

cosités accumulées dans la caisse. Je ne suis même pas éloigné de croire que cette tension du tympan peut être aussi produite par un état rhumatismal des petits muscles qui meuvent les osselets, lesquels, dans leur contraction morbide, exercent

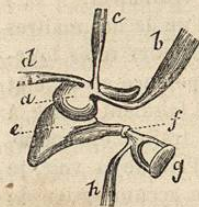


Fig. 36. — Osselets de l'oreille (*).

une action exagérée sur le tympan et sur l'étrier (fig. 36). Bien que cette supposition ne s'appuie encore sur aucun fait positif, je la recommande cependant à l'observation des praticiens. Mais ce qui semblerait la justifier jusqu'à un certain point, c'est que les symptômes, vertiges, nausées et titubations ne s'observent plus quand l'appareil de l'oreille moyenne est détruit.

Après avoir décrit en détail les signes de cette affection, Duplay ajoute que, en l'absence de renseignements suffisamment nombreux tirés de l'anatomie pathologique relativement au siège, il devient nécessaire d'analyser avec soin ses principaux symptômes en se basant sur les résultats fournis par l'expérimentation physiologique. On est ainsi forcément conduit, comme on va le voir, à rattacher ces symptômes à une lésion labyrinthique. Ces symptômes pathognomoniques sont : le vertige, les troubles de l'esprit accompagnés de mouvements rotatoires, enfin le bourdonnement et la surdité (1).

Mais on vient de voir que toute cette série de symptômes s'observe de la manière la plus accentuée dans les affections de l'oreille moyenne, et dès lors je ne comprends ni l'intérêt ni l'importance d'en exonérer cette partie de l'appareil pour en transporter exclusivement le siège à l'oreille interne.

Afin de corroborer mon opinion, je vais mettre en parallèle les symptômes attribués au labyrinthe, ceux qu'un honorable confrère éprouvait et qui n'étaient dus qu'à un engorgement muqueux de la caisse. C'est le malade qui parle.

(1) Duplay et Follin, *loc. cit.*, p. 173.

(*) a, marteau tenant à b, son muscle interne; c, son muscle antérieur; et d, son muscle externe; e, enclume; f, os lenticulaire; g, étrier; h, muscle de cet osselet. (Lud. Hirschfeld et Leveillé).

OBSERVATION XLVII. — M. A..., médecin fort distingué d'une des principales villes du Midi, vint me consulter il y a près de quatre ans.

Voici le récit qu'il me fit de son indisposition :

« Il y a environ deux mois, à la suite d'une angine légère et d'un coryza, j'éprouvai des maux de tête assez violents, des bourdonnements à l'oreille droite qui, pendant un mois, ne m'empêchèrent pas de vaquer à mes occupations nombreuses; mais bientôt à ces symptômes se joignirent des vertiges, des titubations qui me faisaient perdre l'équilibre, m'obligeaient parfois à chercher un appui afin d'éviter une chute; ces accidents qui se renouvelaient tous les trois ou quatre jours, se compliquèrent plus tard de vomissements opiniâtres suivis d'un malaise général indescriptible. Croyant à une affection des méninges, j'employai, pour la combattre, les moyens les plus énergiques; mais rien n'y fit; les accès de vertiges, de défaillance et d'étourdissement se succédèrent plus souvent et l'état général allait rapidement en s'affaiblissant. Mais, une chose qui m'étonnait pendant ces accès, c'est que je ne perdais jamais connaissance, et que je me rendais parfaitement compte de tous les phénomènes que j'éprouvais; cependant, je n'étais pas sans quelque inquiétude sur mon état, lorsque je lus votre mémoire sur les phénomènes nerveux réflexes, produits par la membrane du tympan. Malgré mon état de faiblesse, je suis venu à la hâte vous consulter. »

Tel est l'état dans lequel je trouvai mon intéressant malade : Stature élevée; constitution forte et robuste; visage pâle, décoloré, simulant un état anémique; pouls fort et régulier; démarche incertaine et inconfiante; muqueuse pharyngienne rouge dans toute son étendue, et surtout du côté de l'amygdale droite; le conduit auditif externe à l'état normal, la membrane du tympan pâle, très-sensible au toucher; dysécie assez prononcée de ce côté.

D'après son désir, je pratiquai immédiatement le cathétérisme de la trompe, suivi d'insufflations d'air simple; au troisième ou au quatrième coup de piston le malade éprouva un soulagement si subit qu'il en fut tout étonné; la tête lui paraissait plus dégagée; les idées plus libres et les bourdonnements à peine sensibles.

ARTICLE IV.

Bourdonnement.

Le bourdonnement ne saurait constituer une entité pathologique spéciale; malgré l'opinion contraire de quelques

praticiens, ce n'est qu'un symptôme lié à la plupart des affections de l'oreille, mais se rattachant toujours à une condition anormale du nerf auditif, primitivement affecté dans un point quelconque de son parcours, ou sympathiquement par une lésion de l'appareil de l'oreille moyenne ou externe. De même que dans les autres nerfs de l'économie, tout état morbide du nerf acoustique se traduit par une perversion quelconque dans l'audition sans qu'il y ait pour cela aucune lésion accessible à nos sens.

Depuis longtemps on a cherché à classer les bourdonnements et de réserver ce mot à ceux qui se caractérisent par le bruit de vagues, de cascade, de celui que produit la pluie en tombant sur un feuillage desséché, etc., et d'appeler *bruits musicaux*, les chants, le gazouillement d'oiseaux, le son de divers instruments, des cloches, etc. Mais tout cela est très-vague et ne peut donner aucune notion exacte sur le siège de la surdité, ni surtout fournir aucune donnée pour le traitement. Or, comme ce livre est, avant tout, essentiellement pratique, nous renvoyons tout ce qui a été dit à une étude de M. Delstanche fils, sur le bourdonnement de l'oreille (1), où l'auteur a recueilli et exposé les théories qui ont été émises sur ce sujet si obscur et si insaisissable dans ses causes comme dans ses effets. Afin de démontrer combien est difficile, dans l'état actuel de la science, toute classification des bourdonnements, eu égard à leur cause et à leur siège, nous reproduirons la lettre d'un malade instruit et très-intelligent qui, en proie à des bourdonnements continuels, en a fait le sujet d'une longue et consciencieuse étude.

Vaugirard, le 30 novembre 1872.

Monsieur le Docteur,

J'ai l'honneur de vous transmettre les renseignements que vous m'avez demandés sur mon état de surdité.

1° *Audition*. — Je n'entends absolument rien par l'oreille malade la droite). Je sens que le tympan en est flasque et complètement

(1) Delstanche, *Des bourdonnements*. Thèse pour l'agrégation, présentée à la Faculté de médecine de Bruxelles, 1872.

impuissant à la reproduction des sons. Si je fais pénétrer de l'air dans la caisse par la trompe, il va et vient comme l'âme d'un soufflet, à chaque insufflation. Si je me sers d'un cornet acoustique, pour mieux entendre, je n'éprouve aucun changement dans l'ouïe; la montre appuyée sur le pavillon n'est pas du tout entendue, tandis que je l'entends très-bien sur toutes les parties avoisinant cet appendice.

Le contact d'un stylet boutonné, ou le choc subit d'une colonne d'air, fait rendre au tympan un bruit sourd comme celui qu'on entendrait en frappant sur une peau de tambour très-distendue.

2° *Bruits*. — Ils sont continuels et très-variés, mais n'ont pas toujours la même intensité. Dans l'oreille même j'entends : sifflet de locomotive, cris de petits poulets, gouttelettes d'eau qui tombent dans un puits, coups de timbre ou de sonnette, etc.; dans la région du front et du crâne : vents coulis et bouillonnements de chaudière à vapeur.

Ces bruits sont soutenus par un bourdonnement incessant en *si* ou en *do*, qui en fait le fond, comme la basse dans un chœur de musique ou le bourdon dans un air de musette.

3° *Phénomènes particuliers*. — Lorsque je suis assis sur un banc avec d'autres personnes, elles et moi ayant le dos appuyé au dossier, j'entends quand les personnes parlent comme une voix de ventriloque dans le dos en même temps que je suis leur conversation par ma bonne oreille suivant les règles ordinaires. Si je me retourne et que j'appuie au-dessus seulement le côté correspondant à cette dernière, le phénomène cesse.

Si je me mets dans le sens opposé (côté correspondant à l'oreille malade), il se reproduit aussitôt.

Le fait s'explique suivant moi comme il suit : c'est que les sons transmis par le dossier à la colonne vertébrale ne viennent pas vibrer sur le tympan, comme ils devraient le faire, et n'arrivent au cerveau que par le nerf acoustique.

Étant dans un lieu tranquille et en repos, s'il se produit quelque bruit autour de moi sans que je m'y attende, bruit même léger, j'éprouve sur le tympan malade comme une commotion électrique, accompagnée du sifflement d'un coup de fouet. Le phénomène se reproduit fréquemment lorsque je suis au lit, dans de certaines positions, et sans qu'il soit occasionné par aucun bruit extérieur.

J'observe un effet semblable si je touche les abords du tympan avec un cure-oreille.

Souvent la nuit aussi j'entends comme des remuements de meubles et des détonations, alors que tout est fort tranquille dans ma chambre. Il y a peu de jours, au moment où j'allais m'endormir

le soir, une explosion d'arme à feu me fit bondir dans mon lit; je crus qu'on avait enfoncé ma porte et j'allais me lever pour m'en assurer lorsque je réfléchis que le bruit n'avait eu lieu que dans ma mauvaise oreille.

4° *Souffrances.* — Les bruits constituent un état extrêmement pénible, c'est un agacement, un tourment, un supplice. Lorsqu'ils sont très-forts et multiples, ils donnent lieu à des vertiges : je suis obligé parfois de faire de grands efforts pour ne pas me livrer à des actes de violence contre moi-même.

Ces bruits produisent des effets différents suivant leur siège et leur nature : ceux de la région frontale et crânienne (vents coulis, bouillonnements) abrutissent et donnent la migraine; ils ont en outre quelque chose de sinistre qui remplit d'effroi et de tristesse; ceux de l'appareil auditif (cris de petits volatiles, sifflets, etc.) agacent irritent et empêchent de dormir la nuit.

Le bourdonnement simple en *do* est celui qui me fatigue le moins. Je remarque, depuis quelque temps, qu'en entretenant le tympan humecté d'huile, je demeure presque habituellement avec ce dernier bruit, ce qui me ferait penser que la membrane malade ne serait peut-être pas tout à fait insensible à un traitement. Ce fait me porte à croire aussi que les bruits se produisent uniquement sur le tympan; une autre preuve de cette assertion, c'est qu'ils avaient complètement cessé lorsque cette membrane fut atteinte dernièrement par le nitrate.

Indépendamment des bruits, j'éprouve dans la tête une gêne, un malaise difficile à exprimer; parfois ce malaise est plus grand, et alors la tête est lourde, le tympan plus flasque et plus renfoncé, et j'entends un peu moins. Cela a lieu, je crois, lorsqu'il y a congestion.

Dans un milieu bruyant, je suis comme étourdi et ne puis plus me faire entendre des personnes qui m'écoutent; si l'on me parle un peu fort du côté de l'oreille malade, j'éprouve une sensation fort désagréable.

Ces observations prouvent que la membrane affectée n'est pas complètement insensibilisée; elle ne fonctionne pas, uniquement parce qu'elle est distendue; les jours où cette distension est moins grande, je me trouve beaucoup mieux.

Je suis avec un profond respect, monsieur le Docteur,

Votre très-humble et très-obéissant serviteur.

B....

Chez ce malade les nerfs acoustiques sont parfaitement sains et la surdité dépend uniquement de cet état du tympan qui, paralysé ou épaissi, arrête les ondes sonores et les empêche de pénétrer plus loin dans l'oreille moyenne, tandis qu'une perforation de cette membrane, si petite fût-elle, suffirait pour rétablir l'audition; et pourtant on verra que, malgré l'absence de toute lésion apparente de l'appareil auditif, ce malade éprouve toute la série des phénomènes nerveux subjectifs attribués généralement à une affection du labyrinthe.

En résumé, la question à résoudre est celle-ci : les symptômes décrits par Menière sont-ils la conséquence exclusive d'une affection du labyrinthe ou bien leur manifestation exige-t-elle le concours actif de l'appareil de l'oreille moyenne, surtout du tympan, pour en faire parvenir l'impression au cerveau ?

Les observations que j'ai recueillies démontrent, à n'en pas douter, la part active de la membrane du tympan, tandis qu'aucun fait nécroscopique n'autorise à en placer le siège exclusivement dans l'appareil de l'oreille interne. Il faut donc attendre de nouvelles recherches pour fixer le jugement sur ce sujet si délicat. Voici encore ce que l'observation m'a appris :

Lorsque l'appareil de l'oreille moyenne est détruit et que l'étrier est demeuré intact, comme je l'ai observé deux fois, on provoque facilement le vertige en le comprimant légèrement avec un stylet à tête aplatie. L'instrument remplace évidemment alors les autres agents qui, de l'oreille moyenne, viennent exercer une pression sur cet osselet et, par suite, sur les autres éléments constituant l'appareil de l'oreille interne, d'où les effets sont transmis à l'encéphale qui en est le centre principal. Aucun des deux malades n'éprouvait des bourdonnements; et pourtant la sensibilité des nerfs acoustiques, malgré ces désordres, était à peu près normale. Je recommande ce phénomène aux praticiens afin que, par des observations ultérieures, cette question de physiologie pathologique soit mieux élucidée. Quand il y a paralysie des nerfs auditifs, les auteurs sont d'accord sur l'absence des bourdonnements et surtout des vertiges, excepté pourtant Menière qui dit en avoir rencontré chez quelques sourds-muets; j'ai ques-

tionné plusieurs sourds-muets très-intelligents, et tous m'ont fait une réponse négative. Je crois donc que les sujets sur lesquels Menière a fait ses observations n'étaient peut-être pas tout à fait sourds, comme il s'en trouve beaucoup à l'institution : c'est un point à vérifier.

Afin de justifier l'importance du labyrinthe dans la production des phénomènes nerveux constituant la maladie de Menière, on invoque les belles expériences de Flourens qui, suivant que les canaux semi-circulaires sont divisés en totalité ou partiellement, l'animal tourne de droite à gauche, de gauche à droite ou garde l'équilibre, mais comme pris de vertige (1).

Golts (2), poussant plus loin l'importance des canaux semi-circulaires, suppose qu'ils sont les organes principaux du sens de l'équilibre de la tête, et conséquemment de tout le corps. « La terminaison des nerfs dans les ampoules et dans les canaux semi-circulaires serait excitée par pression ou par tension comme les nerfs tactiles de la peau. Le liquide contenu dans les canaux, obéissant aux lois de la pesanteur, distendrait davantage la partie déclive. Or, la pression du liquide variant avec les mouvements de la tête, il résulterait une excitation spéciale correspondant à chaque position de la tête. La perception par le cerveau de cette excitation nerveuse spéciale constitue le sens de l'équilibre qui agit comme un régulateur des mouvements. Si une portion des canaux semi-circulaires est intéressée, le cerveau reçoit une information inexacte de la position de la tête et est incapable de calculer et de diriger correctement ses mouvements ; d'où résulte le vertige et le trouble de la motilité. »

Voilà les phénomènes physiologiques sur lesquels Duplay, auquel nous les empruntons, base son opinion pour établir le siège de la maladie de Menière exclusivement dans le labyrinthe. Cette théorie de Golts, purement hypothétique et ne reposant sur aucun fait authentique, ne saurait infirmer nos propres observations. Duplay invoque aussi une observation

(1) Flourens, *Recherches expérimentales sur les fonctions et les propriétés du système nerveux*. Paris 1842, p. 438.

(2) Golts, *Archiv für Physiologie*, t. III, p. 332.

intéressante de M. Hillairet (1). Mais ici c'est l'otite moyenne purulente avec les excroissances polypeuses qui avaient déterminé, comme chez ceux que j'ai rapportés, les symptômes, vertiges, etc., que le malade éprouvait.

J'en dirai autant de l'*otite interne labyrinthique* de Voltini, laquelle, par la description que ce praticien en fait, paraît être la conséquence d'une méningite, de même que les deux faits nécroscopiques rapportés, l'un par Heller (2), et l'autre par de Luca (3), de deux individus qui ont succombé à la suite de méningites cérébro-spinales, et chez lesquels ils ont trouvé les cavités labyrinthiques remplies de pus. N'en serait-il pas de même du fait recueilli par Politzer (4), du malade atteint, à la suite d'une chute sur l'occiput, d'une fracture à la base du crâne qui se prolongeait à travers les deux pyramides. D'où « perte de connaissance pendant quelques heures ; surdité complète ; bourdonnement ; vertiges ; marche incertaine. Bientôt une méningite basilaire *purulente* que l'autopsie, dit Politzer, démontra avoir été produite par le passage de l'extravasat, en voie de suppuration, du vestibule gauche, dans le conduit auditif interne. »

Mais la méningite étant suppurée, et l'extravasat seulement en voie de suppuration, ce ne pouvait être du vestibule que venait le pus, puisqu'il n'y en avait pas encore, mais bien de la méningite où il était déjà abondant. C'est donc de l'intérieur du crâne que le pus avait plutôt pénétré dans le rocher ; et les phénomènes nerveux, simulant la maladie de Menière, me paraissent devoir être produits, ici surtout, bien plus par la méningite que par l'extravasat du vestibule.

De Rossi (5), après avoir analysé l'opinion de divers auteurs sur les altérations de l'oreille interne et les symptômes qu'elles peuvent produire, rend un hommage éclatant aux recherches de Menière ; puis il conclut par ces mots significatifs :

« La cavité de l'oreille interne, profondément située au sein

(1) Hillairet, *Mémoires de la Société de Biologie*. 3^e série, 1861, t. III, p. 181.

(2) Heller, *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. IV, p. 55.

(3) Luca, *ibid.*, t. V, p. 188.

(4) Politzer, *ibid.*, t. II, p. 88.

(5) Rossi, *Le Malattie de l'orecchio*. Genova, 1871, p. 565.

d'un os qui porte avec justesse le nom de *roche pénètreuse*, échappe complètement à nos recherches pendant la vie ; et à son examen après la mort, on ne peut que rarement en tirer des conclusions satisfaisantes. »

Les recherches nécroscopiques ont démontré que la congestion ou l'anémie cérébrale ; la formation d'un foyer apoplectiforme dans les ventricules ou à la surface du cerveau ; la présence d'un néoplasme à la base de cet organe ; l'hydrocéphalite ; la méningite cérébro-spinale et même les affections de la moelle épinière, peuvent déterminer des phénomènes en tout point semblables à ceux qu'on attribue aux affections du labyrinthe. S'il en est ainsi, comment apprécier le caractère des bourdonnements par rapport à la lésion qui le produit ? C'est donc là un phénomène trop vague pour en tirer des indications sérieuses pour le diagnostic ; tout au plus peut-il servir à corroborer la valeur des signes pathognomoniques quand ils existent.

CHAPITRE X

SURDITÉ PROPREMENT DITE.

C'est pour ne pas trop dévier de la méthode généralement suivie dans la classification des maladies de l'oreille que je vais consacrer un article spécial à la surdité proprement dite, existant sans lésions anatomiques apparentes.

En étudiant la manière dont le sujet est traité par presque tous les auteurs, ayant vu tout le vague qui règne dans leur diagnostic, et par suite dans le mode de traitement, j'ai cru devoir grouper tout ce que j'ai déjà dit sur les moyens presque infaillibles de constater la sensibilité du nerf acoustique ; ces moyens d'investigation, bien que secondaires peut-être dans le diagnostic des maladies précédentes, deviennent indispensables dans les surdités qui vont nous occuper.

Je ferai ici à peu près ce que les ophthalmologistes, après

avoir parlé des lésions des autres parties qui entrent dans la composition de l'œil, font à l'égard des maladies des yeux en traitant de l'amaurose. Seulement, quoique les maladies du nerf auditif se prêtent à la même classification, aux mêmes causes, etc., que le nerf optique et la rétine, je serai plus sobre dans les détails ainsi que dans les différentes dénominations qui servent à les désigner.

Cette nomenclature, appliquée aux variétés diverses de l'amaurose, est devenue si riche que, si elle est la véritable expression du progrès de l'oculistique, les oculistes modernes laisseront à leurs successeurs moins d'espace que celui qu'ils ont trouvé dans la classification que L.-J. Sanson leur avait léguée. On n'a, pour se convaincre de cette vérité, qu'à comparer la classification de ce praticien, avec celle de Sichel (1). La première ne reconnaissait que deux genres d'amauroses, la sthénique et l'asthénique ; tandis que la seconde en décrit quatorze variétés.

La surdité nerveuse, proprement dite, peut se diviser en deux sections : celle *symptomatique* et celle *provenant de la paralysie du nerf*.

ARTICLE 1^{er}.

Surdité symptomatique.

Quoique les auteurs consacrent un article spécial à la surdité symptomatique, je crois avoir suffisamment élucidé ce sujet en traitant des lésions l'appareil auditif pour n'avoir rien omis sur les nuances de la fonction de l'ouïe en rapport avec le degré différent que présentent ces lésions.

ARTICLE II.

Surdité idiopathique.

Il faut comprendre sous cette dénomination les surdités dues à une affection purement nerveuse et indépendante de toute altération organique.

(1) Sichel, *Iconographie ophthalmologique*. Paris, 1852-1859, in-4, section XL, *L'amaurose et l'ophthalmoscope*, p. 746.