

Le plus généralement, avons-nous dit, les réflexes tendineux sont affaiblis ou abolis.

On a noté pourtant dans quelques cas de névrites l'exagération de ces réflexes. Strümpell, Möbius ont signalé les premiers des faits de ce genre, et j'en ai aussi observé de mon côté. Toutefois, cette exagération n'est pas très marquée, et je ne sais pas qu'on ait constaté de la trépidation épileptoïde dans le pied ou dans la main. En théorie, rien ne s'oppose à ce qu'on admette que ce phénomène puisse se manifester; car, puisqu'il suffit, comme on le sait, d'une irritation portant sur l'extrémité des fibres centripètes, ainsi que cela a lieu parfois dans certaines affections articulaires, irritation n'amenant aucune altération organique du système nerveux, pour que l'épilepsie spinale apparaisse, on concevrait fort bien qu'une lésion d'un nerf produisit des troubles analogues, mais la réalité du fait ne me paraît pas encore établie. Il va sans dire que, si l'épilepsie spinale était observée dans un cas où une affection capable de lui donner naissance était associée à une névrite, on ne serait pas en droit d'en inférer qu'une lésion des nerfs puisse provoquer ce phénomène. Ainsi, par exemple, dans une observation de névrite relatée par Pal (obs. IV), il y a tout lieu de faire dépendre la trépidation épileptoïde qui y est signalée des altérations spinales concomitantes, de la dégénération des cordons latéraux constatée à l'autopsie.

On peut donc dire que, dans les névrites, l'affaiblissement ou l'abolition des réflexes tendineux est la règle, que leur exagération est une rareté et que le phénomène de la trépidation épileptoïde peut être considéré, jusqu'à nouvel ordre, comme étranger à la symptomatologie de cette affection.

TROUBLES VASO-MOTEURS, SÉCRÉTOIRES ET TROPHIQUES

Les phénomènes de cet ordre, sans être rares, semblent moins communs dans les névrites d'origine interne que dans celles qui sont d'origine externe. Il s'agit, du reste, dans ces deux ordres de cas, de troubles du même genre; il me suffira par conséquent de renvoyer le lecteur à la description que j'en ai donnée plus haut (voir p. 54). Je me contenterai de faire remarquer que c'est surtout dans les névrites des membres inférieurs que l'on observe les phénomènes en question, dont les plus ordinaires sont l'œdème, la rougeur des téguments, les sueurs, l'abaissement de la température, les altérations des poils et des ongles.

On observe parfois dans la polynévrite une lésion dont je ne me suis pas encore occupé et qui doit être attribuée à un trouble de la nutrition, je veux parler des rétractions fibro-tendineuses; je dois en donner ici une description.

On désigne sous ce nom une rétraction du tissu cellulo-fibreux qui entoure les jointures et un raccourcissement des tendons périarticulaires d'où résultent, en même temps qu'une attitude vicieuse des membres atteints, des troubles fonctionnels plus ou moins graves.

Ces rétractions sont assez fréquentes dans la polynévrite; elles peuvent occuper la plupart des jointures, mais elles sont plus communes dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs et se développent plus particulièrement dans la région du genou et dans celle du cou-de-pied. Les deux segments du membre que réunit l'articulation qui est le siège du mal ne

sont ordinairement pas immobilisés d'une façon complète, et ce n'est le plus souvent qu'un des mouvements de la jointure qui est entravé; les autres peuvent au contraire jouir d'une liberté absolue; il est généralement aisé de reconnaître que l'obstacle réside dans des altérations du tissu périarticulaire et que la partie interne de l'articulation est normale. Lorsque la rétraction occupe la région tibio-tarsienne, le pied est tombant et forme avec la jambe un angle obtus; on peut porter le pied en abduction et en adduction, l'étendre d'une façon tout aussi complète qu'à l'état normal, le fléchir dans une certaine mesure sans éprouver de résistance, mais à un moment donné, quand on cherche à accentuer le mouvement de flexion, on se heurte à un obstacle infranchissable résidant dans le tendon d'Achille, qui a subi un raccourcissement. Dans le cas de rétraction de la région du genou, la jambe est en demi-flexion sur la cuisse; il est très facile de la fléchir complètement et de l'amener en contact avec la cuisse; on peut ensuite l'étendre avec la même aisance et la ramener dans l'attitude primitive où l'on rencontre un obstacle formé par les tendons fléchisseurs de la jambe qui sont raccourcis et qui limitent le mouvement d'extension. Ces rétractions fibro-tendineuses constituent des pseudo-contractures qui diffèrent essentiellement par leur aspect symptomatique et par leur nature de la contracture spasmodique. Dans celles-ci tous les mouvements sont entravés, la flexion, l'extension, l'abduction et l'adduction; quand on cherche à imprimer au membre un mouvement passif, on éprouve la sensation d'une résistance élastique et progressivement croissante, les parties tendant à reprendre d'elles-mêmes la position primitive. Dans celles-là l'obstacle est limité à un des mouvements de la jointure et la sensation qu'on éprouve quand on cherche à modifier l'attitude normale n'est pas du tout celle d'une résistance élastique et progressivement croissante, mais bien celle d'un obstacle fibreux, rigide, sans ressort, qui vient brusquement arrêter un mouvement s'opérant jusque-là sans entrave.

La chloroformisation établit entre ces deux ordres de troubles une distinction fondamentale; en effet, le sommeil chloroformique fait disparaître complètement la raideur de la contracture spasmodique, tandis qu'il ne modifie en aucune façon la pseudo-contraction qui résulte de rétractions fibro-tendineuses. Ces rétractions se développent dans le cas où les membres, par suite de la paralysie de certains groupes musculaires, ont pris des attitudes vicieuses; si la thérapeutique n'intervient pas, elles persistent ensuite d'une façon définitive, alors même que les nerfs et les muscles se sont reconstitués et que les troubles moteurs ont disparu. Quand elles occupent les membres inférieurs, elles entravent d'une façon plus ou moins complète la station et la marche.

Il est parfois possible de s'opposer au développement de ces rétractions à l'aide de moyens mécaniques; toutefois il n'en est pas toujours ainsi, car elles apparaissent souvent dans des cas de polynévrites caractérisés par des douleurs très vives qui ne permettent pas l'emploi des moyens de ce genre.

TROUBLES VISUELS

J'étudierai dans ce chapitre les troubles visuels qu'on peut observer dans les névrites, ou plutôt dans les affections d'origine toxique, infectieuse ou autre, capables de donner naissance à des névrites.

Paralysie des muscles moteurs du globe de l'œil. — Dans la diphtérie, il

peut y avoir de la diplopie et du strabisme interne ou externe, simple ou double, généralement convergent dans ce cas, du ptosis. Remak, sur cent cas de paralysie post-diphtérique, a noté dix fois une paralysie du droit externe de l'un ou des deux yeux. Il a constaté une fois la paralysie de l'oculo-moteur et de l'abducens de chaque côté chez un individu atteint d'une paralysie post-diphtérique généralisée avec symptômes ataxiformes. A l'autopsie, Mendel a trouvé des altérations dans les racines de l'oculo-moteur et dans celles de l'abducens. Il y avait de plus, il est vrai, de l'hyperémie et des hémorragies dans les noyaux de ces nerfs. Ces paralysies sont mobiles; elles peuvent frapper alternativement plusieurs muscles.

Dans la névrite alcoolique, sur vingt-six cas réunis par Thomsen, il y avait quatre fois de la paralysie du moteur externe, deux fois du ptosis. Dans trois autopsies de névrite alcoolique, Thomsen a constaté l'intégrité des centres nerveux et, entre autres altérations, une dégénération des nerfs moteurs oculaires.

L'ophtalmoplégie externe a été notée dans certaines formes d'alcoolisme et de diphtérie par Wernicke, Kowjewnikow, Thomsen. Mais, dans ces cas, généralement très graves et rapidement mortels, il existait des altérations organiques du plancher de l'aqueduc de Sylvius, des lésions désignées par Wernicke sous le nom de polioencéphalite supérieure aiguë ou subaiguë.

Mendel a signalé des cas d'ophtalmoplégie externe reconnaissant pour cause le froid et qu'il a rattachés à des lésions périphériques des nerfs.

Dans un cas de polynévrite infectieuse, Savage a observé une paralysie du droit externe de l'œil gauche.

En somme, les divers muscles moteurs du globe oculaire peuvent être paralysés dans les névrites périphériques, mais ils le sont beaucoup plus rarement que les muscles des membres.

Quant à l'ophtalmoplégie externe, elle semble tout à fait exceptionnelle dans cette affection et elle est due dans la plus grande majorité des cas à des lésions nucléaires.

Troubles de l'accommodation. — C'est surtout dans la diphtérie que ces troubles ont été signalés et ils y sont fréquents. C'est la paralysie des muscles de l'accommodation qui, de l'avis de tous les ophtalmologistes, est la cause de l'affaiblissement de la vue qu'on observe parfois à la suite de la diphtérie.

Les troubles de l'accommodation dans la diphtérie présentent ce double caractère d'atteindre simultanément les deux yeux et de ne pas être accompagnés de paralysie de l'iris, contrairement à ce que l'on voit dans les autres formes de paralysie de l'accommodation.

Troubles pupillaires. — Une névrite de la 5^e paire peut donner lieu à une paralysie de la pupille; mais, dans les névrites périphériques de cause interne, les faits de ce genre, dont pour ma part je n'ai jamais observé d'exemple, doivent être exceptionnels.

Une lésion périphérique du nerf optique est capable de produire un affaiblissement ou même une abolition des réflexes pupillaires, mais ce trouble ne constitue alors qu'un épiphénomène.

Ce qu'il importe de déterminer, c'est si la névrite périphérique peut provoquer une perturbation des réflexes pupillaires indépendante de tout autre trouble oculaire, comme cela a lieu dans le tabes ou la paralysie générale. Éperon a soutenu cette thèse dans un travail intitulé : « Sur quelques symptômes tabétiques de l'amblyopie toxique », mais déjà dans la première édition de ce traité

je faisais remarquer que son opinion n'avait pas encore été vérifiée et que Parinaud, qui avait examiné avec le plus grand soin un grand nombre de malades atteints de paralysie alcoolique, avait bien observé parfois de la faiblesse des réflexes pupillaires et de l'inégalité des pupilles, mais qu'il n'avait jamais constaté l'abolition complète du réflexe à la lumière. Aujourd'hui, je me crois en droit d'affirmer que la manière de voir d'Éperon est erronée; je pense, en effet, avoir établi par des travaux publiés en collaboration avec le docteur Charpentier et confirmés déjà par de nombreux observateurs, que l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière, quand elle est permanente, qu'elle est l'expression d'une lésion limitée à l'appareil des réflexes pupillaires, c'est-à-dire qu'elle n'est liée à aucune altération du globe oculaire ni du nerf optique et n'est pas associée à une paralysie de la 5^e paire, constitue un signe de syphilis acquise ou de syphilis héréditaire presque, sinon tout à fait, pathognomonique. Cette variété d'abolition du réflexe à la lumière peut être subdivisée en plusieurs sous-variétés; parfois elle est associée à du myosis et à une conservation du mouvement de la pupille, qui, à l'état normal, coïncide avec la convergence et avec l'accommodation et que l'on a, à tort, l'habitude de dénommer « réflexe de la convergence ou de l'accommodation »; c'est cette sous-variété qui constitue le signe ou mieux le syndrome décrit par Argyll Robertson; parfois elle est associée à de la mydriase; généralement alors le réflexe de la convergence est aboli et dans certains cas même les troubles pupillaires s'accompagnent d'une paralysie de l'accommodation; parfois enfin, la pupille est de dimensions normales et le réflexe de la convergence est alors tantôt conservé, tantôt aboli; mais quelle que soit la sous-variété à laquelle on ait affaire, l'abolition du réflexe à la lumière, dans les conditions que j'ai précisées, a la signification clinique précédemment indiquée; nous avons pu même, Nageotte et moi, démontrer, grâce à l'examen du liquide céphalo-rachidien, que ce signe décèle l'existence d'une méningite chronique syphilitique, c'est-à-dire qu'il fait défaut dans les névrites périphériques.

Lésions du nerf optique. — Je serais en droit, comme je l'ai déjà fait remarquer, de ne pas m'occuper des lésions du nerf optique, qui doit être considéré, à cause de sa structure, comme faisant partie du système nerveux central. On sait, en effet, que les fibres à myéline de ce nerf sont dépourvues de gaine de Schwann et d'étranglements annulaires, ainsi que les tubes nerveux à myéline de la substance blanche de la moelle et de l'encéphale.

Si dans le cours d'une névrite périphérique on constate l'existence d'altérations du nerf optique, au lieu de conclure que celles-ci peuvent être une manifestation de la névrite périphérique, on est en droit d'en induire que l'agent qui a provoqué des lésions des nerfs a en même temps frappé le système nerveux central.

Ces réserves faites, nous pensons qu'il n'est pas sans intérêt de mentionner les troubles du nerf optique qu'on observe parfois dans certaines affections capables de causer des névrites.

Le nerf optique est fréquemment atteint dans l'alcoolisme. Cette névrite, qui constitue une variété de la névrite rétro-bulbaire et que l'on connaît surtout grâce aux travaux de Nettleship, Samelsohn, Vossius, Uhthoff, présente des caractères cliniques qui permettent de la reconnaître.

Les troubles visuels que provoquent les lésions du nerf optique se développent lentement, insidieusement; il est rare que l'amblyopie devienne très pro-

noncée en l'espace de quelques jours (1) ou de quelques semaines. Ils apparaissent dans la grande majorité des cas dans les deux yeux à la fois et les atteignent d'une façon absolument égale et symétrique.

Ils consistent essentiellement en un scotome central ayant la forme d'une ellipse dont le grand axe est horizontal. A moins de complications, le champ visuel n'est pas rétréci à la périphérie. Il s'agit d'un scotome relatif, appréciable surtout à un faible éclairage, sauf vers le centre, où il existe souvent un petit scotome absolu. Le vert et le rouge sont les premières couleurs qui cessent d'être perceptibles à ce niveau. Les malades ne se rendent guère compte de l'existence du scotome et c'est généralement l'examen périmétrique qui le met en évidence. Ce qui attire leur attention, c'est la diminution de leur acuité visuelle. La coexistence de l'amblyopie centrale et de l'intégrité des parties périphériques du champ visuel a pour conséquence que les malades voient plus distinctement à la demi-obscurité qu'au grand jour et que, tout en étant capables de se diriger, de s'orienter facilement et d'éviter, quand ils marchent, les obstacles qui se trouvent autour d'eux, ils ne distinguent pas bien les objets qui sont juste devant eux; c'est ainsi qu'ils n'aperçoivent parfois que comme dans un brouillard le visage d'une personne en face de laquelle ils se trouvent et qu'ils regardent fixement.

Dans les cas très graves l'affaiblissement de la vision est très prononcé et l'on a même cité des observations dans lesquelles il y aurait eu cécité complète; mais il n'est pas démontré qu'on ait eu affaire là à de l'amblyopie alcoolique pure sans complication.

A l'examen ophtalmoscopique on constate une décoloration blanchâtre des parties temporales de la papille.

Le pronostic est généralement favorable. Si les malades cessent de faire des excès alcooliques, les troubles visuels disparaissent ordinairement d'une façon complète quand le scotome n'est pas absolu et que l'affection est de date récente; quand il n'en est pas ainsi, ces troubles s'atténuent tout au moins à la longue.

En résumé, scotome central, relatif au début à la perception des rayons verts et des rayons rouges, intégrité habituelle de toute la partie périphérique du champ visuel, affaiblissement de la vision généralement peu prononcé, pouvant dans des cas graves devenir assez profond, mais n'aboutissant guère à la cécité complète, bilatéralité et symétrie des troubles visuels, enfin décoloration blanchâtre des parties temporales de la papille, tels sont les caractères fondamentaux de la névrite rétro-bulbaire alcoolique. La bilatéralité et la symétrie distinguent la névrite rétro-bulbaire alcoolique de la névrite rétro-bulbaire ordinaire.

On admet généralement depuis les travaux de Samelsohn et d'Uthoff que la névrite optique alcoolique est indépendante de toute altération des centres cellulaires d'où proviennent les fibres nerveuses. Parinaud (communication orale) est d'un avis contraire, et il se fonde, pour admettre l'intervention des centres, sur la nature systématique de l'affection, qui, comme nous venons de le dire, est bilatérale et symétrique, n'intéresse que les fibres du nerf optique présidant à la vision centrale et atteint également et simultanément les deux yeux; il se fonde encore sur l'existence de la *dyschromatopsie*, qui, selon lui, implique toujours l'intervention des centres nerveux. Ce sont là des caractères qui sem-

(1) Parinaud a observé des cas où l'amblyopie s'est développée rapidement, en 24 ou 48 heures (communication orale).

blent à Parinaud incompatibles avec l'hypothèse d'une lésion localisée primitivement sur le tronc du nerf optique; si l'on se rappelle les considérations que nous avons fait valoir en faveur de la nature centrale de quelques névrites, périphériques en apparence, on ne s'étonnera pas de nous voir trouver cette opinion parfaitement juste. Parinaud, à l'appui de sa manière de voir, fait encore remarquer que l'amblyopie alcoolique est accompagnée le plus souvent de troubles mentaux, ce qui montre bien qu'en pareil cas le système nerveux central est atteint.

Dans le *saturnisme* on observe parfois une névrite optique double avec congestion de la papille.

Dans d'autres cas, avec des troubles visuels très prononcés, il n'existe aucune modification de la papille, à l'ophtalmo-scopie.

Les troubles de la vision consistent en une amaurose double ou en une amblyopie considérable avec rétrécissement du champ visuel.

Ils se développent dans certains cas lentement, insidieusement; c'est alors généralement qu'on peut constater l'existence de la névrite optique.

L'amaurose peut se développer brusquement et la cécité peut devenir complète en quelques heures; dans ces conditions les symptômes ophtalmoscopiques font le plus souvent défaut et on observe en même temps d'autres accidents nerveux graves (troubles cérébraux, accès épileptiformes). Il est très probable que cette forme d'amaurose est sous la dépendance de l'urémie.

Le pronostic est toujours grave; mais l'amblyopie et l'amaurose sans symptômes ophtalmoscopiques comportent un pronostic plus favorable que la névrite optique.

A côté de la névrite rétro-bulbaire toxique on doit placer la névrite rétro-bulbaire infectieuse, bien étudiée par Parinaud dont les premières observations sur ce sujet ont été consignées dans la thèse de Royer en 1884. Cette névrite infectieuse, consécutive à un érysipèle, une grippe, un rhumatisme aigu, peut se présenter sous deux formes différentes. Dans la première voici l'aspect ordinaire que l'affection revêt et l'évolution qu'elle suit: elle débute par des douleurs qui siègent autour de l'orbite et que les mouvements des globes oculaires réveillent ou accentuent; le malade constate que sa vision s'affaiblit parfois exclusivement d'un côté, parfois des deux côtés, mais toujours d'une manière asymétrique et que la diminution de l'acuité visuelle va en se prononçant rapidement pour aboutir, dans certains cas, en 4 ou 5 jours, à une cécité complète; l'examen ophtalmoscopique pratiqué dans la première période de la maladie donne un résultat négatif qui contraste avec l'intensité des troubles fonctionnels; puis dans le courant de la 5^e semaine il se produit une amélioration qui s'accroît progressivement et peut aller jusqu'à un retour à l'état normal de l'acuité visuelle; or, dans cette seconde période apparaissent des lésions ophtalmoscopiques consistant en une décoloration papillaire. Dans la deuxième forme comme dans la première les troubles fonctionnels sont asymétriques, mais ce qui les caractérise c'est que les lésions ophtalmoscopiques apparaissent d'emblée et consistent en un œdème de la papille accompagné de distension des vaisseaux et parfois d'hémorragies; elle est plus grave que la précédente, car dans ce cas la vision ne se rétablit jamais d'une manière intégrale; la décoloration, l'atrophie de la papille succèdent à l'œdème et elles s'accompagnent d'une atrophie des vaisseaux.

La névrite rétro-bulbaire infectieuse est une lésion périphérique, c'est-à-dire

qu'elle n'a pas pour origine une altération des centres d'où émanent les fibres du nerf optique. Elle peut s'associer à d'autres troubles nerveux qui, le plus souvent, résultent de la participation de l'encéphale au processus infectieux, mais qui, parfois, se présentent sous la forme d'une névrite périphérique; j'ai moi-même observé et publié un cas de ce genre; ces faits pourraient être confondus avec le tabes et constituent une variété de pseudo-tabes intéressante à connaître.

TROUBLES PSYCHIQUES. — PSYCHOSE POLYNÉVRITIQUE

Sous la dénomination de *psychose polynévritique* ou de *cérébropathie psychique toxémique*, Korsakoff, de Moscou, a donné la description de troubles mentaux qui s'associent souvent à la névrite multiple et qu'il considère comme une forme particulière de maladie mentale.

Diverses intoxications, en particulier l'alcoolisme, certaines maladies infectieuses, entre autres la septicémie puerpérale, le typhus, la tuberculose, quelques maladies générales, le diabète sucré, le lymphadénome, etc., peuvent être l'origine de cette psychose qui se développe ordinairement de la façon suivante. En même temps qu'apparaissent les symptômes qui caractérisent la névrite, on peut constater une modification dans le caractère du malade, qui devient irritable, capricieux, ou bien, au contraire, indolent et apathique. A ces premières manifestations prémonitoires de l'affection mentale succèdent des troubles qui en marquent l'invasion; ils consistent en une agitation ordinairement peu prononcée dans la journée et qui augmente quand vient le soir: le malade est anxieux, redoute de se trouver seul et se lamente sur son sort. Ces phénomènes deviennent plus intenses pendant la nuit; le malade pousse des cris, des gémissements; en proie à des hallucinations et à de l'agitation motrice, il injurie les personnes qui se trouvent près de lui, cherche à les frapper et lance sur elles les objets qui sont à sa portée. Des convulsions épileptiformes ont été notées chez quelques malades. L'accès se calme dans la seconde partie de la nuit, au lever du jour, et le sujet semble, dans certains cas, recouvrer d'une façon presque complète sa lucidité, sa conscience; mais le plus souvent on observe, dès les premiers jours de l'invasion de cette affection, un affaiblissement intellectuel, une diminution très marquée de la mémoire, un trouble dans l'association des idées, des illusions, ainsi que des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Parfois le délire persiste jour et nuit et peut durer sans trêve pendant plusieurs semaines.

C'est au début de la maladie que ces phénomènes de délire atteignent leur apogée; ils s'atténuent dans la suite, tandis que l'affaiblissement intellectuel, l'amnésie, qui sont le plus souvent précédés par la période d'agitation, s'accroissent petit à petit et viennent occuper le premier plan du tableau symptomatique.

L'amnésie, qui, dans beaucoup de cas, constitue le trouble mental le plus saillant et parfois même la manifestation presque exclusive du désordre psychique, a pour caractère principal de porter seulement sur les faits les plus récents, la mémoire des faits anciens étant au contraire assez bien conservée. Quand cette amnésie n'est pas accompagnée d'un affaiblissement intellectuel ou que celui-ci n'est pas très prononcé, le malade qui en est atteint peut donner

pendant quelque temps l'impression d'un individu jouissant de toutes ses facultés intellectuelles; les idées qu'il énonce sont parfaitement raisonnables, il les enchaîne avec logique et il est capable de soutenir momentanément une conversation; mais le trouble mental ne peut tarder à apparaître. En effet, le malade oublie rapidement ce qu'il vient de dire ou d'entendre, il répète, à quelques minutes d'intervalle, les mêmes phrases, sans en avoir conscience; il perd la notion des faits qui se sont passés il y a peu d'instant, de ceux mêmes qui l'ont vivement impressionné; vient-il, par exemple, d'être soumis à une électrisation douloureuse jusqu'à lui avoir fait pousser des cris, il perd en quelques moments, dès que l'opération est terminée, le souvenir de l'appareil qu'il a eu sous les yeux, des manœuvres qui ont eu lieu devant lui et des souffrances qu'il a éprouvées.

L'oubli des faits observés et des images perçues n'est parfois, il est vrai, que transitoire; c'est la faculté de les évoquer qui est momentanément abolie; certains individus les retrouvent, en effet, dans leur mémoire lorsqu'ils reviennent à la santé (Charcot).

Le malade est, comme on le voit, incapable de se remémorer les impressions psychiques postérieures au début de la maladie; il peut, au contraire, assez facilement faire renaître le souvenir des faits et des images qui se sont autrefois fixés dans son esprit.

Il existe donc un contraste frappant entre la perte de la mémoire des choses récentes et l'intégrité de la conscience, de la faculté d'association des idées, de la mémoire des choses anciennes.

Il faut ajouter, il est vrai, que l'intégrité de ces facultés n'est qu'exceptionnellement complète, si elle l'est jamais. Si l'on observe ces malades avec soin, on constate ordinairement, même dans les cas où l'amnésie semble, au premier abord, constituer le seul trouble mental, que leur jugement n'est pas d'une rectitude absolue; chez beaucoup d'entre eux la lucidité parfaite n'est que momentanée, et les efforts occasionnés par une conversation de courte durée suffisent à produire une confusion des idées indépendante de l'amnésie. Ils racontent, par exemple, que, la veille, ils sont sortis et se sont rendus dans tel endroit, alors que, depuis plusieurs mois, ils n'ont pas quitté la chambre. Il est rare aussi que ces malades se souviennent des choses passées avec la même précision que lorsqu'ils étaient en pleine santé; l'oubli des faits passés peut même être aussi complet que celui des faits présents. L'idéation est parfois tout à fait abolie; les malades sont dans un état d'abrutissement, de gâtisme, de démence apparente.

Entre ces derniers cas, qui sont rares, et ceux où il n'existe que de l'amnésie des choses récentes, il y a toute une série d'intermédiaires. Il est facile de concevoir les nombreuses variétés que cette psychose peut présenter.

Ordinairement, en même temps que ces troubles mentaux, il se développe un amaigrissement général indépendant de l'amyotrophie liée aux lésions des nerfs, une grande dépression physique; il s'y joint souvent une élévation de température plus ou moins accusée. Dans un grand nombre d'observations, des troubles gastriques marqués par des vomissements ont signalé le début de la maladie.

Martin Brasch a noté, chez un malade atteint de psychopathie névritique, l'existence d'*urobilinurie*, qui disparut quand les troubles psychiques s'atténuèrent. Il fait remarquer que, chez un malade dont l'observation a été publiée