

SYPHILIS SECONDAIRE DE L'OREILLE (1).

A sa période secondaire, la syphilis peut déterminer, du côté de l'organe de l'ouïe, des lésions multiples, dont la gravité varie suivant le siège qu'elles occupent.

Elle est susceptible d'affecter, mais avec une fréquence inégale, tous les districts de l'appareil auditif, à savoir :

- Le pavillon;
- Le conduit auditif externe;
- La trompe d'Eustache;
- L'oreille moyenne;
- L'oreille interne.

I. — Le **pavillon** ne doit être cité ici que pour mémoire. Faire l'histoire des lésions spécifiques qui l'envahissent serait rééditer celle des syphilides cutanées, dont elles ne diffèrent en rien.

II. — Les **syphilides du conduit auditif externe**, sans être plus spéciales, se recommandent cependant à l'attention par quelques détails cliniques qui leur sont propres.

Ainsi, en raison de la conformation du canal dans lequel elles siègent, elles ont des conséquences particulières.

Une des premières est l'*atrésie du conduit* auditif externe, résultant de l'infiltration périphérique. Cette atrésie détermine une *diminution plus ou moins notable de l'acuité auditive*.

Puis, sèches à leur début, ces syphilides ne tardent pas à devenir érosives et à sécréter un liquide purulent, lequel, en raison de l'atrésie concomitante, tend à stagner dans le conduit. De cette stagnation dans un milieu déjà infiltré et ulcéré résulte bientôt une véritable dermite, laquelle aboutit à son tour, comme conséquence inévitable, à une *otite externe diffuse*.

Cette otite est très douloureuse; elle empêche notamment la mastication, le condyle de l'articulation temporo-maxillaire venant, à chaque mouvement des mâchoires, exercer une compression sur les surfaces enflammées.

Le diagnostic de ces syphilides est facile, aussi bien en raison de leur aspect *sui generis* que de la présence habituelle d'autres accidents spécifiques contemporains.

Toutefois, lorsqu'elles revêtent le type papulo-hypertrophique, elles peuvent être confondues avec les végétations polypeuses de l'oreille. L'erreur est d'autant plus facile à commettre que, dans certains cas, elles ressemblent d'une façon absolue, comme aspect et

(1) Ce chapitre a pour auteur M. le Dr Hermet.

comme forme, aux polypes non pédiculés, à large base d'implantation. Il est arrivé à plus d'un auriste de les opérer avec le serre-nœud, comme un polype ordinaire.

Abandonnées à elles-mêmes, les syphilides du conduit, qu'elles soient papuleuses, érosives, papulo-érosives ou hypertrophiques, affectent toujours une longue durée (de plusieurs semaines à plusieurs mois).

Tout au contraire, convenablement traitées, elles guérissent en quelques jours.

Voici le plus simple et le meilleur traitement à leur opposer. Après avoir pratiqué un abondant lavage du conduit avec un liquide antiseptique (eau bouillie, additionnée d'acide borique ou de liqueur de Van Swieten), on cautérise toute la surface des lésions soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution concentrée du même sel dont on imprègne un tampon d'ouate proportionné comme volume au diamètre du conduit. — Consécutivement, pansement avec ouate sèche.

Ces cautérisations doivent être renouvelées tous les jours jusqu'à guérison.

Elles sont quelquefois douloureuses. Il convient, dans ce cas, de les faire précéder d'un badigeonnage à la cocaïne (de 10 à 15 p. 100).

Les lavages doivent être faits aussi souvent que la sécrétion du pus l'exige. Il y a, en effet, un intérêt majeur à prévenir la stagnation de produits septiques dans le conduit auditif.

III. — **Trompe d'Eustache.** — En raison de ses rapports anatomiques avec les amygdales, le pharynx, les piliers et la luette, la trompe d'Eustache est une des localisations les plus habituelles de la syphilis secondaire.

C'est qu'en effet les plaques muqueuses abondent et surabondent, comme on le sait, au voisinage de la trompe. L'inflammation qu'elles importent là et que leur persistance y entretient peut finir par se propager à la muqueuse eustachienne. La trompe alors s'enflamme *symptomatiquement*. Or, comme elle est très étroite, la moindre phlegmasie suffit à en obstruer le calibre. Et tout aussitôt entrent en scène divers accidents qui constituent la symptomatologie usuelle et banale de l'*obstruction de la trompe*.

Ces accidents sont les suivants :

1° *Surdité*, dont l'intensité est proportionnelle au degré d'obstruction;

2° *Bourdonnements*, dont le timbre est invariablement le même, à savoir: le bruit que provoque l'application d'un coquillage contre l'oreille;

3° Quelquefois, mais seulement dans les cas d'obstruction totale, *vertiges*, résultant de la compression du liquide labyrinthique. En effet, la pression atmosphérique sur la membrane du tympan,

n'étant plus contre-balancée par celle de l'air qui normalement doit être contenu dans l'oreille moyenne, vient enfoncer la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale.

Voilà pour les symptômes subjectifs.

Quant aux symptômes objectifs, ils sont fournis par l'examen direct de l'oreille et de la gorge. Ils consistent en ceci :

Au spéculum, la membrane du tympan apparaît *concave*, appliquée, pour ainsi dire, contre la paroi interne de la caisse; — le manche du marteau prend alors, de ce fait, une direction oblique qui le fait paraître raccourci.

Le cathétérisme de la trompe permet de constater son obstruction, l'air n'arrivant pas jusqu'à l'oreille moyenne.

Dans la gorge, on trouve, soit sur les amygdales, soit sur les piliers, soit sur la luette, des plaques muqueuses avec leur zone inflammatoire habituelle. De là, conséquemment, tous symptômes usuels de la pharyngite, rougeur, infiltration, douleur, etc...

Enfin, lorsqu'on soupçonne la présence de plaques sur les pavillons des trompes, il faut, pour les apercevoir, pratiquer la rhinoscopie postérieure.

L'intensité des phénomènes auriculaires est subordonnée à l'intensité de la pharyngite; c'est dire que chez les fumeurs, les buveurs, etc., la surdité est plus considérable. — Elle dure aussi longtemps que la cause occasionnelle dont elle dérive.

Toute tentative de guérison par un traitement purement auriculaire est inutile, un débouchage de la trompe ne donnant que des résultats momentanés. De plus, à la période aiguë, le cathétérisme et la douche d'air ne sont pas sans danger; car, avec ces procédés, on risque de refouler dans la caisse les mucosités toxiques du pharynx et de déterminer ainsi une otite moyenne purulente.

Il est donc préférable à tous égards de différer le traitement local jusqu'à guérison des plaques muqueuses.

A ce moment, il suffit, dans l'immense majorité des cas, d'un seul cathétérisme pour faire disparaître la surdité et les bourdonnements.

Mais l'inflammation de la trompe n'est pas seulement importante par elle-même. Elle l'est aussi et surtout, ainsi qu'on va le voir, en tant qu'intermédiaire possible entre les lésions de la gorge et l'oreille moyenne.

IV. — **Oreille moyenne.** — L'otite moyenne purulente n'est qu'un accident assez rare dans la période secondaire de la syphilis.

Jadis on la croyait *primitive*, spontanée, directe, à la façon, par exemple, de l'iritis syphilitique. Et c'est là une erreur qui s'explique; car, à cette époque, on ne disposait pas des moyens d'investigation dont on dispose aujourd'hui. La rhinoscopie postérieure était encore inconnue, et il était par conséquent impossible de contrôler l'état des pavillons des trompes.

Mais, depuis qu'on sait éclairer les recoins les plus cachés du pharynx, cette otite n'est plus considérée, de l'aveu général, qu'au titre d'une affection secondaire, *deutéropathique*, dérivant par l'intermédiaire de la trompe de lésions gutturales. C'est donc, purement et simplement, un épiphénomène de ces lésions.

De cela voici la preuve. Étant donnée une otite moyenne survenue au cours de la période secondaire, on trouve invariablement, alors qu'on prend soin de pratiquer la rhinoscopie postérieure, une ou quelques plaques muqueuses au voisinage du pavillon de la trompe correspondant à l'oreille affectée. Il est bien manifeste, en ces conditions, que l'otite n'est qu'une extension, une propagation, par l'intermédiaire de la trompe, de l'inflammation de l'arrière-gorge.

Aussi bien, lorsqu'un syphilitique vient à se plaindre de douleurs auriculaires, l'obligation s'impose-t-elle au médecin d'inspecter non seulement l'oreille, mais l'arrière-gorge, et cela par les procédés de la rhinoscopie postérieure.

Que trouve-t-on alors? Ceci, sans parler, comme anamnèse constante, de douleurs pharyngiennes et auriculaires violentes avec irradiations craniennes :

Du côté de l'oreille, tous signes usuels d'otite moyenne : membrane tympanique hyperémiée, rouge et d'un rouge vif; — en plus, convexe en dehors (repoussée qu'elle est par l'exsudat purulent contenu dans la cavité de la caisse); — surdité.

Du côté de la gorge, lésions spécifiques, sous forme de plaques muqueuses, avec zone inflammatoire périphérique; — et notamment, d'une façon presque invariable, localisation d'une de ces plaques sur le pavillon.

Pronostic. Traitement. — Cette otite secondaire de la syphilis est grave au titre de toutes les affections aiguës de la caisse. C'est assez dire qu'il faut la traiter énergiquement, et cela dès l'invasion de son premier symptôme. — Comment?

Je dirai d'abord qu'il est peu de secours à attendre, pour soulager l'acuité des douleurs, d'une foule de moyens qu'on trouve recommandés partout, tels que : applications d'eau froide ou d'eau chaude, cataplasmes laudanisés, instillation de gouttes calmantes, saignées, etc. L'antipyrine et les sels de quinine restent le plus souvent sans résultats. Seule, la morphine en injections parvient à apaiser quelque peu la douleur.

Mais voici qui est plus important : instituer une aseptie rigoureuse des premières voies respiratoires; — cautérisations des plaques gutturales au nitrate d'argent; — gargarismes émollients très fréquemment répétés; — suppression de toute cause susceptible d'irriter une muqueuse déjà enflammée (tabac, alcool); — et surtout, par-dessus tout, intervention chirurgicale hâtive, laquelle calme immé-

diatement la douleur et le processus hyperémique dans des proportions considérables.

Donc, dès que l'on constate la *voussure pathognomonique* du tympan, l'indication formelle est de pratiquer la paracentèse et de la pratiquer largement, suivant un manuel opératoire que je n'ai pas à décrire ici (1).

Que s'il s'est déjà fait une perforation avant l'examen du médecin, juger si elle est suffisante à permettre le libre écoulement du pus, et, au cas contraire, l'élargir.

Pour être une opération facile et simple, cette paracentèse n'en est pas moins une opération douloureuse. Il y a donc indication à la faire précéder d'instillations dans le conduit auditif d'une solution de cocaïne (de 10 à 15 p. 100), cela pendant une dizaine de minutes. — A noter que la cocaïne n'agit pas seulement comme anesthésique local; elle jouit aussi, bien sûrement, de propriétés décongestives.

Dès que la paracentèse a été pratiquée, il convient de faire passer une douche d'air par insufflation avec la poire de Politzer, pour évacuer absolument la caisse et refouler dans le conduit auditif tout le liquide qu'elle contient. — Laver alors ce conduit par une injection d'eau tiède, préalablement stérilisée par ébullition.

Ces lavages (toujours précédés d'une douche d'air) seront renouvelés plusieurs fois par jour. Combien de fois? Aussi souvent que cela sera nécessaire pour éviter la stagnation du pus, c'est-à-dire plusieurs fois par jour dans les premiers temps. Au delà, lorsque la sécrétion diminue, deux par jour deviennent suffisants. C'est dire que la fréquence des lavages reste subordonnée à l'abondance de la suppuration.

Dans l'intervalle de ces lavages, le conduit auditif sera bourré de gaze iodoformée ou salolée.

Bien entendu, malade à la chambre pendant toute la durée de ce traitement. — En cas d'élévation de température, sels de quinine.

La durée moyenne d'une telle affection n'est guère inférieure à six semaines.

Sa terminaison est toujours favorable alors que le traitement est intervenu de bonne heure. La *restitutio ad integrum* se fait même d'une façon complète en ce sens que la perforation se cicatrise et que l'ouïe redevient normale.

V. — **Oreille interne.** — L'oreille interne n'est que très rarement affectée au cours de l'étape secondaire; mais, quand cela lui arrive, c'est toujours d'une façon grave, et des plus graves.

Et, en effet, le type pathologique que l'on rencontre en l'espèce n'est rien moins que cette terrible, cette lamentable forme de surdité à laquelle, non sans raison, on a donné le nom de **SURDITÉ FOU-DROYANTE.**

(1) Je prie le lecteur de se reporter sur ce point à mes *Leçons sur les maladies de l'oreille.* Paris, 1892.

Cette surdité foudroyante, je n'ai pas à la décrire ici, puisque, constituant en général une manifestation d'ordre tertiaire, elle a sa place naturelle dans une autre partie de cet ouvrage. En quelques mots, seulement, j'en résumerai les symptômes principaux.

Trois particularités en composent la caractéristique, à savoir :

1° Une surdité qui s'établit, se confirme et se complète d'une façon *incroyablement rapide*, c'est-à-dire en quelques semaines, voire en quelques jours (!). Elle débute de la façon la plus inopinée; — puis elle s'accroît de jour en jour, littéralement, chaque période de vingt-quatre heures se signalant par un progrès notable dans l'affaiblissement de l'ouïe. Si bien que le malade peut devenir sourd en une quinzaine ou même plus hâtivement encore (six jours, dans un cas de Moos). — Et ce qu'il y a de pis, c'est que l'affection a tendance à se bilatéraliser.

2° Une *résistance presque constante à toute thérapeutique.*

3° L'*absence absolue de toute lésion appréciable*, soit du côté de l'oreille, soit du côté de la trompe. En sorte que l'on constate des symptômes fonctionnels, et des symptômes fonctionnels des plus intenses, sans en trouver la moindre raison dans l'examen otoscopique.

Cette affection étant encore peu connue, je crois qu'il ne sera pas sans utilité d'en produire ici un spécimen.

Une jeune fille de vingt-cinq ans, d'excellente constitution, absolument indemne de toute tare héréditaire, contracte la syphilis en mai 1884. — Traitement dès le début. — Comme symptômes, rien autre, dans les premiers mois, que quelques plaques muqueuses sur la langue et les amygdales.

Le 5 novembre, maux de tête. — Six jours après, en s'éveillant, cette jeune fille s'aperçut qu'elle « avait la bouche de travers et ne pouvait fermer l'œil gauche ». — Le lendemain, elle fut prise brusquement de bourdonnements d'oreille et d'étourdissements. Elle rentra chez elle et constata alors avec stupeur qu'elle entendait difficilement la voix de sa mère. — Le troisième jour, la surdité avait encore augmenté. — Bref, quelques jours après, la surdité était absolue, au point que la malade était obligée de se servir d'une ardoise pour correspondre avec sa famille.

Alors, traitements divers : pilules mercurielles, électricité, cathétérisme de la trompe, révulsifs sur les apophyses mastoïdes, etc. — Disparition rapide de la paralysie faciale, mais persistance d'une surdité complète.

En avril, la malade étant entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Pr Fournier, je l'examinai avec grand soin, après avoir appris d'elle ce qui précède. — Aucune perception auditive. — Appareil transmetteur absolument indemne. — Vibrations du diapason non perçues ni à distance ni sur les os du crâne.

Traitement spécifique — Courants continus. — 96 injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine, suivant la méthode recommandée par M. le Dr Politzer. — Absolument aucune modification dans l'état de l'ouïe.

A diverses reprises depuis lors et ces derniers temps encore (1898), j'ai

revu cette jeune malade. Or, son état est toujours resté le même, en dépit de nombre d'autres tentatives thérapeutiques.

C'est donc prodigieux, on le voit. Une surdité qui s'établit soudainement, qui aboutit en quelques jours à l'abolition absolue de l'ouïe, puis qui persiste au delà d'une façon définitive, en résistant à tous les efforts de la thérapeutique, cela semble presque du roman.

Ajoutez encore que cette forme de surdité a pour habitude de faire invasion dans des syphilis par ailleurs très usuelles, bénignes même, et non entachées du moindre facteur de gravité.

Que peut-elle être donc ? Relève-t-elle d'une lésion du nerf auditif, ou bien d'un foyer plus profond, encéphalique, ou bien d'une apoplexie labyrinthique, etc. ? Les seuls renseignements dont nous disposions sur ce point nous sont fournis par une autopsie de Moos qui, dans un cas de ce genre (à savoir sur un sujet syphilitique devenu sourd en six jours et ayant succombé à une maladie intercurrente), a constaté ceci :

Le périoste vestibulaire était légèrement épaissi. — Le tissu cellulaire qui se trouve entre la paroi osseuse du vestibule et la paroi membraneuse était hyperplasié et infiltré de petites cellules.

L'infiltration cellulaire se retrouvait dans le périoste de la lame spirale osseuse et dans toutes les portions de la lame spirale membraneuse, mais était plus particulièrement marquée dans l'organe de Corti, dont il était impossible de distinguer les éléments.

Le tronc du nerf auditif n'était pas altéré.

D'après cela, donc, l'affection paraîtrait relever d'une lésion labyrinthique. Mais, bien manifestement, il ne saurait suffire d'une seule autopsie pour fixer une question de cet ordre.

En tout cas, ce qui est éminemment curieux, c'est que des lésions de ce genre puissent être appelées à se produire dans la période secondaire, voire dans les premiers temps de cette période, et qu'une fois produites elles ne soient plus sujettes à régression. Or, nul doute sur l'un et l'autre de ces points.

Ainsi, d'une part, on a observé plusieurs fois la surdité foudroyante au cours de la période secondaire et jusque dans les premiers mois de l'infection (exemples : au sixième mois dans un cas du P^r Fournier, au cinquième dans le cas précité).

Et, d'autre part (réserve faite pour un seul cas dont il va être question), l'affection est restée jusqu'à ce jour absolument rebelle à tous les efforts de la thérapeutique. Bien que traitée dès le début, bien que soumise à des médications énergiques et variées, elle n'a jamais rétrogradé, elle n'a jamais guéri. A ma connaissance, tous les malades qu'elle a rendus sourds sont restés définitivement sourds. Je ne connais à cette règle qu'une seule exception qui vient de m'être

communiquée par M. le P^r Fournier. Ce fait, qu'il a observé en ville avec MM. les D^{rs} Hirschfeld et Landowski, mérite à coup sûr d'être enregistré ici. En voici le sommaire :

Homme de trente-six ans, bien constitué. — Syphilis en août. — Chancre induré, suivi de roséole. — Traitement depuis septembre par liqueur de Van Swieten et iodure de potassium alternativement.

En février, grippe légère, qui dure cinq jours. — A ce moment, l'oreille gauche s'affecte. Diminution de l'ouïe, et vertiges des plus intenses, au point que le malade trébuche. — Injections quotidiennes de peptonate (à 2 centigr.) et iodure de potassium, 5 gr. par jour. — Néanmoins l'ouïe diminue de jour en jour, et bientôt s'abolit absolument. Le malade en arrive à ne plus percevoir le diapason le plus aigu. — Vertiges disparus.

Vers la fin d'avril, l'oreille droite se prend à son tour. — Diminution extrêmement rapide de l'ouïe, voire appréciable d'un jour à l'autre (!).

Examen de l'une et l'autre oreille absolument négatif. — Aucune lésion appréciable. — Du reste, excellent état général; appétit, toutes fonctions intactes. — Réflexes rotuliens conservés; nul signe de tabès.

Le 14 mai, on décide de recourir aux *injections de calomel*, tout en continuant l'administration de l'iodure. — Six de ces injections sont pratiquées.

Le 11 juillet, amélioration surprenante. — Oreille droite entendant à 40 mètres. — Oreille gauche percevant la voix à un mètre. — On continue le traitement.

En novembre (d'après un renseignement qui vient de m'être fourni par le D^r Landowski), « l'état de l'ouïe s'est tellement amélioré que le malade entend le moindre chuchotement et distingue les paroles prononcées à voix basse ».

FIÈVRE SYPHILITIQUE.

Deux erreurs ont longtemps eu cours dans la science relativement à la question qui va nous occuper.

D'après l'une, la syphilis serait foncièrement et essentiellement une maladie apyrétique, incapable de développer la fièvre. Un ancien n'avait-il pas dit : « Morbus gallicus est morbus absque febre. » ? « La vérole ne connaît pas la fièvre », avait-on répété à sa suite.

D'après la seconde des erreurs en question, la syphilis pourrait bien quelquefois déterminer des accidents fébriles, mais seulement à l'occasion et par l'intermédiaire de certaines de ses manifestations à processus inflammatoire ou éruptif. Des accidents fébriles « symptomatiques », voilà tout ce qu'on lui concédait autrefois.

Or, contradictoirement à ces vieux préjugés, l'observation moderne a établi :

1° Que la syphilis, loin d'être une affection invariablement apyrétique, est l'occasion fréquente d'accidents fébriles ;