

Si le patient continue à entendre, c'est que la conduction par l'air est supérieure à la conduction osseuse, ce qui est la normale; si le contraire a lieu, on doit admettre un trouble de conduction des sons par la voie aérienne. Le diagnostic pourra, à l'occasion, tirer parti de ce renseignement.

Dans le **traitement**, on s'adressera d'abord aux fortes doses de quinine (0.7-1.0 gr. *pro die*), chaudement recommandées par *Charcot*; *Féré*, *Moos*, et d'autres encore, leur doivent plusieurs succès. Elles produisent, dans beaucoup de cas, des résultats très favorables, et dès lors, on s'en tiendra à ce médicament. D'autres fois, elles sont complètement inefficaces, on s'adressera alors à la pilocarpine, en solution à 2 %; elle agit en favorisant la résorption : 9 à 10 gouttes par jour, en injection sous-cutanée. Les résultats sont parfois étonnants, j'ai vu cette médication faire disparaître, en trois ou quatre jours, des symptômes excessivement graves. On continue ces injections, tous les deux jours, pendant 3 à 4 semaines, et on peut ordinairement interrompre après la 15^e injection. On doit naturellement surveiller soigneusement l'état général, et prévenir, par les excitants, le vin, etc., les menaces de collapsus qui pourraient se montrer.

Bibliographie.

- Moos, Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica, insbesondere über die nach derselben zurückbleibenden combinirten Gehörs- u. Gleichgewichtsstörungen. Heidelberg 1881.
 Moos, Erkrankungen des Gehörorgans bei Locomotivführern und Heizern. Zeitschr. f. Ohrenheilk. X, 4. 1881. XI, 2. 1882.
 Gottstein u. Kayser, Breslauer ärztl. Zeitschr. III, 18. 1881.
 Bürkner, Arch. f. Ohrenheilk. XVII, 1 u. 2, pag. 8. 1881.
 Jacoby, Ibid. XVII, 4, pag. 258. 1881.
 Burckhardt-Merian, Schweizer Correspondenzbl. XIV, 1, 6. 1884.
 Roosa, Zeitschr. f. Ohrenheilk. XIII, 2, 3. 1884.
 Finkelstein, Wratsch, Nr. 1. 1886.
 Baginsky, Ueber Ohrerkrankungen bei Railway-spine. Berliner klin. Wochenschr. 3. 1888.

Maladie de Ménière.

- Charcot, Leçons sur les maladies du système nerveux. Tome II.
 Guye, Arch. f. Ohrenheilk. XVI, 1 u. 2. 1880.
 Féré et Damars, Revue de Méd. I, 10. 1881.
 Woakes, Edward, Remarks on Vertigo and the group of Symptoms sometimes called "Ménière disease". Brit. med. Journ. April 28, 1883, pag. 801.
 Bechterew, Neurol. Centralbl. 9. 1887 (travail sur l'origine de l'acoustique).
 Brunner, Zum Morbus Ménière. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XVII, 1, 2, pag. 47. 1887.

Politzer, Lehrbuch der Ohrenheilkunde. 2. Aufl., pag. 488 ff. Stuttgart 1887.
 Strümpell, a. a. O., pag. 420 ff. 1887.

SEPTIÈME CHAPITRE.

Affections du glosso-pharyngien.

Le glosso-pharyngien abandonne le cerveau entre les racines de l'acoustique et celles du vague, sur les côtés de la moelle allongée. Les cinq ou six filaments radiculaires qui le constituent à son origine, se réunissent bientôt en deux faisceaux : un antérieur (le plus grêle), et un postérieur. Ces deux faisceaux se dirigent vers le trou déchiré postérieur, en passant sous le lobule du pneumogastrique, et quittent la cavité crânienne en traversant la portion antérieure de cet orifice. Il n'est pas encore prouvé que le ganglion jugulaire, qui se trouve interposé sur le trajet du nerf, avant sa sortie du crâne, en soit indépendant, ou qu'il ne doive pas plutôt être considéré comme un groupe de cellules nerveuses qui se seraient séparées du ganglion pétreux, que le nerf fournit immédiatement à sa sortie.

Le glosso-pharyngien ne possède pas de noyau propre : il provient d'un amas considérable de cellules nerveuses, que l'on regarde comme noyau commun du vague, de l'accessoire et du n. de la 9^e paire. Ce noyau commun, situé entre les racines antérieures et postérieures de la moelle, fait suite, en partie aux nerfs types sensibles, en partie aux nerfs types moteurs (*Wernicke*). Cette circonstance lui a valu le nom de système latéral mixte (latéral, parce qu'il est situé dans la région latérale de la moelle allongée) (*Deiters*). On admet que le glosso-pharyngien provient de l'extrémité supérieure du noyau, le vague de la partie moyenne, et l'accessoire de l'extrémité inférieure (voir la fig. 18). On ne sait pas encore positivement comment ce noyau commun est constitué, ni combien de groupes distincts de racines émergent du système latéral mixte. On trouvera à ce sujet des données exactes dans le traité de *Wernicke*, I, p. 155 et suiv.

D'après l'état actuel de nos connaissances, le glosso-pharyngien doit être considéré comme le nerf spécial et unique du sens du goût. Nous avons vu déjà deux nerfs intervenir dans les fonctions gustatives : le trijumeau, par le n. lingual (2^e branche) et peut-être par la 3^e branche, et le facial, par la corde du tympan. Il nous reste à traiter les affections isolées du glosso-pharyngien, à déterminer sous quelles conditions elles peuvent se présenter et de quelle façon elles altèrent le goût. Il est souvent bien difficile d'affirmer que l'on a sous les yeux une maladie isolée de ce nerf; cela provient de ce que le glosso-pharyngien ne donne la sensibilité qu'au tiers postérieur de la langue (par son rameau lingual).

L'affection centrale nous est peu connue : on connaît l'existence d'une affection bulbaire, dégénérescence grise du noyau, qui se présente dans le tabes (*Erben*). On admet que les voies gustatives, irritées, donnent lieu à des altérations du goût, de la même façon qu'il se produit de la paresthésie, lorsqu'il existe un état irritatif des voies tactiles dans les cordons

postérieurs. On observe aussi des anesthésies de conduction, mais il est bien difficile de discerner si elles atteignent le glosso-pharyngien seul, ou, en même temps, le trijumeau et le facial (v. *Fränkel, Berlin. klin. Wochenschr.* n° 3, 1875). Jusqu'ici, on n'est pas encore parvenu à démontrer l'existence d'une paralysie centrale du goût qui n'intéresserait exclusivement que le tiers postérieur de la langue. Le centre cortical du nerf de la 9^e paire est inconnu.

On observe une anesthésie périphérique, anesthésie gustative, ageusie (*γεύσις*, sens du goût), à la suite d'états pathologiques des organes terminaux : les affections de la muqueuse linguale, l'action d'une basse température (usage de la glace), les substances très irritantes (vinaigre, tabac à chiquer, poivre), peuvent y donner naissance. L'examen doit être fait de la façon suivante : le malade, les yeux fermés, fait sortir la langue, la bouche largement ouverte. On dépose, sur la partie de l'organe que l'on veut explorer, une quantité, aussi petite que possible, d'une substance sapide. Avant de retirer la langue, le patient doit faire signe de la main, s'il a goûté quelque chose et à quel endroit précis. Alors seulement, on lui permet de retirer la langue et de traduire ses impressions gustatives.

La recherche se fait au moyen de substances amères, douces, acides, salées, choisies à volonté, à la condition qu'elles ne soient ni nuisibles, ni vénéneuses. Le courant galvanique peut également servir à délimiter exactement les zones d'anesthésie. Comme on le sait, lorsqu'on place l'électrode sur la langue, il apparaît, à la fermeture du courant, une saveur métallique acide, dite galvanique; ce même phénomène se produit aussi quand on galvanise le cou, la nuque, la tête; il est probablement dû à ce que le courant se propage jusqu'aux nerfs du goût, et les atteint dans leur trajet périphérique ou central. La galvanisation constitue d'ailleurs un moyen recommandable contre les affections dont nous venons de nous occuper.

Bibliographie.

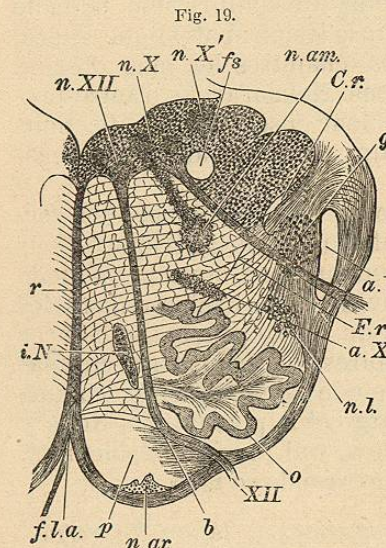
- Romberg, o. c., pag. 148.
 Erb, Handbuch der Krankheiten des Nervensystems, pag. 219. 1876.
 Heusner, Eine Beobachtung über den Verlauf der Geschmacksnerven. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 44. 1886.

HUITIÈME CHAPITRE.

Affections du vague. « Névroses du vague. »

Le vague émerge de la partie latérale et postérieure de la moelle allongée, en arrière des racines du glosso-pharyngien. Les 10 à 15 filaments radiculaires, qui le constituent à son origine apparente, se réunissent bientôt

en un tronç arrondi qui, accompagné de l'accessoire, se dirige vers la partie antérieure du trou déchiré postérieur, en passant en dehors du lobule du pneumogastrique. La dure-mère fournit à ces deux nerfs une gaine commune. A l'intérieur du trou déchiré postérieur, le vague forme son ganglion jugulaire. Après sa sortie du crâne, il reçoit une importante anastomose de l'accessoire et forme le ganglion cervical ou ganglion plexiforme, dans lequel n'interviennent qu'une partie de ses fibres. Nous aurons à revenir brièvement plus tard sur les différences qu'offre le trajet ultérieur du vague droit et du vague gauche.



Coupe transversale de la moelle allongée.
(D'après Schwalbe).

a. V Racine ascendante du trijumeau, n. XII noyau de l'hypoglosse, n. Xu. n. X noyau du vague, XII n. hypoglosse, f. s. cordon solitaire (faisceau respiratoire), p. cordon des pyramides, o olive, i. N noyau olivaire accessoire, f. l. a. sillon longitudin. ant., n. am. noyau ambigu.

du vague : c'est un amas de cellules nerveuses particulières, situé au sein de la formation réticulaire, en dedans du noyau des cordons latéraux.

Il est hors de doute que le vague, à l'exemple de la plupart des autres nerfs crâniens, peut être atteint dans sa partie centrale et dans sa partie périphérique. Dans le premier cas, il ne s'agit le plus souvent que de symptômes partiels d'une maladie générale (tabes, hystérie), tandis que l'affection périphérique peut subsister par elle-même, indépendamment de tout autre état pathologique. Elle peut, dans ce cas, remonter à des causes périphériques (indigestion, refroidissement), ou être de nature réflexe (affections de l'intestin, de l'utérus). Le siège exact de la lésion est, il est vrai, souvent incertain et indéterminé, aussi bien pendant la vie que *post mortem* : cela n'est pas étonnant, étant donnée l'insuffisance de nos connaissances sur l'ana-