

dérable dans les ventricules, épanchement qui se traduit par l'accroissement des symptômes de compression cérébrale, alors on pourra recourir à la trépanation.

Le traitement de la méningite tuberculeuse des enfants sera exactement conforme aux données que nous venons d'exposer. Cependant, on en retranchera les frictions à l'onguent gris, et on administrera à l'intérieur le calomel, 3-5 centigr. toutes les deux heures. On essaiera, de plus, les frictions de pommade à l'iodoforme sur le cuir chevelu; chaudement recommandées dans ces derniers temps. Ici encore, l'entretien des forces du malade joue le principal rôle; on aura toujours à sa portée du lait additionné d'un peu de vin de Hongrie ou de quelques gouttes de cognac.

#### Bibliographie.

- Gottwald, Meningitis tuberculosa. Diss. inaug. Breslau 1870.  
 Seitz, Die Meningitis tubercul. der Erwachsenen. Berlin 1874.  
 Strümpell, Zur Pathologie und pathol. Anatomie der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Deutsches Arch. f. klin. Med.  
 Chantemesse, Etude sur la méningite tubercul. de l'adulte. Thèse de Paris, 1884.  
 Leichtenstern, Ueber epidemische Meningitis. Deutsche med. Wochenschr. 31, 1885.  
 Bull, Ueber die Kernig'sche Flexionscontractur der Kniegelenke bei Gehirnkrankheiten. Berl. kl. Wochenschr. 47, 1885.  
 Reynaud, Arch. de Neurol. XIV, 42, pag. 409, 1887.  
 Schultze, Verhandl. des VI. Congresses für innere Med. Wiesbaden 1887.  
 Hirschberg, Abnorme Form der Meningitis tuberculosa. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 41, Heft 6, 1887.  
 Leyden, Bemerkungen über Cerebrospinalmeningitis und über das Erbrechen in fieberhaften Krankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. XII, 4, 1887.  
 Lardier, Méningite a frigore, effet remarquable du tannin. Rambervillers 1887.  
 Herrmann, Breslauer ärztl. Zeitschr. 16, 1887.  
 Richter, Ibid. 11, 14, 1887.  
 Devaux, Oxyures et symptômes pseudo-méningitiques. Progr. méd. Nr. 46, 1887.  
 J. Simon, Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse. Gaz. des Hôp. Nr 132. Novbr. 1887.  
 Ferret, Progrès méd. XV, 41, 1887.  
 Wolff, Félix, Bemerkungen über das Verhalten der Cerebrospinalmeningitis zu den Infektionskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 50, pag. 1080, 1887.  
 Weichselbaum, Ueber die Aetiologie der acuten Mening. cerebro-spin. Fortschr. d. Med. 18, 19, 1887. («Diplococcus intercellularis meningitidis.»)  
 Hofmann v., Ueber die acute Meningitis in angeblich ursächlichem Zusammenhange mit Misshandlungen oder leichten Verletzungen. Wiener med. Wochenschr. 6, 1888.

## Deuxième Section.

### Maladies des nerfs crâniens.

On distingue aux n. crâniens une origine, très vraisemblablement située dans l'écorce cérébrale et dans la zone nucléaire de la moëlle allongée, et un trajet, en partie central, s'effectuant dans la substance cérébrale, en partie périphérique, comprenant tout leur cours en dehors du cerveau; or, la maladie peut atteindre les n. crâniens soit à leur origine, à leur centre, soit dans leur trajet. Dans la section suivante nous nous occuperons des affections de la substance cérébrale elle-même: comme il est facile de le comprendre, nous allons être exposés, ou bien à parler de faits qui appartiennent plutôt à la suite, ou bien à nous répéter quand nous les retrouverons plus tard. Malgré ces inconvénients, nous croyons devoir, pour des raisons pratiques, traiter ici in toto la pathologie des n. crâniens. En général, on peut avancer que les lésions centrales des n. crâniens ne constituent le plus souvent qu'une partie des manifestations de maladies générales du système nerveux, et que les lésions périphériques peuvent survenir d'une façon complètement indépendante, à la suite du refroidissement ou de traumatisme, par exemple. Dans bien des cas, il nous est impossible de nous prononcer sur la nature, centrale ou périphérique, de l'affection.

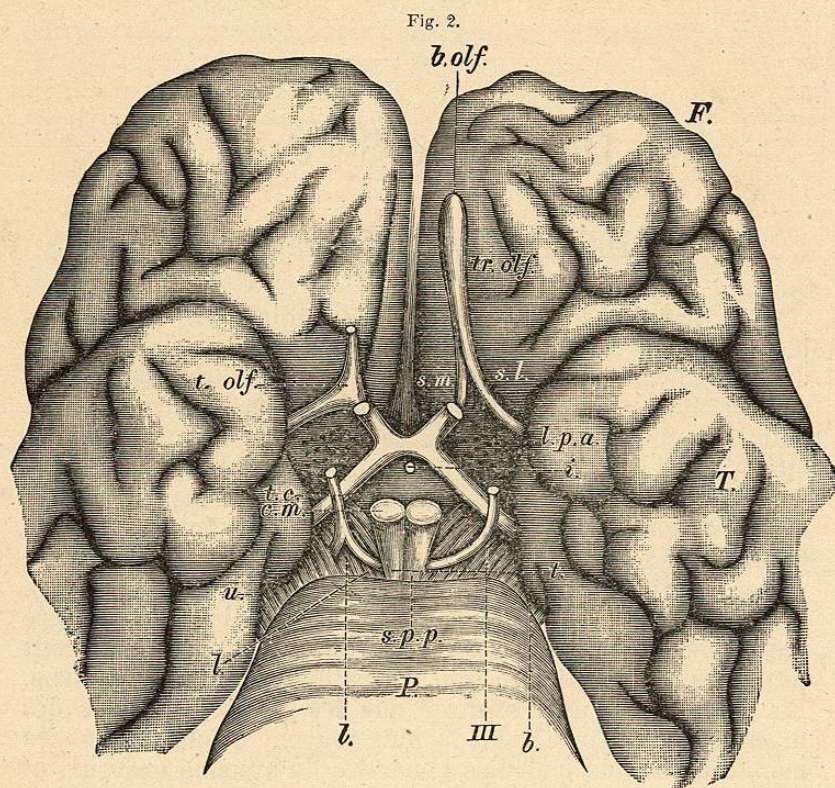
Pour l'intelligence des chapitres suivants, il ne sera pas inutile de remettre en mémoire les rapports anatomiques des n. crâniens. Les quelques considérations que nous présentons ne peuvent remplacer les études spéciales, mais elles sont données pour permettre de s'orienter plus facilement.



## CHAPITRE PREMIER.

## Maladies du nerf olfactif.

Le nerf de l'odorat sort du trigone olfactif (caroncule mamillaire), petit lobule dont la face basale est située au devant du bord antérieur de la substance perforée antérieure. Le nerf, d'abord aplati, se rétrécit bientôt en un cordon triangulaire, le tractus olfactif, qui se change à son tour en un renflement ovale, grisâtre, le bulbe olfactif, (v. Fig. 2).



Partie antérieure et moyenne de la base du cerveau.

b. olf. Bulbe olfactif, tr. olf. Tractus olfactif, t. olf. Trigone olfactif, s. m. Bandelette olfactive médiane, s. l. id. latérale, i. Infundibulum (enlevé), t. c. Tuber cinereum, c. m. Corps mamillaire, t. Calotte, l. Racine latérale de l'oculo-moteur.

De la face inférieure du bulbe, qui repose sur la lame criblée de l'ethmoïde, se détachent deux rangées de filets nerveux qui pénètrent dans les fosses nasales à travers les trous de la lame criblée. À proprement parler, on ne doit considérer, comme nerfs de l'odorat, que l'ensemble de ces nerfs, filets olfactifs. La bandelette et le bulbe sont des parties d'un lobule cérébral, désigné sous le nom de lobe olfactif.

On ne connaît ni l'origine, ni le trajet des racines de l'olfactif (Riechstreifen, Striae Olfactorii, Schwalbe). Généralement, on en admet

trois, dont la plus externe, qui est également la plus volumineuse, peut être poursuivie jusqu'à l'insula. Schwalbe suppose une racine olfactive latérale, (Radix later., s. longa, s. extern.) dont le point de départ serait dans la circonvolution de l'hippocampe, et une racine olfactive médiane (Radix méd., s. interna, s. brevis), qui aurait son origine dans la circonvolution du corps calleux. D'autres considèrent la commissure antérieure et le corps strié comme point de départ de l'olfactif: en résumé, on ne connaît rien de certain jusqu'à présent.

On présume l'existence d'un centre de l'olfactif dans la circonvolution de l'hippocampe et dans le *gyrus uncinatus* (partie antérieure de la circonvolution de l'hippocampe). Récemment encore, Zuckerhandl (v. bibl.) désignait la corne d'Ammon comme centre du n. de la première paire.

Si les affections de l'olfactif n'ont pas une grande importance pratique, elles offrent cependant un vif intérêt, car, en premier lieu, elles peuvent jeter quelque lumière sur des questions anatomo-physiologiques touchant le trajet et l'origine des nerfs (et ce sera le cas si, après avoir suivi attentivement une maladie, on peut arriver à établir un rapport d'autopsie rigoureusement exact); en second lieu, elles peuvent devenir un élément précieux pour le diagnostic de certaines affections cérébrales.

L'olfactif peut être atteint dans sa portion centrale ou dans sa portion périphérique. Dans le premier cas, il peut s'agir, soit d'une affection du centre de l'odorat lui-même, soit d'un arrêt de conduction intracérébral.

Puisque l'on connaît fort peu de choses du siège du centre olfactif, il est difficile de parler longuement des maladies qui peuvent l'atteindre; il semble se présenter aussi bien des états d'excitation que des états de paralysie. Les premiers s'accompagnent d'hallucinations de l'odorat, les derniers, de la perte de l'odorat (anosmie). Parmi les affections au cours desquelles on a observé des hallucinations olfactives, il faut citer différentes psychoses, ensuite la migraine, le tic douloureux, l'épilepsie et le tabes. Il s'agit le plus souvent de sensations désagréables, répugnantes: le malade est obsédé par des odeurs d'immondices, de plantes vireuses, de substances en pourriture, etc. (cacosmie); exceptionnellement, ces sensations sont agréables. Un de mes clients, dont on galvanisait la tête à cause d'une paralysie des muscles de l'œil, affirmait sentir l'huile de lavande, depuis le moment de la fermeture du courant jusqu'à son ouverture. Il semble que l'on puisse conclure de ce fait que le courant galvanique est capable, dans certaines circonstances, d'amener une excitation du centre olfactif. On observe l'anosmie centrale dans des lésions cérébrales ayant entraîné à leur suite de l'hémiplégie et de l'aphasie; elle se localise alors



à la fosse nasale correspondant à l'hémisphère lésé. Elle se présente aussi dans l'hystérie, et, assez rarement, dans une vieillesse avancée, probablement causée alors par l'atrophie (anosmie sénile). On a souvent remarqué que les néoplasmes de la partie antérieure de la cavité crânienne, les exostoses, les processus méningitiques atteignant le lobe frontal, pouvaient la produire.

On peut admettre l'existence d'arrêt dans la conduction des n. olfactifs, lorsqu'il s'agit d'un traumatisme, d'une chute sur la tête, surtout sur l'occiput. D'après *Carbonieri*, la perte complète des fonctions de l'odorat fait supposer une affection des bandelettes ou du bulbe olfactifs.

**Le traitement** des maladies centrales de l'olfactif s'adressera nécessairement à l'endroit atteint.

Les affections périphériques de l'olfactif présentent un très grand intérêt pratique; elles consistent essentiellement dans la diminution du sens de l'odorat. Abstraction faite des cas, que l'on rencontre tous les jours, de diminution ou même de perte momentanée du pouvoir olfactif à la suite d'un catarrhe, soit aigu, soit chronique, des fosses nasales, on peut encore observer cette altération de l'odorat consécutivement à la sécheresse anormale des cavités nasales par diminution des larmes dans l'anesthésie du trijumeau, ou par obstacle à leur écoulement dans les fosses nasales, dans la paralysie du facial. Il n'est pas rare de voir les occupations professionnelles devenir la cause de l'anosmie : dans certains cas, l'olfactif, soumis continuellement à des exhalaisons désagréables, en est d'abord fort incommodé, puis s'y habitue et finit par s'éteindre : c'est ainsi que les savonniers, les fabricants de corde à boyau, les tanneurs, écorcheurs, bouchers, sont souvent affectés d'une notable diminution de l'odorat; dans d'autres cas, il s'agit de troubles de nutrition, de cautérisations, de lésions de l'appareil périphérique de l'olfaction, déterminés par la composition chimique des substances inhalées; exemple, l'anosmie des ouvriers occupés à la préparation du chlorure de chaux, et la baisse de l'odorat chez ceux employés à broyer le fer chromé. *Stricker* l'a signalée chez un entomologiste qui était resté exposé, pendant un certain temps, aux vapeurs d'éther.

**Le traitement** consiste dans la faradisation (*Beard* et *Rockwell*) et la galvanisation (*Fieber*) des fosses nasales, et leur badigeonnage avec une solution de strychnine à 1 pour cent (dans l'huile d'olive). On voit souvent conseiller,

contre l'anosmie périphérique, l'usage, sous forme de prises, de poudres irritantes qui, le plus souvent, ne sont d'aucune efficacité: les guérisons spontanées ne sont pas rares.

Nous devons encore noter, en terminant, qu'il faut éviter de faire usage, pour l'examen de l'état de l'odorat, de toute substance pouvant agir d'une façon irritante sur le trijumeau, telle que l'acide acétique, l'ammoniaque, le tabac à priser; ce n'est pas l'odeur, mais la sensation d'irritation, que le patient percevrait, et la donnée induirait en erreur. On fera usage, pour l'examen de l'odorat, d'eau de Cologne, d'huile de romarin, du musc, camphre, anis, de l'huile de térébenthine, de l'assa foetida, de l'hydrogène sulfuré; inutile d'ajouter que chaque narine devra être examinée séparément.

#### Bibliographie.

- Notta, Recherches sur la perte de l'odorat. Arch. génér. de méd. Avril 1870.  
 Ogle, Anosmia, or cases illustrating the physiol. and pathology of the sense of smell. Med.-chir. Transact. 1870, LIII.  
 Mollière, Note pour servir à l'histoire du nerf olfactif. Lyon méd. 1871, Nr. 20.  
 Carbonieri, Zur Localisation des Centrum olfactorium, Riv. clin. XXIV, 9, pag. 657. Sett. 1885.  
 Erben, Wien. med. Blätter. 1886, Nr. 43, 44 (Kakosmie bei Tabes).  
 Moldenhauer, Die Krankheiten der Nasenhöhlen u. s. w. Leipzig, Vogel, 1886.  
 Gowers, Vorlesungen über die Diagnostik der Gehirnkrankheiten. Deutsch von Mommsen. Freiburg i. Br. 1886, pag. 86.  
 Thudichum, On the nature and treatment of hypertrophies and tumours of the nasal and pharyngeal cavities. The Lancet. 27. August 1887, pag. 401.  
 Zuckerkandl, Ueber das Riechcentrum. Stuttgart, Enke 1887.  
 Roth, Die Erkrankungen der Nasenschleimhaut, ihre Beziehungen zum übrigen Organismus und Behandlung derselben. Centralbl. für d. ges. Therapie. V. Heft X, Oct. 1887.

## DEUXIÈME CHAPITRE

### Maladies du nerf optique.

Le nerf de la vision reçoit ses fibres du lobe occipital, de la couche optique, des corps genouillés latéraux et médians, des tubercules quadrijumeaux antérieurs et du cervelet, par la voie des pédoncules cérébelleux supérieurs.

Après avoir formé les bandelettes optiques et le chiasma, le n. prend la forme d'un cordon plein, arrondi, de 4 millim. de diamètre, qui se dirige, en divergeant, vers la cavité orbitaire dans laquelle il pénètre