche, et les paupières de l'œil droit privées en même temps de leur action. En outre, l'hémiplégie des membres peut être bornée à un seul; le phénomène n'en est pas moins caractérisé.

d. — La paralysie d'une paire de membres ou celle de

trois membres, ou celle d'un seul, constituent des variétés assez rares. Toutefois, la paralysie des deux membres inférieurs est fréquenté dans les hémorragies rachidiennes.

e. — La paralysie des quatre membres fait supposer que de larges surfaces ou que des points multiples, ou que des parties centrales ont été affectées. Ces cas sont assez nombreux et très graves.

Les diverses paralysies que je viens de parcourir peuvent être accompagnées de phénomènes variés appartenant à l'ordre des spasmes cloniques ou toniques. Cette coïncidence dénote que la lésion de la motilité n'est pas toujours simple et qu'elle comporte des modes et des degrés différents. Souvent, la perte du mouvement est entière, l'inertie absolue, la résolution complète; mais, d'autres fois, les membres paralysés sont agités de mouvements convulsifs, de convulsions, de secousses, de tressaillements, comme le sont, en d'autres cas, les membres paralysés. Des crampes ou des contractions saccadées peuvent s'y produire (cccxcvi, dccxxxvii); mais il est un autre symptôme qui se joint bien plus fréquemment aux paralysies : c'est la *contracture*. Plus de 60 cas en présentent des exemples. Cette contracture n'a pas la ténacité de la paralysie; elle est variable, arrive sans motif apparent, diminue ou cesse, ou se déplace, mais souvent aussi elle persiste autant que la paralysie, avec laquelle elle s'identifie pour enlever au membre privé du mouvement spontané, la souplesse, la flexibilité. Elle ajoute à l'impotence, et entraîne des rétractions et des difformités fort incommodes et généralement irrémédiables.

(Asthénie musculaire.) Il est un mode de lésion de la motilité, qui n'est pas la paralysie, mais qui s'en rapproche : c'est la faiblesse, la débilité, l'asthénie musculaire. Les membres affectés n'ont pas perdu le mouvement; ils peuvent se déplacer, surtout quand ils sont appuyés; mais ils manquent d'énergie; leurs actions sont lentes, peu étendues, peu persistantes. Ils se fatiguent promptement; les mains

ne peuvent tenir les objets; les jambes soutiennent péniblement le corps; elles fléchissent bientôt; la station debout est peu solide, la marche chancelante, les chutes sont presque inévitables, et si le malade tombe, il ne peut se relever que par un grand effort. Les diverses catégories d'hémorragies peuvent donner lieu à cette asthénie, ou atonie musculaire. Mes observations en fournissent cinquante exemples, que l'on rencontre principalement dans les faits d'hémorragie méningée et dans ceux d'hémorragie cérébelleuse. Dans ces derniers, la distinction entre ce symptôme et la paralysie est parfaitement établie par les observateurs. Toutefois, cette asthénie peut souvent être regardée comme un premier degré de la paralysie. Elle la précède dans quelques cas, et en d'autres lui succède. Comme celle-ci, elle peut n'affecter que les membres d'un côté, et dans certains cas, il y a paralysie d'un côté et simple asthénie musculaire de l'autre. Elle est plus fréquente aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Avec elle, coïncident parfois les spasmes cloniques, les spasmes rarement toniques.

Modifications de la sensibilité. — La sensibilité peut subir de notables changements, qui ne sont pas toujours en rapport avec ceux que la motilité présente. Il faut donc les étudier en particulier. La sensibilité peut être émoussée, exaltée, pervertie, éteinte, ou rester normale.

a. — La sensibilité est émoussée dans un assez grand nombre de cas d'hémiplégie, soit droite (23), soit gauche (23), et dans quelques autres cas de perte de mouvement; dans la paralysie alterne (dcccxi), dans la paralysie des quatre membres, etc.; mais la diminution de la sensibilité n'est pas uniforme; elle peut exister au membre supérieur, non à l'inférieur (cxcix, dcccxii); elle peut avoir lieu aussi sans perte du mouvement (cxxvi, cxxxviii, ccxv); enfin, elle peut accompagner les divers spasmes, les mouvements convulsifs (dcccv), la contracture primitive (diii, dvi, dcxli), la rigidité tétanique (dcxliii, dcxlix). Dans cet état de sensibilité obtuse, les impulsions sont encore senties; mais les

actions réflexes qui leur succèdent sont lentes et faibles (CCLXIII, CCCXI, etc.).

b. — La sensibilité peut être exaltée dans les parties paralysées. C'est ce qu'on a constaté dans l'hémiplégie droite (CLXXIX), dans l'hémiplégie gauche (DCLIV, DCCCXXXIX), dans l'hémiplégie alterne (DCCXCXVI). L'hyperesthésie a lieu aussi sans paralysie (LXXIV, CXXVII), ou bien elle existait d'un côté et la perte du mouvement était de l'autre (CDXXVI). Elle peut précéder la contracture (DCLI) ou accompagner les convulsions (DCXCI). Elle provoque, dans les membres paralysés, des douleurs, des élancements, des crampes, des fourmillements pénibles (CDXXXVI, DXXVIII, DCLXIV, DCLXVII, DCCXXXVII). Il peut aussi y avoir des fourmillements dans les parties non paralysées, dans les doigts, dans les jambes (CDXCIV, DLXXXIX, DCCXXV, DCCCLX, DCCCLXI).

c. — La sensibilité, qui s'exalte, s'égaré parfois, d'où résultent des sensations erronées. Un malade éprouvait dans un membre paralysé une impression glaciale aux points où on le touchait (DXXVIII). Un autre avait un sentiment de picotement, de démangeaison dans une joue (DCV). Ces aberrations sont rares, mais elles doivent être remarquées.

d. — La perte de la sensibilité, l'insensibilité ou anesthésie, ou la paralysie du sentiment, constitue un symptôme fréquent dans l'hémorragie des centres nerveux. On le rencontre dans plus de cent observations. L'insensibilité peut être générale; telle est celle qui souvent accompagne le début de la maladie et persiste avec elle, ou celle qui se produit à la fin et se continue jusqu'à la mort. Dans ces divers cas, elle est accompagnée d'une résolution complète des membres.

La sensibilité étant éteinte, on ne peut provoquer d'action réflexe, et la contractilité électro-musculaire est en vain sollicitée.

La perte de la sensibilité est parfois unilatérale; elle a lieu à divers degrés, le sentiment étant obtus d'un côté et aboli de l'autre (CCXXIX, DCCCLXI). Elle peut n'affecter qu'un membre

(CXXXV), mais c'est rare; elle accompagne l'hémiplégie droite (41 cas) ou l'hémiplégie gauche (12 cas). D'autres fois, c'est avec des convulsions qu'elle se rencontre (14 cas) ou avec une contracture (DVIII, DLXX, DCCCLXXII, DCCCXVII), ou avec une roideur tétanique (CCXXXIX, DCCCXXXIX, DCCCXXXIV); enfin, elle peut être exempte de coïncidence, et constituer une hémiplégie du sentiment sans perte du mouvement (DI, DXVIII). Elle peut aussi précéder l'immobilité ou faire avec elle une sorte d'échange, un membre étant à la fois immobile et sensible, tandis que l'autre est insensible et mobile (DCCCLXX)⁽¹⁾; mais cette circonstance est presque exceptionnelle; il est plus ordinaire de voir les deux espèces de lésions marcher de concert.

e. — La sensibilité peut demeurer intacte, bien que la motilité soit plus ou moins lésée. Dans 40 cas, elle était conservée, quoiqu'il y eût paralysie et surtout hémiplégie. Pour désigner ces cas, les auteurs se sont servis du mot *parésie*, qui signifie perte du mouvement et non du sentiment. La sensibilité s'est maintenue au milieu des convulsions (CDIX, DIV) et avec un état de contracture (CC, CCCLXVIII, CDLXV, DCH).

Voies digestives. — Les voies digestives présentent, chez un assez grand nombre de sujets, des symptômes importants.

a. — L'un des plus remarquables est le *vomissement*. On a vu ce symptôme se manifester assez fréquemment au moment de l'invasion. Il est une circonstance qui le rend alors presque inévitable, c'est lorsque l'attaque a lieu peu de temps après que le malade a ingéré des aliments. La chymification est troublée, et l'estomac tend à se débarrasser. Mais le vomissement survient également dans le cours de la maladie ou à la fin. Il a été mentionné dans plus de 100 cas, et il est probable que souvent il a eu lieu sans avoir été noté, parce qu'il a été momentané, et que l'observateur n'en a pas été prévenu.

(1) Voyez aussi (service de M. Andral) Paralysie à droite, anesthésie à gauche. (*Union médicale*, 1853, p. 114.)

b. — La *difficulté de la déglutition* s'est manifestée dans 70 cas environ; elle est toujours un symptôme facile à reconnaître et utile à noter. Un malade n'exerce pas la déglutition quand il est plongé dans le coma, et qu'il n'a pas la conscience des objets qui l'entourent. La dysphagie peut être le résultat de l'inertie du pharynx et de l'œsophage, et alors exister, quoique l'intelligence s'exerce. Elle peut encore tenir à un état de spasme de ces organes; de plus, quelques malades ont éprouvé une constriction douloureuse à la gorge (DCCXXV, DCCCLXV), et même comme un sentiment de strangulation et une menace de suffocation (DCCCIX).

c. — Les matières stercorales consistantes sont ordinairement retenues dans le gros intestin; les matières molles ou liquides peuvent être rendues sans conscience et sans la participation de la volonté. C'est ce qui arrive quand les malades sont dans un assoupissement profond ou quand les sphincters sont paralysés. Cette paralysie accompagne ordinairement celle des membres inférieurs; mais elle peut avoir lieu aussi dans l'hémiplégie.

Voies respiratoires. — La respiration paraît souvent naturelle; mais dans des cas assez nombreux, elle offre de notables modifications. Elle est inégale, irrégulière, plus souvent ralentie qu'accélérée. Elle est gênée, laborieuse; elle exige de grands efforts de la part des muscles inspirateurs. Parfois, elle ne s'accomplit qu'à l'aide du diaphragme. Elle s'accompagne de soupirs, de bâillements, de hoquet; elle s'embarrasse, devient bruyante; on entend un gros râle trachéal, une sorte de ronflement, de ronchus, de stertor. La respiration devient stertoreuse assez promptement dans les cas graves; elle l'est presque toujours dans les derniers instants de la vie. Cette altération de la respiration peut s'effectuer dans toutes les catégories des hémorrhagies encéphaliques; mais elle paraît être plus précoce et plus marquée dans celles du mésocéphale et de la partie supérieure de la moelle épinière.

Voies circulatoires. — Le pouls peut rester à peu près

naturel. Mais souvent il reçoit comme le contrecoup des ébranlements survenus dans l'encéphale; il se ralentit, devient mou et large; puis il s'élève et se tend; ensuite, il s'accélère et peut rester dur ou devenir petit. Une fièvre très prononcée s'est manifestée chez quelques sujets. Lorsque la respiration est très gênée, les veines du cou se gonflent, les capillaires de la face s'injectant, les lèvres, les joues, les paupières, prennent une teinte livide. La circulation peut aussi être ralentie, gênée dans le cercle inférieur; les vaisseaux abdominaux alors se congestionnent (1).

Sécrétion de l'urine. — L'urine peut être retenue dans la vessie, ou bien être rendue sans conscience.

Perspiration cutanée. — Ce n'est ordinairement que dans les derniers moments de la vie que la peau se couvre d'une sueur abondante, visqueuse et fréquemment froide.

Organes génitaux. — On a porté une attention spéciale à l'état des organes sexuels dans les hémorrhagies du cerveau, par suite des opinions émises par les phrénologues sur les attributions de cet organe. En effet, dans un certain nombre de cas, il y a eu érection, émission spermatique.

Calorification. — Quelle est l'influence exercée par l'hémorrhagie encéphalique sur l'intensité ou l'expansion de la chaleur animale? Si l'on interroge les faits, on obtient des réponses assez variées.

Quelquefois les malades sont saisis après l'attaque d'un refroidissement général; c'est ce qui arrive surtout si leur âge est avancé, l'atmosphère froide, l'hémorrhagie grave, et la mort prochaine (CLXXIII, CCCXIX, DCLXVI, DCCCLXXII, DCCCIII).

D'autres fois on voit se manifester une réaction assez vive: le pouls est fréquent et plein, la face colorée, la peau devient chaude et se couvre de sueur; il y a de la fièvre. La température rectale peut s'élever de 36 à 39 degrés (CXCVI, CXCVIII, CC, CCXVII, CCXXXIX, CCCXI, CCCXVIII, CCCXXV, CDLXIV, CDLXVI, DXIX, DLXIV, DCCCXXXVIII).

(1) Trier, *Gunsb. Zeschr.* IV. (*Medical Times and Gazette*, 1853, half yearly abstract, t. XVIII, p. 38.)

On constate aussi chez d'autres sujets une inégalité de température entre les diverses parties. Le cercle supérieur est chaud et l'inférieur froid (cccxc, dccxcv).

Quant aux membres paralysés, plusieurs observateurs les ont trouvés plus froids que les membres sains (cclxviii, cccvii, cccxx, cccxxii, cccxlvi, dlxii), et d'autres ont reconnu qu'ils étaient sensiblement plus chauds d'un degré et même plus (clxxxix, ccxvii, ccxxxiv, dxix). Mais dans un cas, après une réfrigération artificielle des deux membres opposés, celui qui était paralysé resta le plus froid, bien qu'auparavant il fût le plus chaud (ccxvii). Quelquefois c'est le malade qui éprouve dans les parties paralysées une plus forte chaleur, tandis que la main du médecin n'y distingue pas de différence (dcclxxxix); c'est alors un phénomène de modification de la sensibilité.

§ III. — Marche, durée, terminaisons des hémorrhagies de l'appareil nerveux.

A dater de l'invasion qui se présente, comme on l'a vu, sous des formes variées, les symptômes de l'hémorrhagie suivent une marche rapide ou lente, progressive ou rétrograde, continue ou saccadée.

La maladie, déjà grave à son début, peut entraîner une mort presque immédiate, qui survient en quelques minutes ou peu d'heures. Cette invasion foudroyante et cette terminaison promptement funeste ont lieu le plus ordinairement par une large compression exercée sur les hémisphères cérébraux ou par un épanchement sanguin abondant et subit dans les ventricules, ou par une dilacération étendue dans le cerveau ou le cervelet, ou par une altération notable du mésocéphale ou de la partie supérieure du prolongement rachidien.

Mais, d'autres fois, la maladie est moins rapide, elle n'en est pas moins dangereuse. Le sujet n'a pas repris connaissance; il est dans une insensibilité et une immobilité presque absolue; il ne peut opérer la déglutition; la respiration est

stertoreuse, les évacuations sont involontaires. La mort arrive du troisième au sixième jour. J'ai vu, parfois, quelques mouvements réflexes s'opérer, l'issue de la maladie n'en était pas moins fatale.

Dans d'autres circonstances, une amélioration sensible se manifeste. Le malade reprend en partie connaissance; il peut articuler quelques mots; il est ou n'est pas paralysé. Il ne faut pas se laisser aller à de trop faciles espérances. Malpighi, après une suspension momentanée, éprouve une nouvelle attaque et succombe (dcxxxv); un autre sujet allait de mieux en mieux, lorsqu'au treizième jour, après avoir trop mangé, il est emporté par un retour subit des accidents (dcclxiii).

Rien n'est plus incertain que la marche de l'apoplexie, puisque l'organe affecté est encore accessible à de nouveaux afflux de sang; les récidives peuvent avoir lieu une, deux, trois fois ou même plus souvent. Les intervalles qui les séparent ont une longueur variée, quelquefois de plusieurs mois, d'une ou de plusieurs années (cdlxix, cdlxx, cdlxxi, cdlxxii, cdlxxiii, cdlxxx, cdlxxxi, cdlxxxii), etc.

Pendant les intervalles, les malades ont pu prendre une certaine apparence de guérison, et même remplir plus ou moins les devoirs de leur profession (cclxxii, cclxxiv, etc.).

Ils ont paru, dans certains cas, avoir récupéré tous les attributs de la santé. Leur guérison était jugée incontestable (cii, cciv, cclxv, cclxxii, cclxxxiv, ccclvi, cdlxvii, cdli, cdlvii, cdlxii, dli), et cependant l'encéphale n'était nullement rentré dans un état de parfaite intégrité.

La persistance de l'altération locale, malgré les alternatives dont elle est susceptible, rend raison de la ténacité de certains phénomènes morbides qui ont diminué, mais qui n'ont pas entièrement disparu. Ainsi, un membre est souvent resté faible ou roide; la parole est encore gênée, la mémoire est peu fidèle ou elle laisse dans le moral des lacunes fâcheuses.

L'exemple le plus souvent cité de cette sorte d'amnésie