

à leur place la muqueuse tout à fait saine. C'est qu'alors il ne s'agissait que d'une érosion superficielle. Si l'on constate, après la chute des croûtes, l'existence de varices vraies, on détruit les ectasies vasculaires avec le galvano-cautère; si l'on trouve des thrombus, isolés ou situés au bord d'un ulcère simple, et que les épistaxis récidivent malgré les applications de vaseline, on détruit de même les vaisseaux lésés sur une étendue de quelques millimètres. Quant à l'ulcère simple, dit perforant, il guérit aisément et rapidement par les applications de vaseline additionnées de salol ou de précipité blanc (1 pour 50). On doit toujours continuer les applications de vaseline, simple ou médicamenteuse, 15 jours ou 3 semaines après la guérison.

CHAPITRE II

TROUBLES NERVEUX

I

TROUBLES SENSORIELS

§ 1. — ANOSMIE

Symptômes. — On désigne sous ce nom la perte du sens de l'odorat. Elle peut être unilatérale (et en pareil cas elle coïncide souvent avec l'hémi-anesthésie sensitive) ou bilatérale. Dans un cas comme dans l'autre, elle est complète ou incomplète, suivant que l'olfaction est abolie ou seulement affaiblie. L'affaiblissement de l'olfaction peut se traduire par la diminution de toutes les sensations olfactives, ou par celle de quelques-unes d'entre elles à l'exclusion des autres. Certains malades peuvent être incapables de sentir les odeurs répandues par les objets qu'ils flairent, et cependant conserver les sensations olfactives provoquées par l'ingestion des aliments solides ou liquides (bouquet du vin, fumet du gibier, de la truffe, etc.) et associées à la gustation; tandis que la plupart des autres en sont privés aussi, et ne ressentent, en mangeant ou en buvant, que les sensations gustatives proprement dites: sel, sucre, amertume, acidité. L'anosmie peut être passagère ou permanente; chez certains individus, elle est intermittente, pendant un temps variable, avant de disparaître ou de devenir continue. Il n'est pas rare de la voir succéder à d'autres troubles de l'olfaction qui seront étudiés plus loin (parosmie) ou coïncider avec eux.

Étiologie. — L'anosmie est souvent le résultat de causes mécaniques s'opposant à la pénétration, dans les parties supérieures des fosses nasales tapissées par la muqueuse olfactive, de l'air chargé de particules odorantes. C'est ainsi que, dans la paralysie faciale, l'impossibilité où se trouve le malade de dilater la narine et de la maintenir largement béante dans l'acte de flairer ou de renifler, entrave l'exercice de l'olfaction du côté atteint. L'obstruction de l'entrée de la fosse nasale, en arrière du vestibule, par une déviation avec épaississement du cartilage de la cloison, aboutit, aussi bien que l'atrésie de la narine

elle-même, à un résultat identique. Enfin les polypes muqueux, lorsqu'ils siègent au-dessus du cornet moyen et s'étendent en avant de son bord antérieur, ou ceux qui s'insèrent à la partie antérieure du méat moyen et occupent l'espace compris entre l'atrium du méat moyen et la cloison, sont une cause fréquente d'anosmie par abolition de la perméabilité de la région olfactive au courant d'air inspiratoire. Dans tous ces cas, lorsque l'obstruction n'est pas absolue, et que le courant d'air expiratoire a libre accès dans les régions olfactives postérieures, les malades continuent le plus souvent à percevoir les sensations olfactives associées à la gustation. Mais celles-ci disparaissent lorsque la fosse nasale est tout à fait imperméable. Il en est de même lorsque, sans que l'obstruction soit complète, les polypes occupent aussi les régions postéro-supérieures des fosses nasales.

Les tuméfactions congestives ou inflammatoires de la pituitaire, lorsqu'elles sont assez marquées pour amener une obstruction nasale plus ou moins complète, déterminent l'anosmie mécaniquement. Mais en pareil cas la pathogénie de l'anosmie peut être complexe, car les lésions inflammatoires de la muqueuse olfactive suffisent à empêcher son fonctionnement. C'est ainsi que, dans le coryza aigu, l'anosmie peut être absolue sans que l'encliquetement soit complet, et persister encore après que ce dernier a disparu. Dans la rhinite catarrhale chronique, avec ou sans hypertrophie de la muqueuse, l'anosmie existe dans un certain nombre de cas. Il semble bien alors que le plus souvent elle dépende plutôt d'altérations de la muqueuse olfactive que d'une obstruction mécanique, car elle est fréquemment précédée de parosmie, et fréquemment aussi elle survit au rétablissement de la perméabilité nasale par les interventions rhino-chirurgicales. C'est uniquement à ces altérations locales que doit être attribuée l'anosmie dont sont frappés constamment, à un moment donné, les sujets atteints de rhinite atrophique, fétide ou non. Non seulement les ozéneux ne sentent pas l'odeur infecte qu'ils exhalent, mais ils n'en perçoivent non plus aucune autre. On peut observer l'anosmie unilatérale consécutivement à l'anesthésie du trijumeau, lorsqu'elle donne lieu à des troubles trophiques de la muqueuse olfactive. Enfin, on doit attribuer à une action directe sur celle-ci l'anosmie temporaire qui suit les douches nasales faites avec de l'eau ordinaire, surtout avec des solutions aqueuses d'alun ou de sels de zinc, et peut devenir définitive si le malade fait un usage prolongé de ces derniers liquides.

A la suite de chutes sur le crâne, sans qu'aucun symptôme puisse permettre de soupçonner une fracture de la lame criblée, on peut observer l'anosmie bilatérale et complète, parfois temporaire, parfois définitive. J'ai observé à plusieurs reprises un jeune officier de cavalerie qui avait perdu subitement l'odorat après une chute de cheval de ce genre, suivie de symptômes de commotion cérébrale dont il avait guéri rapidement. Trois ans après cet accident, l'anosmie est toujours absolue. Ogle pense que dans ces cas il se produit par contre-coup une rupture des rameaux nerveux olfactifs au niveau de leur sortie de la lame criblée. Mais il est bien difficile d'admettre que tous ces rameaux puissent se rompre à la fois et des deux côtés sans que la lame criblée soit lésée.

L'anosmie peut dépendre de lésions des bulbes olfactifs de causes diverses. La sclérose des bulbes olfactifs a été vue par Althaus et d'autres chez des ataxiques anosmiques; par Liouville chez un sujet atteint de sclérose en plaques et également privé d'odorat. C'est elle qui détermine l'anosmie dont beaucoup de paralytiques généraux sont atteints dès le début de la maladie (A. Voisin).

C'est également à l'atrophie sénile de cette région que semble due l'abolition progressive de l'odorat qui frappe souvent les sujets avancés en âge (Prévozt). Signalons aussi les tumeurs, les exostoses de la base du crâne siégeant à ce niveau, ainsi que les lésions méningées ou encore les anévrysmes artériels, qui peuvent déterminer l'atrophie par compression.

Ce symptôme peut encore dépendre de lésions cérébrales siégeant soit sur le trajet des fibres reliant le bulbe olfactif au centre de l'odorat (subiculum de la corne d'Ammon), soit au niveau de ce centre ou dans son voisinage. Ainsi on a vu plusieurs fois (Hughlings-Jackson, Ogle, etc.) l'hémianosmie associée à l'hémiplégie droite avec aphasie déterminées par des lésions de l'insula de Reil; et on a trouvé aussi (Broca, Zuckerkandl, Churton), à l'autopsie de malades hémianosmiques, des lésions diverses (place de ramollissement, tubercule cérébral, etc.) siégeant au niveau de l'hippocampe du même côté que l'hémianosmie. Par contre, M. Demange et M. Ch. Féré ont vu des lésions corticales donner lieu à l'hémianosmie du côté opposé.

L'anosmie est quelquefois congénitale. En pareil cas elle peut, d'après Ogle et Althaus, dépendre de l'absence de pigment dans les cellules olfactives. Elle peut aussi être liée à l'absence des bulbes olfactifs. Mais celle-ci a été cependant constatée à l'autopsie de sujets qui n'avaient pas présenté d'anosmie pendant la vie, *paraît-il*. Claude Bernard a observé un cas de ce genre, dans lequel les bulbes olfactifs manquaient, en même temps qu'il n'existait aucune perforation visible de la lame criblée. MM. Lebec et Mathias Duval ont publié une observation analogue; mais chez ce sujet les racines olfactives externes existaient, et l'examen de la muqueuse nasale y fit reconnaître la présence de rameaux nerveux olfactifs. Il semble donc infiniment probable que ceux-ci se rendaient aux premières, et que si leur trajet n'a pu être déterminé, c'est à cause de sa rupture au moment de l'ablation de l'encéphale.

On a vu l'anosmie résulter de l'intoxication saturnine (Lennox-Browne, Wilson), ou se montrer à la suite de maladies générales infectieuses aiguës (Raynaud). Elle n'est pas rare dans la syphilis en l'absence de tout symptôme de lésion cérébrale. On ne connaît pas encore exactement les altérations anatomiques qui lui donnent naissance dans ces divers cas.

Souvent d'ailleurs ce symptôme est purement fonctionnel, et sans relations avec aucune lésion matérielle centrale ou périphérique. C'est ainsi que l'hémianosmie manque assez rarement chez les hystériques hémianesthésiques. Peut-être l'hystérie est-elle aussi en cause lorsque l'anosmie survient à la suite d'un traumatisme, comme un phénomène d'inhibition, ainsi que l'a constaté M. Luc. On peut encore voir la perte de l'odorat survenir à la suite d'une excitation exagérée de la fonction : on a cité des cas où elle a été la conséquence d'une exposition prolongée à des odeurs très fortes, soit infectes comme celle des fosses d'aisances (Graves), soit agréables (?) comme celle de l'éther (Striker).

Diagnostic et pronostic. — L'anosmie passe souvent inaperçue lorsqu'elle n'est pas recherchée, surtout lorsqu'elle est unilatérale, car en pareil cas la plupart des malades n'en ont pas conscience. Même lorsqu'elle est bilatérale, elle peut laisser le sujet assez indifférent pour qu'il n'appelle pas l'attention du médecin sur ce point. Souvent les malades atteints d'anosmie consultent pour des troubles du goût; et l'examen seul, en faisant reconnaître la persistance des quatre sensations gustatives fondamentales et l'absence de l'odorat, permet au

médecin de rapporter à leur véritable cause les symptômes dont les sujets se plaignent. On se servira, pour l'examen de l'olfaction, de substances dont l'odeur est caractéristique et bien connue (essence de rose ou de violette, musc, pétrole, fromage, etc.), et l'on évitera d'expérimenter celles dont les vapeurs ont sur la pituitaire une action irritante qui pourrait donner le change (ammoniac, acide acétique, éther, etc.). L'anosmie une fois constatée, on devra en rechercher la cause, ce qui sera le plus souvent assez aisé si l'on tient compte des données étiologiques exposées plus haut.

Le pronostic variera suivant l'étiologie du symptôme. Quelle que semble être celle-ci, il devra toujours être très réservé lorsque l'anosmie à marche progressive aura été précédée de parosmie intermittente; car c'est ainsi qu'elle débute presque toujours lorsqu'elle dépend de lésions dégénératives des nerfs de la muqueuse olfactive ou des bulbes olfactifs, ou encore des centres olfactifs cérébraux. Dans tous les cas, on peut dire avec Morell-Mackenzie que le pronostic est en général d'autant moins bon que le symptôme dure depuis plus longtemps; et les cas où l'odorat a reparu après avoir fait défaut pendant quinze, vingt ans, quarante ans même, ainsi qu'on l'aurait vu une fois, doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels. Mais je ne saurais admettre, avec l'auteur anglais, que lorsqu'il dure depuis plus de deux ans il doit presque toujours être considéré comme incurable. J'ai vu l'odorat revenir deux ans et demi, trois ans, et une fois même près de quatre ans après sa disparition, chez des sujets atteints de polypes muqueux du nez. Ce retour de l'odorat s'est produit, dans ces cas, au bout d'un temps variant de quelques jours à un mois environ, et bien qu'il ait le plus souvent été incomplet, il a du moins été suffisamment appréciable pour que le malade s'en rende compte et s'en félicite. J'ai vu également plusieurs fois l'anosmie disparaître, au moins partiellement, chez de jeunes sujets âgés de 15 à 20 ans, qui avaient perdu l'odorat depuis deux à trois ans à la suite de rhinite atrophique ozéneuse. L'amélioration des lésions nasales, sous l'influence d'un traitement approprié, coïncidait avec le retour de l'odorat. Souvent au contraire, et cela en particulier lorsqu'il s'agit de rhinite catarrhale chronique simple ou hypertrophique, on ne peut arriver à rendre l'odorat au malade, bien que sa disparition ne date que de quelques mois. Ces constatations obligent donc le médecin à réserver toujours quelque peu le pronostic de l'anosmie, en somme fort incertain.

Traitement. — Nous ne possédons pas de moyen thérapeutique efficace à diriger contre le symptôme lui-même. L'excitation du nerf olfactif à l'aide des courants continus exige une trop grande intensité de ceux-ci pour que leur emploi, dont l'efficacité est d'ailleurs douteuse, puisse être supporté par les malades, à cause des bourdonnements d'oreilles, des étourdissements et des vertiges intenses qu'il détermine à peu près constamment. La strychnine, en applications locales ou à l'intérieur, même à doses assez élevées, ne m'a jamais rendu aucun service. Le traitement doit donc être causal, et c'est seulement alors qu'il peut être efficace. Ainsi, dans les anosmies de causes locales, les interventions directes (ablation des tumeurs, traitement topique de la muqueuse chroniquement enflammée, etc.) feront assez souvent disparaître l'anosmie. Certaines lésions syphilitiques tardives des fosses nasales, bien que circonscrites, causent à leur début une tuméfaction généralisée de la pituitaire qui s'accompagne le plus souvent d'anosmie. En pareil cas on évitera, grâce à un examen

attentif et à l'anamnèse, de chercher à obtenir à l'aide du galvano-cautère, qui serait plutôt nuisible qu'utile, un résultat que l'administration du traitement mixte antisyphilitique amènera en peu de jours. Parfois même, lorsqu'on se trouvera en présence d'une anosmie survenue rapidement, sans obstruction nasale ni autre cause appréciable, chez un sujet antérieurement atteint de syphilis, le traitement spécifique pourra donner des résultats complets⁽¹⁾.

§ 2. — *HYPEROSMIE — PAROSMIE — CACOSMIE*

La finesse de l'odorat varie beaucoup suivant les races, et aussi suivant les sujets. Les races de couleur sont à cet égard bien mieux partagées que la race blanche. Enfin l'éducation de l'odorat peut augmenter beaucoup sa puissance; les pharmaciens, les parfumeurs, etc., arrivent par l'exercice à une acuité olfactive bien supérieure à la moyenne.

L'*hyperosmie* ne peut donc être considérée comme un état pathologique, en dehors des cas où la perception des odeurs donne au sujet des sensations assez intenses pour devenir tout à fait pénibles, alors qu'elles ne causent aucune gêne et éveillent à peine l'attention des personnes dont l'odorat est normal. En pareil cas l'*hyperosmie* porte rarement sur toutes les odeurs : certaines d'entre elles seulement sont perçues avec une intensité exagérée, et elles sont alors le plus souvent insupportables aux malades, auxquels elles peuvent causer des céphalalgies, des vertiges, des nausées, etc. Ces faits s'observent chez quelques sujets nerveux. On voit aussi certaines femmes qui souffrent de ces symptômes pendant leurs grossesses.

On dit qu'il y a *parosmie* lorsque le sujet perçoit des sensations olfactives sans que celles-ci résultent d'excitations périphériques par des émanations odorantes. Le plus souvent il s'agit d'odeurs plus ou moins désagréables : odeurs de fumée, de phosphore, de fruits moisies, de gaz ou de pétrole, quelquefois odeur cadavérique ou fécaloïde. Ces troubles de l'olfaction sont fréquents chez les épileptiques : tantôt ils constituent l'aura prémonitoire, tantôt ils apparaissent au contraire après les attaques⁽²⁾. On les voit aussi très souvent précéder l'anosmie consécutive à des lésions nerveuses progressives, périphériques ou centrales. Ils peuvent persister après l'apparition de l'anosmie. Les *parosmies* sont fréquentes chez certains aliénés, et elles constituent alors de véritables hallucinations olfactives, dont le malade ne soupçonne pas le caractère purement subjectif, et qu'il prend pour bases de conceptions délirantes.

Chez quelques femmes enceintes, quelques hystériques à état mental déséquilibré ainsi que chez quelques aliénés véritables, ces sensations peuvent coïncider avec des prédilections malades pour certaines odeurs désagréables, fétides ou éveillant des idées dégoûtantes. On désigne cette déviation du sens olfactif sous le nom de *cacosmie*.

Ces divers troubles de l'olfaction sont toujours d'un pronostic plus ou moins fâcheux. Chez les femmes grosses, ils peuvent faire craindre des désordres cérébraux s'ils sont accompagnés de *cacosmie*. Les *parosmies* constituant un symptôme isolé doivent faire redouter pour l'avenir une anosmie incurable.

(1) Consultez les *C. R. de la British laryngological association*, 1888. Rapport de D. GRANT. — Discussion : L. BROWNE, W. WILSON, G. MACDONALD, WARDEN, MORELL-MACKENZIE.

(2) Consultez l'ouvrage de M. CH. FÉRÉ, *Les épilepsies*, Paris, 1890, *passim*.

D'ailleurs, à peu près constamment, ces troubles échappent à tous les moyens thérapeutiques, sauf lorsque la syphilis est en cause, et qu'on pense à instituer à temps le traitement spécifique.

II

TROUBLES SENSITIFS

§ 1. — *ANESTHÉSIE*

Étiologie. — L'anesthésie de la pituitaire est un symptôme assez rare dans les maladies de la muqueuse du nez. Bilatérale et généralisée, on l'observe chez quelques ozéneux; mais en pareil cas je ne l'ai jamais vue complète, même lorsque l'atrophie de la muqueuse est ancienne et excessive. La sensibilité est diminuée, mais non abolie, et l'anosmie est beaucoup plus accentuée que l'anesthésie sensitive. Dans la rhinite hypertrophique vraie (dégénérescence pseudo-myxomateuse), elle n'existe que sur les régions les plus malades, tandis que la sensibilité est conservée sur les autres parties de la muqueuse.

L'hémianesthésie de la pituitaire peut se voir à la suite de lésions des branches nasales du nerf trijumeau, ou de ses noyaux d'origine, ou des centres (protubérance, hémisphères cérébraux). On peut la constater dans les cas graves de névralgie du trijumeau, où le plus souvent elle a été précédée par de l'hyperesthésie, mais seulement lorsqu'il s'agit de névralgies symptomatiques; car en cas de névralgie *a frigore* suivie d'anesthésie, celle-ci n'atteint pas les muqueuses. L'hémianesthésie, avec ou sans névralgie antécédente, pourra résulter de tumeurs de la base du crâne, de traumatismes, plaies chirurgicales ou autres, d'exsudats méningés (méningites chroniques), etc., intéressant les branches nasales du trijumeau. Elle est alors limitée; et lorsque le ganglion sphéno-palatin est lésé, on peut voir, au début, l'anesthésie des régions innervées par ses branches coïncider avec des troubles sécrétoires (rhinorrhée séreuse). Quand, au contraire, la lésion siège avant le ganglion de Gasser, l'hémianesthésie est généralisée à toute la fosse nasale et coïncide avec celle des autres régions innervées par le même nerf. Il en est de même lorsque la lésion siège au niveau des noyaux d'origine, ainsi qu'on peut l'observer dans les tabes. Lorsqu'elle siège au-dessus des noyaux d'origine, l'hémianesthésie est croisée, et la conservation des réflexes peut rendre sa constatation difficile. En cas de lésion protubérantielle, l'olfaction, comme dans les cas précédents, reste intacte; mais, lorsque l'altération se trouve dans un hémisphère, au niveau de la capsule interne par exemple, l'hémianesthésie est complète et, en même temps que la face et les membres, les sens sont touchés et le malade présente de l'anosmie. Ces lésions centrales, de même que celles qui siègent en deçà, jusqu'au niveau du ganglion de Gasser, peuvent donner lieu à des troubles trophiques de la pituitaire (ulcérations, etc.).

L'hémianesthésie nasale est un symptôme assez fréquent de l'hystérie. Chez les hystériques hémianesthésiques, la perte de la sensibilité de la fosse nasale, du côté affecté, est à peu près constante et coïncide le plus souvent avec l'hémi anosmie. Mais cette anesthésie semble être le plus fréquemment incomplète : M. Lichtwitz, qui l'a étudiée dans 11 cas, ne l'a jamais vue généralisée à toute