

Pendant plusieurs jours ce sont là les seuls symptômes observés, puis un gonflement œdémateux apparaît derrière l'oreille; à la longue, le pus enfermé dans cette cavité finit par repousser la lamelle osseuse qui du côté de la face externe limite les cellules; cette paroi s'amincit et se laisse enfin perforer. Ainsi se forme un abcès sous-périostique dont l'ouverture met à nu la cavité des cellules mastoïdiennes. Bien que la guérison de semblable lésion soit toujours fort longue, la formation d'un abcès sous-périostique est un des modes de terminaison les plus heureux de la maladie. L'inflammation peut en effet, dans le cas contraire, se communiquer aux méninges et au cerveau, et donner lieu à une encéphalo-méningite mortelle. Dans d'autres circonstances, survient une phlébite du sinus latéral qui détermine la mort par infection purulente.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours facile de différencier l'affection qui nous occupe d'avec la périostite. Cependant au début, l'existence d'un empatement œdémateux, la rougeur et la perforation de la région, feront songer au développement d'une périostite. Plus tard, lorsque la lamelle osseuse a été perforée, il est bien difficile de reconnaître la nature de la lésion que l'on a sous les yeux.

Traitement. — Les révulsifs, les émissions sanguines locales sont absolument inutiles dans ce cas. Sans perdre un temps précieux à cette médication, le chirurgien pratiquera le plus tôt possible l'incision de WILDE, puis si les douleurs ne se calment pas, il faut ouvrir les cellules mastoïdiennes. Exécutée pour la première fois au siècle dernier par J.-L. PETIT, et ayant occasionné la mort de J.-J. Berger, médecin du roi de Danemark (1795), cette opération était tombée en désuétude. Elle a été reprise plus tard par SAISSY, ITARD, FORGET, FOLLIN. On la pratique soit avec un bistouri court et solide, soit avec une tréphine. Les résultats sont généralement très satisfaisants : sur cent vingt trépanations réunies par GERVAIS, la mort serait survenue vingt fois.

CHAPITRE VIII

MALADIES DE L'OREILLE INTERNE

§ 1^{er}. — Lésions inflammatoires de l'oreille interne. — Affections du labyrinthe

Malgré les recherches modernes, nous n'avons pas encore de connaissances bien complètes sur les maladies du labyrinthe. Les notions que nous possédons sur l'anatomie pathologique de ces diverses affections sont peu nombreuses, et les symptômes se retrouvant absolument les mêmes dans les différentes lésions, il est difficile d'établir des types cliniques bien tranchés.

1^o HYPERHÉMIE

La congestion de l'oreille est une affection assez fréquente. Elle complique souvent les fièvres graves; de plus, chez les rhumatisants, les goutteux, les

herpétiques, on observe aussi des congestions de ce côté. Enfin, les travaux de CL. BERNARD, MAGENDIE, LABORDE, nous ont démontré l'influence spéciale qu'exercent sur l'oreille les lésions du trijumeau, du bulbe, du sympathique et du ganglion de Gasser.

Symptômes. — Trois phénomènes principaux décèlent la congestion de l'oreille interne : 1^o une surdité plus ou moins accusée; 2^o des bourdonnements; 3^o des vertiges. Comme dans toutes les maladies du labyrinthe, les bourdonnements consistent en bruits musicaux, tantôt incessants, tantôt passagers; ces bruits deviennent plus intenses après les repas, pendant la digestion, ou lorsque le malade se baisse. Les variations de température ont une influence assez marquée sur leur apparition ou leur augmentation.

Traitement. — La thérapeutique est variable suivant la nature de la maladie. D'une façon générale cependant, on se trouvera bien de l'emploi des purgatifs salins, et de l'usage des médicaments qui excitent la sécrétion de la pituitaire et des glandes salivaires (iodure de potassium, chlorhydrate de morphine). Mais ce sont les révulsifs et les courants continus qui ont donné les meilleurs résultats.

2^o OTITE LABYRINTHIQUE AIGÜE

Sous ce nom, VOLTOLINI décrit une affection presque spéciale à l'enfance, qui se manifeste par une fièvre violente, de la céphalalgie, du coma. Ces symptômes s'amendent rapidement, mais la maladie laisse comme trace de son passage une surdité parfois absolue; de plus, lorsqu'on met les petits malades sur leur séant, ils chancellent comme pris de vertige. Un certain nombre d'auteurs, en particulier DUPLAY, croient que cette otite prétendue n'est qu'une méningite localisée, ou une inflammation des ventricules. Pour LADREIT DE LACHARRIÈRE, au contraire, il s'agit d'une entité morbide spéciale, qui serait plus fréquente qu'on ne se l'imagine. D'après cet auteur, l'otite labyrinthique peut être primitive ou consécutive, elle se montrerait alors dans le cours des fièvres graves, à la suite des méningites, ou serait consécutive à un état inflammatoire de la caisse (otite moyenne). Qu'elle soit primitive ou consécutive, la maladie est toujours d'une gravité extrême. Si, en effet, elle ne compromet pas toujours l'existence du sujet, elle occasionne habituellement une surdité incurable qui, vu l'âge de l'enfant, entraîne fatalement la mutité.

3^o MALADIE DE MÉNIÈRE

SYNONYMES. — Otite labyrinthique aiguë. — Hémorragie du labyrinthe. — Syndrome de MÉNIÈRE
Surdité apoplectiforme (KNAPP).

Bibliographie. — MÉNIÈRE, *Bull. de l'Acad. de médecine*, t. XXVI, 1861 et *Gaz. médicale*, 1861. — CHARCOT, *Progrès médical*, 1874. — LADREIT DE LACHARRIÈRE, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1875. — GUYE, *Revue mensuelle de médecine*

et de chirurgie, t. IV, 1880. — RAYNAUD (M.), *Revue médic. franç. et étrangère*, 1880.

Thèses de Paris. — 1874, BONNENFANT, VOURY. — 1875, LASBATS. — 1876, LEO. — 1878, MORISSET. — 1881, PALASNE DE CHAMPEAUX. — 1882, NAKACHIAN.

Ces différents termes servent à désigner un ensemble de symptômes que l'on rapporte à des troubles survenus du côté de l'oreille interne. Décrits pour la première fois par MÉNIÈRE, ils ont été étudiés par CHARCOT, KNAPP, LADREIT DE LACHARRIÈRE, DUFFIN, etc.

Symptômes. — Les principaux symptômes du mal sont les suivants : vertiges, nausées, état syncopal, tintements d'oreilles, bourdonnements passagers ou persistants, surdité. Cette affection présente deux formes bien tranchées, suivant son début. Parfois, au milieu des apparences de la santé la plus parfaite, un individu tombe subitement comme foudroyé. Les membres sont dans la résolution ; la face est pâle, baignée de sueur ; cependant la connaissance ne tarde pas à revenir, dans quelques cas même, il n'y a pas de perte de connaissance ; à la suite de l'attaque il persiste toujours des vertiges, des bourdonnements, une céphalalgie plus ou moins intense. « Jamais il n'y a d'embarras de la parole, de spasmes musculaires, soit dans la face soit dans les membres ; jamais dans ceux-ci on n'observe d'engourdissements, de fourmillements, aucune sensation rappelant une aura, jamais de paralysie ni de paresse temporaire » (CHARCOT). Les plus légers mouvements communiquent au malade l'impression du mal de mer ; la sensation vertigineuse est continue, le malade se cramponne aux objets qui l'environnent, la position horizontale seule atténue ce symptôme ; même dans cette position toutefois, la sensation d'équilibre instable continue.

La crise est beaucoup moins accentuée dans la deuxième variété ; il n'y a pas de perte de connaissance, le sujet est sain en apparence, mais il accuse de temps à autre une sensation de vertige qui, transitoire tout d'abord, devient ensuite permanente ; quelques-uns ont une tendance marquée à tourner sur eux-mêmes, ces divers états s'accompagnent à la longue de nausées, de vomissements. Tels sont les deux types principaux. Parmi ces symptômes, l'état syncopal, les vomissements, la céphalalgie ne sont que passagers, ils diminuent aux attaques suivantes et finissent par disparaître complètement ; les bourdonnements et les vertiges sont beaucoup plus durables, la surdité est constante. Chaque attaque, ainsi que l'avait fait observer MÉNIÈRE, peut être précédée d'un bourdonnement ; CHARCOT a vu des malades dont les crises étaient annoncées par un bruit de sifflement (aura). Les bourdonnements consistent ici en bruits sonores, musicaux ; ce sont souvent, dit LADREIT DE LACHARRIÈRE, des sifflements, des carillons de cloches, des chants d'oiseaux. Plusieurs malades entendent un orchestre complet. D'après les observations de KNAPP, la forme de la surdité varie beaucoup d'individu à individu, les uns n'entendent que les sons graves, d'autres perçoivent seulement les sons aigus.

Anatomie pathologique. — Nos données sur ce point sont très incomplètes. MÉNIÈRE, ayant pu examiner les oreilles d'une jeune fille morte avec tous les symptômes de la maladie, a constaté l'existence d'une exsudation hémorra-

gique dans les canaux semi-circulaires et le vestibule. VOLTOLINI et POLITZER, chez deux malades mortes avec fracture du rocher, et ayant présenté des signes indiscutables de l'affection qui nous occupe, trouvèrent un épanchement sanguin dans les canaux semi-circulaires, le labyrinthe et la cavité tympanique. En somme, rien de précis ; aussi MÉNIÈRE a-t-il dû s'appuyer sur les données de la physiologie pour arriver à localiser le siège du mal du côté du labyrinthe et des canaux semi-circulaires. FLOURENS avait démontré, dès 1822, que la section des canaux semi-circulaires produisait un mouvement de rotation déterminé par la direction même du canal, il était donc naturel d'attribuer les mouvements que nous avons signalés à une lésion de ces canaux. La surdité elle aussi est bien d'origine labyrinthique, nous n'en voulons pour preuve que la différence dans la perception des sons si variable avec les divers malades, et l'existence de bruits musicaux (voy. *Bourdonnements*.)

Étiologie. — La maladie de MÉNIÈRE est primitive ou consécutive. *Primitive*, son début est ordinairement brusque ; l'attaque frappe le malade en pleine santé. MÉNIÈRE, dans un cas de ce genre, a accusé l'influence du froid humide ; BRUNNER, une chaleur trop forte. Plusieurs auteurs font intervenir une prédisposition héréditaire ou acquise. *Consécutive*, la maladie peut survenir après une lésion de l'oreille, ou reconnaître pour cause une maladie diathésique. Dans un certain nombre d'observations, l'affection a succédé à une otite purulente ou a été occasionnée par des polypes de la caisse. Quelques auteurs ont voulu voir dans les troubles de l'ouïe qui se manifestent dans le cours des fièvres graves, un ensemble de lésions comparables à la maladie de MÉNIÈRE. Comme le fait remarquer DUPLAY, ce sont là des hypothèses que rien ne justifie. D'après LADREIT DE LACHARRIÈRE, la scrofule et la syphilis, parmi les diathèses, auraient la part la plus grande dans la production de cette redoutable lésion. Enfin la maladie peut être d'origine traumatique : elle se montre, par exemple, lorsqu'un coup porté sur un point quelconque du crâne a déterminé un ébranlement du labyrinthe, mais surtout après les fractures transversales du rocher.

Pronostic. — Le pronostic est des plus graves, tant au point de vue de la santé générale du sujet qu'au point de vue de l'avenir de la fonction auditive.

Traitement. — Malgré bien des recherches, nous sommes encore presque désarmés devant cette affection. On a successivement employé les révulsifs, le mercure, l'iode et leurs composés. L'électricité n'a pas donné de résultats. Le seul médicament qui a paru agir dans ce cas est le sulfate de quinine à la dose de 60 à 80 centigrammes par jour. On continue son usage pendant huit à quinze jours, sans tenir compte de l'exaspération apparente des bourdonnements ; on cesse pendant un temps égal, puis on reprend le traitement et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait obtenu le résultat désiré. Sous l'influence de cette médication, le vertige et les bourdonnements diminuent, mais la surdité s'accroît de plus en plus. C'est donc au détriment de la fonction qu'il semble anéantir, que le sulfate de quinine soulage le malade.

Dans ces derniers temps, CHARCOT a essayé le salicylate de soude à la dose de 2 grammes par jour pendant la première semaine, et 3 grammes pendant la troisième. Comme pour le sulfate de quinine, on interrompt le traitement pour le reprendre ensuite.

Pendant la période active du traitement, quel que soit le médicament employé, il y a une augmentation considérable des bruits subjectifs; l'amélioration survient généralement après la reprise du traitement; on n'a jamais obtenu de guérison complète, le malade conserve toujours quelques troubles d'équilibre.

§ 2. — Bourdonnements

Les bourdonnements constituent un des symptômes les plus fréquents des maladies de l'oreille. Ils gênent beaucoup les patients qui ne cessent d'attirer l'attention des médecins sur ce sujet. Les malades, en général, apprécient diversement les sensations qu'ils éprouvent. On peut cependant, d'après leurs récits, établir un certain nombre de types distincts. — 1° *Bruit de roulement ou de vague*. C'est tantôt le bruit que l'on perçoit en appliquant un coquillage sur l'oreille, tantôt celui qui résulte d'un roulement de tambour ou de voiture, entendu de loin. — 2° *Bruissement*. C'est le murmure du vent dans les feuilles, le bruit d'une chute d'eau entendue à distance. — 3° *Bruits musicaux*. Ils consistent en sifflements, piaulements, tintements métalliques, airs musicaux divers.

Ces bruits sont continus ou intermittents; nous devons en déterminer la cause, et rechercher les lésions auxquelles on peut les rattacher. LADREIT DE LACHARRIÈRE propose la classification suivante qui nous paraît des plus commodés et des plus rationnelles. Il divise les bourdonnements en trois catégories. — 1° *Bruits résultant de l'occlusion des voies naturelles: conduit auditif et trompe d'Eustache*. Ce sont en général des bruits de roulement, de vague. — 2° *Bruits de compression*. La compression exercée sur le labyrinthe par l'intermédiaire de la chaîne des osselets augmente la pression intra-labyrinthique; de là résultent des bruissements continus ou intermittents, suivant que la compression est elle-même continue ou intermittente. — 3° *Bruits labyrinthiques*. Ils sont toujours musicaux, on pourrait les traduire par une phrase musicale. Ces bruits sont dus à des altérations nerveuses ou à des alternatives d'augmentation et de diminution de la pression intra-labyrinthique. Leur intensité est quelquefois très grande, ils affectent alors un caractère de continuité tel, qu'ils poussent les malades au suicide.

Cette classification a pour elle l'avantage de la simplicité; de plus, un bruit étant donné, d'après sa nature on peut presque immédiatement en reconnaître la cause. On nomme *sensations sonores subjectives* tous les bruits que l'on peut rattacher à une altération quelconque de l'ouïe, mais il existe encore un certain nombre de bruits qui reconnaissent pour cause des vibrations sonores produites dans l'intérieur du corps; DUPLAY les désigne sous le nom de bruits internes; URBANTSCHITSCH, sous celui de bruits entotiques. Les affections du cœur, les anévrysmes du cou et de la tête s'accompagnent de bruits pulsatiles, avec tintements d'oreille qui seraient dus au retentissement des artères voisines. L'anémie et la chlorose s'accompagnent aussi de tintements métalliques; ces bruits, d'après BOUDET (de Lyon), seraient sous la dé-

pendance de la circulation dans la veine jugulaire interne, dont le golfe s'abouche dans le sinus par un orifice rétréci. A cette particularité anatomique se joindraient des troubles dynamiques de la circulation, qui auraient pour résultat d'en augmenter la vitesse. L'ingestion de certains médicaments, sulfate de quinine, salicylate de soude, occasionne des troubles semblables.