

Les *épithéliomas* provenant de l'oreille moyenne se développent, d'après les observations de SCHWARTZE, LUCAS, KIPP et autres, soit pendant qu'il y a encore suppuration de l'oreille moyenne, soit après le départ d'une carie du rocher. Par suite, les excroissances, qui sortent par l'ouverture perforative de la membrane du tympan, sont prises au début pour des granulations ou des polypes, jusqu'à ce que la croissance rapide, après l'enlèvement répété, et l'examen microscopique fassent reconnaître la nature maligne de la néoplasie.

Un cas de ce genre (homme de cinquante-cinq ans), décrit par SCHWARTZE (*Arch. f. Ohr.*, IX), présente un intérêt particulier. A la suite d'une suppuration scarlatineuse de l'oreille moyenne gauche, existant depuis l'enfance, il se produisit une carie du temporal, qui rendit nécessaires l'ouverture et le raclage de l'apophyse mastoïde. Peu de temps après l'opération, des granulations se développèrent au fond du conduit auditif en même temps qu'une tumeur dure devant l'oreille, qui atteignit la grosseur d'un œuf de pigeon. Dans la suite, il y eut infiltration cancéreuse des glandes lymphatiques voisines et de la parotide, ulcération douloureuse et décomposition rapide de la tumeur, avec destruction du pavillon, paralysie faciale, hémorragies profuses et mort au bout d'un an. L'autopsie montra un carcinome épithélial étendu du temporal, avec destruction de la cavité tympanique, de la partie pétreuse et de la portion inférieure de l'écaïlle du temporal. En outre, la destruction cancéreuse s'était étendue aux os voisins du crâne et au sinus transverse, dans lequel il y avait un thrombus allant jusque dans la veine jugulaire.

A ce cas se rattache une observation de LUCAS (*Arch. f. Ohr.*, XV), concernant un homme de trente-sept ans, affecté depuis l'enfance d'un écoulement d'oreille, chez qui les excroissances ressemblant à des polypes, enlevées plusieurs fois et récidivant toujours, furent reconnues être un carcinome épithélial. Deux mois après l'enlèvement avec la curette, fait jusqu'à la cavité tympanique atteinte de carie, il se forma, devant et derrière l'oreille, deux tumeurs ulcérées, dont les ouvertures de rupture donnaient passage à l'eau injectée dans le conduit auditif. Des douleurs furieuses, persistantes, une fièvre hectique et le marasme amenèrent l'issue funeste (dix mois après le premier examen). — Résultat de l'autopsie : carcinome épithélial ulcéré du temporal droit, perforation de l'os pétreux vers la cavité crânienne avec carcinome de la dure-mère, méningite purulente et abcès du cerveau. — La description d'un épithélioma observé par moi, issu probablement de l'oreille moyenne et qui s'étendit au limaçon, sera donnée plus loin à propos des néoplasies du labyrinthe.

TOYNEBEE décrit cinq cas de cancer de l'oreille moyenne; mais, d'après le compte rendu de la maladie, on peut se demander si, dans ces cas, la néoplasie provenait de l'oreille moyenne ou d'autres parties du temporal.

Des épithéliomas de l'apophyse mastoïde ont été décrits par WILDE et ROUDOT (*Ann. des malad. de l'oreille, etc.*, 1875). Dans les deux cas, on voyait sur l'apophyse mastoïde une tumeur douloureuse, ulcérée, s'étendant au conduit auditif externe, qui amena une paralysie faciale par corrosion du canal de Fallope.

Parfois aussi des néoplasies malignes s'étendent des organes voisins au temporal. — KNAPP (*Zeitschr. f. Ohr.*, XI) rend compte d'un cas de *chondrosarcome de la parotide*, qui, malgré l'extirpation faite de bonne heure, atteignit la cavité tympanique et là se développa en un néoplasme colossal, s'étendant à tout l'appareil de transmission du son. Après l'excision répétée des masses du conduit auditif, la néoplasie récidiva toujours de nouveau et la mort survint après six ans de durée de la maladie. — POMEROY (*Am. Journ. of Otol.*, III) a observé un cas de *myxosarcome intracrânien* provenant de la fosse moyenne et postérieure du crâne, qui, après destruction du rocher, pénétra dans la cavité tympanique et le conduit auditif externe et amena la mort en peu de temps au milieu des symptômes de strabisme convergent, de paralysie des nerfs oculomoteur et facial, de convulsions et de coma. — Dans plusieurs cas

publiés brièvement par TOYNEBEE et WILDE, de néoplasies malignes de l'organe auditif, il semble s'agir également de néoplasmes secondaires provenant du pourtour du temporal. D'après SCHWARTZE, les néoplasies secondaires de l'oreille proviendraient le plus souvent de la parotide.

J'ai observé dans trois cas l'extension du cancer épithélial de la langue et de la mâchoire supérieure à la trompe d'Eustache. Ils présentaient pendant la vie, du côté affecté, les symptômes d'obstruction de la trompe : membrane tympanique fortement tirée en dedans et surdité grave. Il y avait une fois de forts bruits subjectifs; dans un cas, on put constater une accumulation séreuse dans la caisse du tympan. Le diapason placé sur le crâne fut, d'une façon constante, perçu plus fort du côté atteint.

L'autopsie montra dans tous les cas une extension de la néoplasie de la mâchoire supérieure au fibrocartilage basilaire et au tissu connectif entourant la trompe cartilagineuse. Toute la trompe fut trouvée entourée et comprimée par un tissu infiltré de globules de graisse. Sur les coupes microscopiques, dont je possède un grand nombre de chacun des trois cas, on voit le néoplasme épithélial en forme de cônes et de nids remplis de cellules épithéliales pressées; sur quelques préparations, à l'état de boules cancéroïdes pénétrant jusque vers le cartilage de la trompe. Ce dernier n'est lui-même entamé nulle part par la masse cancéreuse. Au contraire, dans la partie membraneuse de la trompe d'Eustache, on trouve des nodules cancéreux disséminés, qui cependant ne vont pas jusqu'à l'épithélium. En outre, les glandes de la muqueuse de la trompe présentent une forte dilatation.

## NÉVROSES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DU SON

### 1. — OTALGIE

L'otalgie nerveuse est due, soit à une affection des nerfs sensitifs de l'oreille externe et moyenne, soit à une maladie des troncs nerveux qui fournissent des rameaux à l'organe auditif. Il n'est pas rare que la douleur d'oreille provienne par irradiation d'autres parties du corps, comme les dents, le larynx.

L'otalgie se présente soit comme affection localisée de l'oreille, soit comme symptôme partiel d'une névralgie des nerfs trijumeau ou cervico-occipital. Elle est caractérisée par l'absence complète dans l'oreille de tout phénomène inflammatoire.

La névralgie du pavillon est rare et généralement limitée à une place circonscrite. Elle est due, sur la face antérieure, à une affection du trijumeau (nerf auriculo-temporal), sur la face postérieure, à une maladie du plexus nerveux cervical supérieur (nerf grand auriculaire et petit occipital). A côté du point douloureux du pavillon, on en trouve aussi fréquemment un autre sur l'apophyse mastoïde (point mastoïdien de VALLEIX). Un léger contact ou une pression augmente la douleur, mais celle-ci diminue parfois par une compression plus forte.

Dans un cas que j'ai observé, où depuis huit ans il y avait par moments une violente névralgie du pavillon, il se développait pendant l'accès un gonflement de la face postérieure du tragus, sans rougeur de la peau, qui était très douloureux sous un léger contact, mais qui disparaissait sous une forte pression.

L'otalgie du conduit auditif externe n'est à regarder comme telle, que lorsque la douleur est localisée dans la partie cartilagineuse; si le siège est



plus profond, dans la partie osseuse, la distinction n'est pas possible entre l'otalgie du conduit auditif et l'otalgie de l'oreille moyenne.

La névralgie du *plexus tympanique*, qui est formé par des rameaux du trijumeau et du glosso-pharyngien, se présente soit comme névrose locale, soit comme symptôme d'une affection de la troisième branche, plus rarement de la deuxième branche de la cinquième paire. Dans le dernier cas l'otalgie est limitée à l'oreille moyenne, tandis que dans l'affection de la troisième branche, l'oreille moyenne et l'oreille externe sont atteintes par la névralgie.

Comme *causes* de l'otalgie on peut citer : un refroidissement, l'anémie, l'hystérie, la périnévrite des troncs nerveux, une pression exercée sur eux dans leur parcours, les tumeurs du cerveau, la carie des os du crâne et des vertèbres cervicales. Parmi les causes les plus fréquentes de l'otalgie, il faut placer la carie des dents et les ulcérations du larynx (GERHARDT) et du pourtour de l'ouverture de la trompe.

Les accès sont caractérisés par des douleurs intenses, perçantes, déchirantes, dans le fond de l'oreille. Ces douleurs durent rarement au delà de quelques heures et reviennent généralement à intervalles irréguliers. Parfois l'otalgie présente une *marche* absolument *typique*.

L'existence de cette forme, connue déjà des vieux auteurs sous le nom d'*otalgie intermittente*, a été confirmée par des observations récentes de VOLTOLINI, WEBER-LIEL et ORNE-GREEN. Ce dernier a vu chez un individu atteint de fièvre intermittente, à chaque accès, en dehors d'une névralgie dans le domaine du trijumeau, la production de symptômes d'une otite moyenne aiguë (otite intermittente), qui disparaissaient en même temps que le paroxysme de la fièvre. L'otalgie intermittente n'est à regarder comme la suite d'une infection de malaria (fièvre intermittente larvée) que si l'on constate en même temps la présence d'une tumeur splénique.

Pendant l'accès otalgique, il survient parfois des sensations subjectives de l'ouïe et de la surdité, non rarement aussi une hyperesthésie de la peau du pavillon et des tempes, qui disparaissent après l'accès. Des bruits violents dans le voisinage du malade augmentent en beaucoup de cas la douleur ; en même temps il y a une hyperesthésie acoustique prononcée.

La *marche* de l'otalgie est aiguë ou chronique. Dans le premier cas, la névrose dure quelques jours ou plusieurs semaines avec des intervalles irréguliers, plus rarement à intervalles réguliers. La marche des névroses chroniques est tout à fait indéterminée ; les accès surviennent souvent à des intervalles de semaines ou de mois et peuvent persister pendant des années. Les otalgies chroniques à marche typique sont rares. Dans un de mes cas, les accès survenaient depuis dix ans régulièrement tous les mois ou tous les deux mois à gauche, et se terminaient après plusieurs heures par un sommeil profond. Pour les otalgies irradiées ou combinées avec une névralgie du trijumeau, la marche dépend de celle de la maladie principale.

Le *diagnostic* de l'otalgie et sa distinction d'une douleur inflammatoire résultent de l'*absence de phénomènes inflammatoires* dans l'organe auditif.

Si l'otalgie est constatée comme telle, on a à rechercher s'il s'agit d'une névrose locale ou d'une otalgie faisant partie des symptômes d'une névralgie du trijumeau ou du cervico-occipital, ou enfin d'une douleur irradiée dans l'oreille. On devra donc d'abord examiner avec soin les dents et, dans le cas où l'on constatera la présence d'une carie, regarder celle-ci comme la cause probable de l'otalgie, si la pression sur la dent malade donne lieu à une vive douleur. Particulièrement chez les enfants, la carie dentaire est la cause la plus fréquente de l'otalgie. S'il y a des symptômes d'une affection du pharynx ou du larynx, il faut rechercher à l'aide du miroir si la douleur de l'oreille ne provient pas d'un ulcère du larynx ou du pharynx.

La dépendance de l'otalgie avec les névralgies des nerfs de la cinquième paire et du plexus cervical se reconnaît à l'examen des points douloureux connus. Dans l'affection du trijumeau, la douleur est constatée soit en tous ces points, soit seulement en quelques-uns d'entre eux. L'otalgie est souvent ici tellement prédominante, que l'on ne reconnaît la présence d'une névrose étendue du trijumeau que par l'exploration des points douloureux.

Le *pronostic* des otalgies est en général favorable pour les cas récents et les formes typiques, même alors que l'affection se présente comme symptôme partiel d'une névralgie du trijumeau. Le pronostic est en outre tout à fait favorable, si l'otalgie provient d'une dent carieuse. Il est au contraire défavorable dans les névralgies de longue durée des nerfs de la cinquième paire, particulièrement si l'on en reconnaît la cause dans une affection cérébrale ou dans une compression des troncs nerveux correspondants non susceptible d'être écartée. Comme circonstances défavorables, il faut encore ajouter : l'anémie et le marasme, la syphilis invétérée et les ulcères tuberculeux du larynx.

Le *traitement* dépend de la cause et de la durée de la maladie. Quand la carie dentaire est la cause reconnue de l'affection, l'extraction immédiate de la dent est indiquée. Dans les otalgies récentes, locales ou combinées avec une névralgie des nerfs de la cinquième paire, on emploiera d'abord, — que les accès soient irréguliers ou typiques, — le *sulfate de quinine* (2 à 3 décig. par dose, trois fois par jour). Dans les formes typiques, on fera prendre la quinine ( $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{2}$  gr. par dose) deux à trois fois en deux ou trois heures avant l'attaque. L'action de la quinine est fréquemment aidée par l'addition de l'*iodure de potassium* (1 de quin. pour 2 d'iod. de pot.).

L'iodure de potassium à fortes doses est particulièrement indiqué si l'on soupçonne la syphilis et quand il y a des contractions simultanées et une légère parésie des muscles de la face, auquel cas la douleur d'oreille doit être attribuée probablement à une inflammation du canal de Fallope. Pendant les accès plus intenses, on est souvent obligé de calmer la douleur en ayant recours à l'emploi interne ou hypodermique de la morphine.

Dans les formes chroniques, le traitement ne donne que rarement des résultats importants ; parfois pourtant, par l'emploi de l'un ou l'autre remède, les accès deviennent plus modérés et plus rares. Les remèdes internes les plus employés sont la quinine, l'iodure de potassium, le fer (en particulier dans l'anémie), l'oxyde de zinc, ce dernier en nature ou sous forme de



*pilules de Meglin* (oxyde de zinc, racines de valériane, extrait de jusquiame noire, à 10,0; pour cent pilules; on va en augmentant d'une à trente puis en diminuant).

Parmi les médicaments externes, les vésicatoires sur l'apophyse mastoïde et les frictions emdermiques avec les pommades de morphine ou de véraltrine, les emplâtres narcotiques se montrent parfois actifs. Aussi bien dans les formes aiguës opiniâtres que dans les formes chroniques, l'essai du traitement galvanique est indiqué, car il amène fréquemment une grande amélioration, là où tous les autres remèdes ont échoué. D'après ERB, la galvanisation doit se faire en mettant le pôle cuivre à l'oreille et le pôle zinc à la nuque. Les courants faradiques ne sont pas à conseiller, à cause de l'hyperesthésie simultanée fréquente de la peau.

Dans plusieurs cas, où la douleur s'étendait à toute la région de l'oreille et augmentait spécialement par la pression exercée sur la région située entre la branche de la mâchoire inférieure et l'apophyse mastoïde, correspondant au parcours de la trompe cartilagineuse, j'ai observé, à la suite du massage répété, une amélioration considérable et même la disparition complète de l'otalgie au bout de quelques jours. J'applique maintenant ce procédé à la place indiquée, également dans les catarrhes de la trompe d'Eustache, naturellement en combinaison avec les douches d'air par mon procédé ou le cathétérisme, et cela avec une utilité évidente.

Parfois dans l'hémicranie, il survient une douleur sourde dans l'oreille et son pourtour, qui est accompagnée d'une hyperhémie et d'une sensation de chaleur et de brûlure sur le pavillon et les tempes. EULENBURG et MÖLLENDORF, qui ont donné à cette forme le nom d'hémicranie angio ou neuro-paralytique, l'attribuent à une affection du grand sympathique.

L'anesthésie des nerfs de l'oreille atteint le plus fréquemment le pavillon, et alors généralement les rameaux du trijumeau de sa surface antérieure. Elle se présente rarement comme affection isolée, mais plus souvent comme symptôme partiel d'une diminution de la sensibilité de la moitié correspondante de la tête, en particulier dans certaines maladies du cerveau.

L'anesthésie du conduit auditif externe est peu connue. Par contre il n'est pas rare d'observer, comme je l'ai fait remarquer déjà antérieurement (*Wien. med. Wochenschr.*, 1863), une diminution de la sensibilité de la muqueuse de l'oreille moyenne, en particulier dans les affections adhésives chroniques, non accompagnées de sécrétion.

#### NÉVROSES MOTRICES

Parmi elles on compte :

1° *Les contractions spasmodiques des muscles du pavillon*, qui se présentent le plus souvent comme symptôme partiel de la *crampe mimique de la face* (tic convulsif), plus rarement comme névrose isolée. — Dans un cas observé par ROMBERG, où la névrose motrice était limitée aux rameaux auriculaires du nerf facial, il se produisait plusieurs fois par jour des contractions des deux pavillons, qui s'élevaient et s'abaissaient pendant cinq à dix minutes. — Qu'à la suite d'injections dans le con-

duit auditif, comme VOLTOLINI l'a observé, des contractions spasmodiques des muscles du pavillon puissent aussi se produire par voie réflexe, c'est ce que je puis confirmer par de nombreuses expériences personnelles.

2° *Des contractions spasmodiques des muscles internes de l'oreille*. Les observations assez rares jusqu'ici (SCHWARTZE, LUCAS, SCHAPPRINGER, BRUNNER et L'AUTEUR) se rapportent à des contractions spasmodiques du muscle tenseur tympanique. Elles se reconnaissent soit à un mouvement nettement visible de la membrane du tympan, soit à l'aide d'un manomètre adapté hermétiquement au conduit auditif, dans lequel le liquide, à chaque contraction du muscle, éprouve une forte oscillation négative. — Les contractions se traduisent subjectivement par un fort craquement, perceptible aussi objectivement, ou par un battement sourd dans l'oreille. L'épreuve de l'ouïe, que j'ai faite dans un cas, montra que, pendant les contractions, la distance de l'audition diminue, que les sons bas sont amortis et deviennent indistincts et que les sons élevés augmentent en hauteur d'environ un quart de ton.

Partant de ce fait, que de fortes contractions du muscle orbiculaire des paupières déterminent aussi des contractions du muscle stapédus (LUCAS), GOTTSTEIN (*Arch. f. Ohr.*, XVI) croit pouvoir admettre, dans un cas observé par lui, comme cause du blépharospasme, dont les accès étaient accompagnés d'un bruissement dans les deux oreilles, une *crampe clonique du muscle stapédus*.

3° *Une crampe clonique des muscles de la trompe d'Eustache*. Elle a été observée jusqu'ici par SCHWARTZE, BRUNNER, TODD et L'AUTEUR dans quelques cas. Dans deux cas de ma pratique, le craquement provoqué par les contractions des muscles de la trompe ressemblait au tic-tac irrégulier d'une montre, entendu de loin, qui persistait aussi pendant le sommeil et ne pouvait être interrompu volontairement. A chaque craquement on pouvait observer une contraction correspondante du voile du palais. Le bruit s'arrêtait si l'on poussait en haut, avec le doigt, le voile du palais. Dans un cas, la guérison fut obtenue par le traitement galvanique.

#### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DU SON

Les lésions du pavillon se présentent, suivant le mode de violence subie, sous forme de piqûres, fentes, coupures, déchirures et plaies contuses. Leur importance dépend de l'intensité de l'action traumatique et de l'étendue de la blessure. Les meurtrissures superficielles, limitées à la peau guérissent toujours sans laisser de traces visibles, tandis que les lésions profondes, atteignant le péri-chondre ou le cartilage, comme nous l'avons vu dans l'othématome, ont pour suites de fortes hémorragies, l'inflammation et la déformation du pavillon. La marche s'établit le plus favorablement pour les coupures du cartilage, comme il s'en présente souvent dans les batailles, les duels, etc., en tant que, même pour de grandes solutions de continuité (v. TRÖLTSCHE, TRAUTMANN), après avoir réuni les bords de l'incision par suture et par un traitement antiseptique, on obtient dans la plupart des cas la guérison par première intention. L'issue est moins favorable pour les déchirures, plaies contuses et morsures<sup>1</sup>, car, après la chute par nécrose des parties blessées de la peau, le dépouillement du cartilage peut amener la production d'ulcères, dont la cicatrisation est ordinairement accompagnée du resserrement et de la défor-

<sup>1</sup> D'après E. HOFMANN (*Lehrb. der gerichtl. Med.*, 1881), l'arrachement du pavillon par les dents n'est pas rare dans le Tyrol, car, dans un espace de temps relativement court, il a eu l'occasion d'examiner trois cas de ce genre.