

horizontale, qui répond à la fosse cérébrale postérieure. Chez l'adulte, la portion verticale qui constitue l'apophyse proprement dite se développe et se trouve en rapport avec le sinus latéral et la fosse cérébelleuse. Il en résulte que, dans le jeune âge, l'inflammation des cellules mastoïdiennes se transmet surtout au cerveau, tandis que chez l'adulte, l'inflammation gagne plutôt le sinus latéral et le cervelet. Ces complications se présentent ici sous les deux formes que nous avons précédemment décrites : forme pyohémique ou typhoïde, dans les cas de phlébite suppurée des sinus; forme méningitique, en cas d'inflammation propagée aux méninges et à l'encéphale.

Diagnostic. — La seule difficulté consiste à distinguer l'inflammation des cellules mastoïdiennes de l'ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde que nous avons précédemment décrite. Faisons remarquer, avec M. Duplay, que, dans la périostite simple, le gonflement est diffus; le sillon qui existe entre la conque et l'apophyse mastoïde est effacé. Dans l'inflammation des cellules mastoïdiennes, au contraire, le gonflement est plus nettement circonscrit à l'apophyse; le sillon qui existe entre la conque et l'apophyse mastoïde persiste. De plus, l'ostéo-périostite de l'apophyse est liée à l'ostéo-périostite de la caisse et du conduit auditif, dont on observe tous les signes. L'inflammation des cellules mastoïdiennes peut exister indépendamment de l'otite périostique. Elle coïncide avec tous les signes du catarrhe suppuré de l'oreille, perforation du tympan, fongosités, polypes.

Traitement. — La possibilité des complications terribles que nous avons signalées indique assez la nécessité d'intervenir promptement contre l'inflammation des cellules mastoïdiennes. Ici encore, le traitement antiphlogistique est de mise; mais au début seulement. Dès qu'on a acquis la conviction qu'il existe du pus dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde, il faut intervenir pour lui donner issue. Il ne s'agit plus ici de débrider le périoste; il faut intéresser l'os lui-même, c'est-à-dire pratiquer la trépanation de l'apophyse mastoïde. Si l'os est mou et friable, on peut l'entamer avec un bistouri à dos fort. Sinon, on se sert d'un perforatif ou d'un petit trépan qu'on applique à la hauteur du bord supérieur du méat auditif. Contrairement au cas où l'os est friable, il est quelquefois nécessaire de traverser une épaisseur de tissus considérable, car l'apophyse mastoïde peut être éburnée. Il faut en même temps débarrasser l'oreille

moyenne des fongosités et des polypes qu'elle renferme; pratiquer la perforation artificielle du tympan, si cette membrane est intacte, afin de pouvoir faire de larges irrigations antiseptiques à travers la caisse et les cellules mastoïdiennes.

Cette opération, conseillée déjà par J.-L. Petit, donne les meilleurs résultats. D'après Politzer, les symptômes graves disparaissent quelques heures après l'opération. Il y a diminution des douleurs violentes, de la fièvre et des symptômes cérébraux. On note même une diminution rapide et une prompte guérison de la suppuration de l'oreille moyenne. Quant à l'opération, elle n'a que peu de gravité, puisque, sur plus de 120 cas, on ne compte que 20 morts; encore est-il juste de remarquer que, dans ces cas, la mort est survenue par suite de lésions préexistantes, et non du fait même de l'opération.

TROISIÈME PARTIE

MALADIES DE L'OREILLE INTERNE

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'OREILLE INTERNE

Les lésions traumatiques de l'oreille interne peuvent être produites par des causes directes et par des causes indirectes. Les premières sont de beaucoup les plus rares. A ce groupe il faut rapporter les cas dans lesquels un instrument pointu, une balle, pénétrant dans le conduit auditif, intéressent la cavité tympanique et le labyrinthe. Les lésions de causes indirectes sont beaucoup plus fréquentes. Leur mécanisme est très différent suivant les cas. Tantôt, en effet, la lésion s'exerce sur l'oreille interne par l'intermédiaire d'une lésion osseuse; tantôt les os sont restés intacts, il y a eu seulement un violent ébranlement du nerf auditif.

Dans les fractures du rocher, il peut exister une fissure intéressant à la fois le vestibule et le labyrinthe, la caisse du tympan et le conduit auditif externe. Dans ce cas, on observe, en même temps que la surdité, l'écoulement de sang et de sérosité par l'oreille.

Une contusion violente des os du crâne peut encore entraîner la lésion de l'oreille interne sans fracture, qu'il y ait eu hémorrhagie dans le labyrinthe ou simple ébranlement des terminaisons du nerf auditif. On observe alors de la surdité, du bourdonnement, des vertiges, du vacillement dans la marche. Politzer fait remarquer que ces ébranlements du crâne sont particulièrement graves chez les sujets qui présentaient déjà une lésion de l'appareil auditif, car le plus souvent la lésion préexistante en est aggravée.

Le mécanisme des lésions de l'oreille interne est très différent, lorsqu'un coup porté sur l'oreille, comme un violent soufflet, refoule brusquement l'air dans le conduit auditif; une violente détonation, coup de canon, coup de fusil, peut produire le même effet. Le résultat est toutefois différent suivant que la membrane du tympan a ou non résisté. Lorsque le tympan a été perforé, l'ébranlement transmis à l'oreille interne est moins considérable. Si, au contraire, la membrane tympanique est demeurée intacte, le choc est transmis violemment par l'intermédiaire de la chaîne des osselets et par la base de l'étrier à la fenêtre ovale et au vestibule.

La surdité varie suivant le degré de l'ébranlement. S'il a été léger, il n'y a qu'un étourdissement passager. Au contraire, l'ébranlement a-t-il été fort, la surdité est plus ou moins complète. Elle s'accompagne de bourdonnements, de lourdeur de tête et de vertige. La perception des sons par les os de la tête est diminuée ou complètement abolie. Les vibrations du diapason appliqué sur le crâne sont mieux perçues du côté sain. La notion de l'accident, l'absence de lésions de l'oreille moyenne et de la membrane du tympan, et le résultat de l'examen fonctionnel que nous venons de mentionner conduisent au diagnostic de lésions du labyrinthe.

Le pronostic est habituellement très fâcheux au point de vue de l'audition qui est souvent abolie, et toujours plus ou moins affaiblie. Les fissures osseuses étendues au labyrinthe peuvent même entraîner la mort par méningite, comme Politzer et Voltolini en ont rapporté des exemples.

Le traitement doit donc être antiphlogistique et révulsif, pour favoriser la résorption du sang épanché et empêcher la propagation de l'inflammation aux méninges. Si des corps étrangers sont restés implantés dans le rocher, il faut s'efforcer d'en pratiquer l'extraction.

II

INFLAMMATIONS DE L'OREILLE INTERNE

Sous ce titre nous décrirons la maladie de Ménière ou forme apoplectique de l'otite interne, et l'otite interne primitive décrite par Voltolini.

1^o MALADIE DE MÉNIÈRE

En 1861, Paul Ménière, médecin de l'institution nationale des Sourds-Muets, publia dans la *Gazette médicale* la première observation clinique de la maladie qui porte son nom. Il s'agissait d'une jeune fille qui, à l'époque de ses règles, devint subitement sourde par le fait d'un refroidissement, en même temps qu'elle présenta de violents accès de vertiges et de vomissements. La malade ayant succombé le cinquième jour, on trouva le cerveau et la moelle sains; les canaux demi-circulaires étaient remplis d'un exsudat plastique rougeâtre qui s'étendait jusque dans le vestibule; le limaçon était normal. Rapprochant les symptômes observés des résultats de l'autopsie, Ménière pensa qu'il s'agissait là d'une maladie spéciale du labyrinthe, produisant, par suite d'un épanchement de sang ou d'une exsudation aiguë, tous les symptômes déterminés chez les animaux par la lésion expérimentale des canaux demi-circulaires.

Les symptômes décrits par Ménière ont été trouvés dans d'autres cas que dans les lésions du labyrinthe; d'autre part, on a pu voir des hémorrhagies intra-labyrinthiques ne s'accompagnant pas de ces mêmes symptômes. La base anatomo-pathologique adoptée par cet auteur n'est donc pas absolument exacte. Il y a lieu toutefois de conserver sous le nom de maladie de Ménière le complexus symptomatique indiqué par lui, c'est-à-dire la surdité survenant brusquement avec des symptômes apoplectiformes. C'est à tort qu'on a voulu y faire rentrer tous les cas d'altérations de l'ouïe avec bourdonnements et vertige, qu'on peut observer dans le cours des lésions les plus variées de l'appareil auditif, traumatismes, otites moyennes, corps étrangers, etc.

Symptômes et marche. — Généralement le début est brusque;

la maladie atteint des sujets robustes, au milieu d'une santé parfaite, et affecte la forme de l'apoplexie cérébrale. Habituellement la fonction auditive était jusque-là intacte; quelquefois il y avait eu déjà des vertiges et des bourdonnements, parfois le malade tombe brusquement sans connaissance; dans d'autres cas, il y a des vertiges, des bourdonnements, des nausées, des vomissements, de la surdité; la marche est chancelante. Si l'attaque est allée jusqu'à la perte complète de connaissance, au bout de quelques instants, la connaissance revient, mais on observe une pâleur très grande de la face, qui est couverte d'une sueur froide. En même temps le malade accuse des nausées, du vertige; sa démarche est vacillante, il a des vomissements, de la surdité le plus souvent bilatérale. Généralement la fonction auditive est complètement abolie; la perception par les os de la tête fait défaut; de même, les vibrations du diapason ne sont pas perçues.

Les vertiges et les troubles de l'équilibre persistent plus ou moins longtemps après l'attaque. Ils sont surtout marqués dans l'obscurité, et pendant la marche avec les yeux fermés. Ces troubles eux-mêmes finissent par s'améliorer; mais d'autres fois ils persistent pendant de longues années, en même temps que la surdité. Quelquefois il n'y a pas de nouvelle attaque. Mais le plus souvent, au contraire, on voit tôt ou tard survenir des attaques nouvelles, et à chacune d'elles les bourdonnements, les vertiges et la surdité font de nouveaux progrès.

Étiologie. — Les causes sont souvent difficiles à déterminer, les sujets étant frappés au milieu de la santé la plus robuste. Déjà nous avons vu Ménière attribuer dans son observation la maladie à un refroidissement; Brunner, dans un cas, a admis comme cause une forte chaleur. Enfin, on l'a vue survenir dans le cours de la syphilis, du tabes, de la leucémie. Nous avons dit qu'elle pouvait succéder au traumatisme.

Diagnostic. — Il se fonde sur l'ensemble des symptômes précédemment décrits; l'absence de phénomènes de paralysie d'autres nerfs crâniens et médullaires aide encore à différencier cette affection d'une maladie des centres nerveux. Politzer fait remarquer que le diagnostic est surtout évident dans les cas où la maladie survient subitement, en dehors de tous prodromes, avec intégrité complète de l'oreille moyenne et de la membrane du tympan.

Pronostic. — Il est extrêmement défavorable. C'est seulement

dans des cas récents et exceptionnels qu'on a vu la guérison. Le plus souvent la maladie se prolonge et aboutit à une surdité absolue.

Traitement. — Il doit consister tout d'abord dans l'emploi des révulsifs cutanés (vésicatoires, cautères, pointes de feu) et sur le tube digestif. A l'intérieur, les préparations iodurées et mercurielles, surtout indiquées dans la syphilis, le bromure de potassium, le sulfate de quinine à haute dose, conseillé par le professeur Charcot, rendent des services. Toutefois Politzer fait remarquer que le sulfate de quinine est moins utile dans la forme apoplectique de la maladie de Ménière, que dans les autres maladies de l'oreille accompagnées de vertiges et de bourdonnements.

2° OTITE INTERNE DE VOLTOLINI

Les inflammations primitives de l'oreille interne sont très rares. Beaucoup plus souvent elles succèdent à des otites moyennes purulentes. On peut trouver alors du pus dans le labyrinthe; on a observé la nécrose du limaçon; Politzer a vu une excroissance polypeuse sortant du vestibule et pénétrant dans la cavité tympanique.

Des inflammations purulentes secondaires du labyrinthe ont été vues dans des cas de méningite cérébro-spinale, dans des maladies infectieuses, fièvres éruptives, fièvre typhoïde, pyohémie.

Quant à l'inflammation primitive du labyrinthe, Schwartz a donné comme tel le cas d'une femme syphilitique, chez laquelle on trouva, à l'autopsie, du pus dans l'oreille interne; mais il y avait aussi une accumulation purulente entre la dure-mère et le rocher au voisinage du ganglion de Gasser. Il est donc bien plus probable que l'inflammation du labyrinthe a été consécutive à la méningite.

Voltolini a signalé chez les enfants l'inflammation aiguë du labyrinthe. On verrait survenir chez des sujets jusque-là bien portants, de la fièvre, des vomissements, des convulsions, du délire, en un mot, tous les symptômes de la méningite. Mais ce qui différencierait cette affection de l'inflammation des méninges, c'est sa durée. Au bout de peu de temps, en effet, quatre ou cinq jours environ, on voit disparaître tous les symptômes, à l'exception des troubles de l'équilibre et de la surdité. Dans la méningite, au contraire, les phénomènes se prolongent toujours pendant plusieurs semaines.

Toutefois cette distinction a paru subtile à beaucoup d'auteurs qui

n'ont vu là qu'une méningite circonscrite avec troubles auditifs. Politzer fait cependant remarquer que l'inflammation primitive du labyrinthe chez les enfants ne doit pas être absolument rejetée. Il s'appuie sur une autopsie qui lui est personnelle.

III

LÉSIONS DIVERSES DU LABYRINTHE ET DU NERF AUDITIF

Il est encore un grand nombre de circonstances qui peuvent amener l'abolition de l'audition. Nous ne pouvons faire que les signaler ici. Tout d'abord nous mentionnerons les tumeurs ou néoplasmes de l'oreille interne. Le plus souvent il s'agit de néoplasmes secondaires qui ont pris leur point de départ dans l'oreille moyenne ou dans la cavité crânienne. Il est toutefois des exemples de cholestéatomes envahissant l'oreille interne, comme nous en avons signalé dans l'oreille moyenne et dans l'apophyse mastoïde.

On a vu des cas de tumeurs primitives du nerf auditif, sarcomes et gliomes. Une dégénérescence de l'extrémité terminale de ce nerf, diverses lésions cérébrales, pourront encore amener la perte de l'audition.

Dans tous ces cas, le diagnostic de l'origine de la surdité repose sur l'abolition complète des perceptions auditives par les os du crâne. D'après Moos, quand la surdité résulte d'une lésion de l'oreille interne, l'excitation galvanique, même assez forte pour déterminer des contractions des muscles de la face, sera impuissante à faire naître des sensations subjectives.

CHAPITRE V

MALADIES DE L'APPAREIL OLFACTIF

L'appareil olfactif comprend le nez et les fosses nasales, auxquelles sont annexés la cavité naso-pharyngienne, ou arrière-cavité des fosses nasales, et les sinus frontaux et maxillaires. Nous décrirons successivement les affections de ces diverses régions.

ARTICLE PREMIER

MALADIES DU NEZ

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU NEZ

Sous ce titre nous étudierons les contusions, les plaies et les fractures des os propres du nez.

1° CONTUSIONS DU NEZ

La portion cartilagineuse du nez, mobile, fuit devant les corps contondants; de plus, la densité des tissus qui la composent s'oppose à la formation d'ecchymoses et d'épanchements sanguins. La base ou portion osseuse du nez est au contraire exposée aux contusions, qui donnent lieu à l'écoulement de sang par les narines ou épistaxis, à des bosses sanguines et à des ecchymoses qui s'étendent aux paupières et aux parties latérales du nez.

Les contusions violentes s'accompagnent fréquemment de fractures des os du nez; elles sont parfois suivies de la formation d'abcès sous-muqueux ou sous-cutanés. Enfin, quand la violence est considérable, le choc peut être transmis à la base du crâne et donner naissance à tous les symptômes de la commotion cérébrale.

2° PLAIES DU NEZ

Les piqûres limitées aux parties molles n'ont pas de gravité; si elles pénètrent jusque dans les fosses nasales, elles peuvent s'accompagner d'emphysème. Enfin des instruments piquants pénétrant profondément et de bas en haut dans les fosses nasales peuvent atteindre la base du crâne et déterminer une fracture de la lame criblée de l'éthmoïde.

Les plaies par instrument tranchant n'ont que peu d'importance lorsqu'elles n'intéressent pas les os et les cartilages, et qu'elles ne pénètrent pas dans les fosses nasales. Mais si ces dernières cavités