

intra-crânienne, on peut objecter que des tumeurs volumineuses, exagérant par conséquent la pression, ne produisent pas toujours de névrites, tandis que des tumeurs d'un petit volume s'accompagnent quelquefois d'un œdème papillaire" considérable. En attribuant à la compression du sinus caverneux l'œdème de la papille, de Graefe s'était trompé. En effet, on sait aujourd'hui que les parois ostéo-fibreuses du sinus offrent une résistance considérable, et que d'ailleurs, ce sinus étant obstrué, la veine ophthalmique trouverait compensation dans la circulation faciale.

La théorie de Benedick ne repose que sur des vues de l'esprit, elle est ingénieuse, mais elle ne satisfait pas. Toutes les théories qui reposent sur les vaso-moteurs ou les vaso-dilatateurs échappent à toute critique.

La théorie de la stase veineuse produite par les liquides qui fusent dans l'espace sous-vaginal est passible des objections suivantes : pourquoi l'œdème se limite-t-il à l'extrémité oculaire du nerf optique? pourquoi n'envahit-il pas la rétine? pourquoi les veines se dilatent-elles, quelquefois, après le gonflement de la papille? si la stase veineuse est la cause de l'œdème, on devrait remarquer le phénomène contraire. Enfin, ne peut-on pas dire que la stase veineuse résulte plutôt de l'œdème?

La théorie du refoulement des liquides intra-crâniens jusque dans la papille même n'est pas confirmée par les expériences sur les animaux. Dans aucun cas, on n'est parvenu à faire pénétrer des injections jusque dans la papille, même en employant toutes sortes de procédés.

La théorie de Parineau, bien qu'elle s'appuie sur des données anatomopathologiques sérieuses, n'échappe pas à la critique. Abadie lui fait les objections suivantes : Une hémorrhagie intra-vaginale, soit spontanée, soit consécutive à un traumatisme, qui comprime le nerf optique n'est pas suivie de névrite par étranglement. Pendant la période d'état de la névrite, l'état cérébral peut rester tellement suffisant qu'il est impossible d'admettre que la pulpe encéphalique ait été désorganisée par infiltration de sérosité.

En présence de ces divergences d'opinion, que reste-t-il à conclure? Peu de chose; il faut chercher des renseignements dans l'anatomie pathologique. C'est ce que nous avons eu l'occasion de faire ici, quelquefois, à l'Hôpital Notre Dame, en procédant à l'autopsie des malades succombés au cours d'affections cérébrales accompagnées ou non de névrite optique. Ces examens *post mortem*, quoiqu'en petit nombre encore, ont confirmé en tout point les opinions de M. Parineau, en rattachant la névrite optique à l'hydrocéphalie accompagnée d'une exagération de la pression intra-crânienne et à l'œdème cérébral.

1^o *Hydrocéphalie ventriculaire et exagération de la pression intra-crânienne.*—Il y a quelques mois, nous avons publié, dans L'UNION MÉDICALE, une observation dont nous allons résumer ici les traits les plus saillants. Un homme, âgé de 43 ans, fait une chute du haut d'un mur de revêtement et se contusionne la tête. Deux mois et demi après, le malade se réveille, un matin, aphasique avec une céphalalgie intense. Les vomissements apparaissent et se répètent les jours suivants : l'examen ophthalmoscopique révèle l'existence d'une névrite optique. Trois jours après son arrivée à l'Hôpital le malade meurt.

À l'autopsie, les méninges sont fortement congestionnées et les sinus