

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

par Vaughan Harley, l'urobilinurie coexistait avec des troubles psychiques analogues à ceux qui caractérisent la psychopathie névritique. Il fait encore observer que, dans six observations de cérébropathie psychique toxémique rapportées par Korsakow, cet auteur a mentionné la coloration rouge foncée des urines.

La psychopathie névritique peut se terminer d'une façon fatale, et la mort est généralement due à quelque affection intercurrente de nature infectieuse (pneumonie, bronchopneumonie, etc.).

L'issue, par contre, peut être favorable, et je dois même dire que ce mode de terminaison est plus commun que le précédent, mais le retour à la santé est fort long et demande, pour s'accomplir, des mois et même des années.

Telles sont, brièvement décrites, la symptomatologie et l'évolution de cet état mental que Korsakoff appelle la psychosé polynévritique.

Les travaux de Korsakoff, dont le premier date de 1887, furent suivis de nombreuses publications sur le même sujet, de celles de James Ross, Hack Tuke, Serbski, Goldscheider, Remak, Fränkel, Fisher, Høvel, Hing, Judson Bury, Klippel (cités par Régis), que nous ne faisons que signaler.

Il ne faut pas croire, toutefois, que Korsakoff soit le premier dont l'attention ait été attirée par ces phénomènes psychiques, qui avaient déjà été fort bien étudiés auparavant.

Charcot en particulier, dans une leçon consacrée à l'étude des névrites éthyliques, avait, dès 1884, donné une description précise de l'amnésie des alcooliques. Ce qui appartient à Korsakoff, c'est d'avoir cherché à montrer que cette psychosé peut être liée à des névrites absolument indépendantes de l'alcoolisme et relevant, par exemple, d'une maladie infectieuse.

L'opinion de cet auteur est généralement acceptée. Toutefois, Charcot continuait encore à soutenir en 1893, dans ses leçons à la Salpêtrière, que l'amnésie dont il vient d'être question « semble appartenir uniquement, ou bien s'en faut, à la polynévrite éthylique, qu'elle est l'un des traits distinctifs, le seul peut-être, de cette variété de névrite périphérique ». (Leçons de Charcot recueillies par Dutil.)

Cette dénomination de *psychosé polynévritique* que Korsakoff a donnée à ces troubles psychiques, pour faire ressortir leurs relations avec la polynévrite, est critiquable, à mon sens.

L'état mental en question n'est pas, en effet, lié d'une façon indissoluble aux lésions des nerfs. Korsakoff soutient qu'« un examen attentif permettra toujours de découvrir quelque symptôme de névrite qui aidera à établir le diagnostic de l'affection psychique ». Cette assertion ne me semble pas suffisamment fondée. Korsakoff fait, du reste, remarquer lui-même que, « dans bien des cas, les symptômes de la névrite multiple sont loin d'être franchement prononcés : dans certains cas les seuls indices de la névrite sont une faible douleur dans les jambes, une démarche chancelante ». Il serait plus exact de dire que, dans les faits de ce genre, l'existence de la névrite est douteuse.

La dénomination de *cérébropathie psychique toxémique*, qui indique l'origine de cette affection mentale et n'implique pas l'idée d'une relation intime entre les phénomènes psychiques et les phénomènes somatiques, me paraît préférable.

En définitive, on est en droit de dire que certains agents capables de provoquer des polynévrites peuvent aussi faire naître des troubles mentaux d'une

physionomie spéciale, qui coïncident souvent avec les lésions des nerfs ; mais on n'est pas autorisé à affirmer que la polynévrite existe nécessairement chez les malades présentant cet état psychique.

Les troubles mentaux en question étaient connus, au moins en partie, à l'époque où l'on n'avait encore aucune notion de la polynévrite. Il est, en effet, bon de remarquer que certains des faits rangés dans le groupe nosologique de la *confusion mentale*, créé autrefois par Delasiauve et que Chaslin a dernièrement cherché à reconstituer, semblent analogues à quelques-uns de ceux que l'on classe actuellement dans la psychosé polynévritique. De part et d'autre, il s'agit de malades chez lesquels la psychopathie s'est développée à la suite d'intoxication ou d'infection et a été accompagnée de phénomènes somatiques, d'une dénutrition très prononcée et de fièvre. Les manifestations psychiques ne sont pas non plus sensiblement différentes, si ce n'est que l'amnésie de la psychosé polynévritique n'a pas été décrite dans la confusion mentale. Il est vrai que, si ce symptôme était constamment présent dans la première de ces deux affections et faisait toujours défaut dans la seconde, il y aurait lieu d'établir entre ces deux états une ligne de séparation nette ; mais en est-il bien ainsi ? Je ne le crois pas. Voici, du reste, un fait de nature à justifier mon opinion ; il a été publié récemment par Séglas, sous le titre de *Un cas de folie post-cholérique*. Il s'agit d'une malade qui, à la suite d'une diarrhée cholérique, fut prise de troubles psychiques caractérisés surtout par un état de *confusion mentale*, de *chaos*. Or cette malade, chez laquelle on n'avait noté aucun signe de névrite périphérique, avait présenté pendant un certain temps une amnésie identique à celle de la psychosé polynévritique, ainsi que le montrent les deux passages suivants que j'extrai de ce travail : « Au cours du bavardage incessant de la malade, on s'aperçoit que la mémoire des faits antérieurs à la maladie est conservée, on pourrait même dire exagérée, car elle rappelle souvent de menus détails parfaitement insignifiants... En revanche, lorsqu'on s'adresse au souvenir des faits postérieurs de la maladie, on constate aisément des lacunes énormes de la mémoire. »

Enfin, avant de terminer ce qui a trait à ce sujet, je crois devoir faire observer que des troubles mentaux apparaissant chez un sujet atteint de névrite périphérique ne doivent pas être nécessairement rattachés à la cérébropathie toxémique. Une affection psychique toute différente de celle-ci, l'hystérie en particulier, peut en effet se développer à une période quelconque de l'évolution de la polynévrite.

#### TROUBLES DE L'APPAREIL DE LA RESPIRATION

**Larynx.** — *Anesthésie du larynx.* — On observe parfois, le plus souvent à la suite de la diphtérie, une anesthésie de la muqueuse laryngée, qui prédomine au niveau du vestibule. Ce trouble peut être facilement mis en évidence ; il suffit pour cela d'explorer, à l'aide d'une sonde, la cavité du larynx ; le malade ne perçoit alors aucune sensation et l'on constate que les cordes vocales, qui, à l'état normal, réagissent vivement dès qu'on excite la muqueuse, restent absolument inertes.

La perte de la sensibilité du larynx peut avoir des conséquences graves ; on sait, en effet, que cet organe, en vertu d'un mouvement d'occlusion d'origine

réflexe que provoque l'excitation de la muqueuse, protège les voies aériennes contre la pénétration de corps étrangers; l'anesthésie laryngée, entraînant la suppression de cette fonction protectrice, expose le malade à des accidents pulmonaires qui peuvent être mortels.

*Paralysie des muscles du larynx.* — Cette paralysie n'est pas très commune, mais il en existe déjà un certain nombre d'observations. Tanquerel des Planches avait signalé l'aphonie chez des ouvriers maniant le plomb. Seifert, cité par Mme Dejerine-Klumpke, rapporte dans un mémoire plusieurs faits de paralysie laryngée, dont il a emprunté les uns et dont les autres lui sont personnels. Il mentionne le cas de paralysie des adducteurs de la glotte, publié par Sajous, celui de paralysie de la corde vocale droite avec diminution de la motilité de la corde vocale gauche, publié par Scheck, les cas de paralysie unilatérale ou bilatérale des adducteurs rapportés par Mackenzie. Dans l'un des faits qui appartiennent à Seifert, il s'agit d'une parésie des muscles aryénoïdiens transverses et obliques; dans un autre, d'une paralysie des muscles crico-aryénoïdiens postérieurs; dans le troisième, d'une paralysie des muscles internes du larynx du côté droit avec intégrité du crico-aryénoïdien. Semon a signalé dans un cas une parésie du thyro-aryénoïdien gauche. Ormsby, cité par Luc, signale l'aphonie chez un saturnin. Dans l'observation publiée par Kast dont il a été question plus haut, il existait, en même temps que la paralysie de la langue et du voile du palais, une parésie du larynx avec aphonie. D'après Mackenzie, dans les paralysies laryngées saturnines et arsenicales, les adducteurs de la glotte seraient seuls paralysés. Sans être aussi absolu que cet auteur, on peut dire que, dans les cas de ce genre et en général dans les paralysies laryngées d'origine névritique, les troubles de la motilité prédominent dans les adducteurs et sont caractérisés principalement par de l'aphonie.

Peut-il exister dans la polynévrite des troubles laryngés paroxystiques semblables à ceux que le tabes provoque parfois (crises laryngées, vertige laryngé)? Cela n'est pas encore établi définitivement, quoique Grocco et Fusari prétendent avoir observé chez un malade atteint de névrite périphérique des accidents de ce genre en même temps que des accès d'angine de poitrine et des crises gastriques. En tout cas ces phénomènes sont, pour le moins, tout à fait exceptionnels dans les névrites.

**Muscles respirateurs.** — Je n'aurai ici en vue que les troubles paralytiques du diaphragme et des muscles du tronc.

La paralysie du diaphragme doit occuper la première place, eu égard à sa fréquence et à l'importance des phénomènes cliniques auxquels elle donne naissance.

Les symptômes qui la caractérisent sont les suivants: « Au moment de l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres se dépriment, tandis qu'au contraire la poitrine se dilate; les mouvements de ces mêmes parties se font dans un sens opposé pendant l'expiration » (Duchenne). Si le diaphragme est simplement parésié, les phénomènes précédents ne se manifestent que dans les grandes respirations. Les mouvements respiratoires sont ordinairement plus fréquents et moins profonds qu'à l'état normal. Quand le malade est au repos, il ne paraît aucunement oppressé; mais, dès qu'il fait quelque effort, sa respiration s'accélère et il se développe une dyspnée qui peut même devenir très intense.

La paralysie du diaphragme entrave la phonation, l'expectoration, la défécation et tous les actes qui nécessitent des efforts.

Cette paralysie n'est pas mortelle par elle-même; mais, si elle vient à se compliquer d'une affection intercurrente de l'appareil respiratoire, elle en augmente singulièrement la gravité.

La paralysie des intercostaux, qui semble moins fréquente que celle du diaphragme, donne lieu aux phénomènes suivants. Pendant les efforts d'inspiration la partie supérieure du thorax ne s'agrandit pas, tandis que la région épigastrique et la base du thorax se soulèvent sous l'influence de l'action du diaphragme. L'inspiration est longue, l'expiration, au contraire, est toujours courte et la phonation est entravée. D'après Duchenne, la paralysie des intercostaux est aussi grave que celle du diaphragme. Il suffit, dans l'un et dans l'autre cas, d'une simple bronchite pour produire l'asphyxie.

La paralysie des muscles inspireurs auxiliaires entraînerait quelques troubles respiratoires bien moins accusés que celle du diaphragme ou des intercostaux. Du reste, comme nous l'avons fait remarquer, ces muscles, ou du moins quelques-uns d'entre eux, la portion cervicale du trapèze, le sternomastoïdien, sont très rarement atteints dans les névrites.

La paralysie des muscles de l'abdomen, du petit dentelé postérieur et du petit dentelé inférieur, qui sont des expireurs extrinsèques, ne pourrait guère entraver que les grands mouvements expiratoires, car, d'après Duchenne, ces muscles ne se contractent que pendant l'expiration avec effort, pendant le chant, le cri, la toux.

**Poumons.** — Les lésions broncho-pulmonaires sont assez communes dans la polynévrite. Plusieurs facteurs peuvent contribuer à les déterminer. Nous avons déjà vu que l'anesthésie du larynx avait parfois pour conséquence la pénétration de corps étrangers, de parcelles alimentaires dans les voies respiratoires; ces accidents peuvent donner lieu à des troubles des plus sérieux; nous avons fait observer aussi que la paralysie des muscles inspireurs aggravait singulièrement les affections inflammatoires des bronches et des poumons.

Les altérations du pneumogastrique, signalées chez l'homme par Dejerine, sont capables de donner naissance à de l'œdème, à de la congestion pulmonaire et à de la spléno-pneumonie, à des phénomènes inflammatoires. En pareil cas les lésions nerveuses, en modifiant le terrain, en l'affaiblissant, permettent à certains microbes pathogènes de pénétrer dans le tissu broncho-pulmonaire et d'exercer leur action nocive (voir p. 26).

#### TROUBLES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Des troubles cardiaques, la tachycardie, l'arythmie, peuvent être la conséquence de la polynévrite, quand les lésions atteignent le pneumogastrique; des altérations de ce nerf ont été constatées, à l'examen nécroscopique, par Dejerine dans un cas de névrite périphérique qui avait donné lieu à la tachycardie. Un malade observé par Vierordt avait de 150 à 150 pulsations par minute quoique la température ne dépassât pas 38°,2. Strümpell a observé un sujet chez lequel le nombre des pulsations par minute n'était jamais au-dessous de 120, même quand il gardait un repos absolu, bien qu'il n'eût pas de fièvre.

La névrite du pneumogastrique est capable, comme il est facile de le comprendre, de provoquer une syncope mortelle. La mort subite ou rapide que l'on constate parfois dans la polynévrite, par exemple dans la névrite diphtérique, peut être causée par les lésions en question.

Tous les auteurs qui ont écrit sur le bériberi ont insisté sur les troubles cardiaques, la tachycardie, la dilatation et l'hypertrophie du cœur droit que présentent beaucoup de malades atteints de cette espèce de névrite.

#### TROUBLES DE L'APPAREIL DIGESTIF

**Bouche et pharynx.** — *Anesthésie du voile du palais et du pharynx.* — Ces troubles sont particulièrement observés dans la névrite diphtérique. Lorsqu'on titille la luette avec une barbe de plume ou qu'on la pique avec une aiguille, il ne se produit aucun mouvement réflexe.

*Paralysie du voile du palais, de la langue, du pharynx.* — La paralysie du voile du palais est très commune dans la névrite diphtérique. Elle se manifeste d'abord par le nasonnement; la parole est lente et difficile; pendant le sommeil, un ronflement plus ou moins bruyant se fait entendre. En outre, on observe des troubles de la déglutition consistant simplement au début en ce que les boissons sont rejetées par le nez; quand la paralysie est très prononcée, les aliments solides sont rejetés à leur tour. La déglutition est encore plus fortement entravée quand à la paralysie du voile du palais vient se joindre celle des muscles du pharynx; il n'est pas rare alors que des fragments alimentaires s'engagent dans le larynx et pénètrent dans les voies aériennes, si le larynx, par suite de l'anesthésie de la muqueuse, fort commune en pareil cas, ne remplit plus sa fonction protectrice; c'est là un accident qui peut entraîner des conséquences fort graves. On constate, lorsque le malade ouvre la bouche, que le voile du palais est immobile et pendant.

La paralysie peut s'étendre à la langue, ainsi qu'aux lèvres et aux joues, comme on l'a vu plus haut. Le malade est alors incapable de gonfler ses joues, de souffler, de siffler, de se gargariser, d'exercer la succion. La langue est paresseuse et pend parfois hors de la bouche. Les lèvres laissent la salive s'échapper au dehors.

Dans les autres espèces de névrites, la paralysie du voile du palais, celle de la langue, celle du pharynx sont exceptionnelles. Il existe toutefois quelques faits de ce genre. Dans la première observation du 2<sup>e</sup> mémoire de Duménil l'affaiblissement des muscles de la langue est noté. Lorsque le malade tirait la langue hors de la bouche, cette langue était fortement projetée à gauche et formait un arc de cercle ouvert de ce côté; les deux moitiés de l'organe présentaient alors une notable différence; la moitié droite était ferme, arrondie, lisse; la moitié gauche était molle, aplatie, ridée. De plus, la déglutition était difficile. Ces troubles s'étaient développés à la suite de la paralysie des membres. Il est vrai que dans ce cas le diagnostic de névrite peut être contesté, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer. Mais il existe d'autres observations de cet ordre qui sont probantes. Roth a observé, chez un malade à l'autopsie duquel le diagnostic de névrite périphérique a été vérifié, de la dysphagie et de la paralysie linguale. Kast a constaté dans un cas de polynévrite, caractérisé au début par des troubles moteurs et sensitifs localisés dans les mem-

bres, de la paralysie avec atrophie de la langue et de la paralysie du voile du palais; dans cette observation, comme dans la précédente, le diagnostic a été confirmé par l'examen nécroscopique.

**Estomac.** — L'estomac est, dans certains cas de névrite périphérique, le siège de troubles dyspeptiques et de phénomènes douloureux; les malades éprouvent des sensations de pincement, de tiraillement, de cuisson dans la région épigastrique; parfois même les douleurs gastriques sont très vives, elles irradient dans la région dorsale, et sont accompagnées de vomissements et d'hématémèses.

Il n'y a lieu de rattacher ces accidents gastriques à l'histoire de la polynévrite que parce qu'ils peuvent être causés par quelques-uns des agents qui provoquent des altérations des nerfs, l'alcool en particulier, parce qu'ils peuvent s'associer aux troubles paralytiques et sensitifs des membres; mais rien ne prouve que les fibres nerveuses qui se rendent à l'estomac ou les plexus nerveux de cet organe soient altérés dans les cas de ce genre.

Ces troubles de l'estomac se distinguent facilement des crises gastriques des tabétiques. Celles-ci, comme on le sait, se développent ordinairement sans cause apparente, sans signes prémonitoires, sont caractérisées par des douleurs et des vomissements qui sévissent sans trêve, pendant une période de 3, 5, 10, quelquefois 15 jours, rarement plus, et disparaissent soudain sans laisser de traces, si ce n'est de l'abattement et de l'affaiblissement qui résultent du jeûne auquel le malade a été soumis (1).

**Intestins.** — On observe parfois, dans la polynévrite, des douleurs abdominales dont les parois intestinales sont vraisemblablement le siège. C'est ainsi que les malades atteints de névrite saturnine sont sujets à des coliques souvent très intenses. Il est vrai que ces troubles peuvent se manifester chez les saturnins ne présentant aucun signe de polynévrite. Sont-ils dus à des altérations des nerfs de l'intestin et des plexus myentériques? Cela est fort possible, mais, jusqu'à nouvel ordre, cette opinion ne peut être émise qu'à titre d'hypothèse. Küssmaul et Meyer, puis Laignel-Lavastine, ont trouvé chez les saturnins les ganglions solaires sclérosés avec des cellules atrophiées et pigmentées. Par l'expérimentation sur les chiens, ce dernier auteur a produit des lésions cellulaires dans le plexus solaire. Mossé a obtenu des résultats analogues en intoxiquant des lapins par le plomb.

La constipation est la règle dans la polynévrite; on peut l'attribuer à une parésie des fibres lisses de l'intestin ou à l'affaiblissement des muscles de l'abdomen, ou bien à ces deux facteurs à la fois.

L'incontinence des matières fécales, assez fréquente quand les malades sont atteints de troubles psychiques, est tout à fait exceptionnelle lorsque les facultés

(1) J. Ch. Roux a démontré qu'il existe dans le tabes une lésion du sympathique caractérisée par une diminution considérable du nombre des fibres fines, qui viennent des racines médullaires, avec conservation relative des grosses fibres. Cette lésion est d'autant plus intense que les racines médullaires correspondant au point examiné sont plus altérées; il faudrait y voir la cause des troubles sensitifs viscéraux du tabes, et en particulier de l'analgésie si communément observée dans les divers organes. Suivant Roux les douleurs provoquées par une irritation de la muqueuse gastrique, la gastrite médicamenteuse par exemple, sont modifiées chez les tabétiques; au lieu d'être ressenties à l'estomac, comme à l'état normal, elles s'irradient dans les côtés, surtout à gauche; elles peuvent être très violentes et constituer de véritables crises gastriques liées à des troubles dyspeptiques; ces crises se distingueraient des crises gastriques classiques par ce caractère qu'elles seraient précédées et suivies de troubles dyspeptiques.

Laignel-Lavastine a confirmé les travaux de Roux en ce qui concerne la disparition d'un grand nombre de fibres fines chez les paralytiques généraux tabétiques.