

IX

NÉVROPATHIES DE L'OREILLE

Quand on envisage au point de vue pathologique et en allant vers la profondeur, les diverses parties de l'appareil auditif, on rencontre des troubles variés de catégorie nerveuse (*névropathies* ou *névroses*) (1).

I. Névroses de l'oreille externe. — Dès le conduit auditif externe, des troubles nerveux peuvent exister. Tantôt *anesthésies* que Lichtwitz signale chez les hystériques et qu'on peut aussi rencontrer dans les otites externes et moyennes de longue durée, dans les affections centrales (hémorragies et tumeurs du cerveau, du bulbe rachidien, méningite cérébro-spinale). Tantôt *hyperesthésies*, quand les nerfs sensitifs de l'oreille, trijumeau et autres sont en cause. Les altérations de la sécrétion cérumineuse chez les vieillards, comme certaines inflammations du conduit, peuvent être expliquées par des *trophonévroses*.

Le *traitement local* à employer, sans oublier le traitement général par les bromures, etc., consiste en vésicatoires devant le tragus, pointes de feu sur l'apophyse mastoïde et l'électricité en courants continus.

II. Névroses de l'oreille moyenne. — *a. NÉVROSES MOTRICES.* — Les petits muscles de la caisse (muscles du marteau et de l'étrier) comme ceux de la trompe d'Eustache peuvent être atteints de contractions cloniques ou toniques. Pour le muscle interne du marteau les contractions sont surtout cloniques. Elles coïncident souvent soit avec le tic convulsif de la face, soit avec un spasme des muscles tubaires. Symptomatiquement, on constate que la membrane tympanique se rétracte en dedans, tandis que se produit ce bruit de parchemin sec caractéristique des contractions de ce petit muscle. Celui de l'étrier offre plutôt des contractions toniques ou contractions. On les voit coïncider avec le blépharospasme. Comme symptômes on a noté des bourdonnements et du vertige. Quand les contractions des muscles tympaniques sont occasionnées par du

(1) GRAZZI, L'otologie (*Raccoglitore med.*, série IV, n° 13, 1885). — VERDOS, Anesthésie de la légion temporo-auric. dans les affec. chir. de l'or. (*Anales de otol. y laryng.*, III, 1885, p. 73). — ALTHAUS, Pathologie et traitement des traitements d'oreille (*Deutsche Arch. für klin. Med.*, Bd. XLII, V, n° 3). — CASTEX, Otologie dans les tum. mal. de l'arrière-bouche (*Rev. de chir.*, 1886). — COZZOLINO, Troubles psych. dans les mal. de l'or. (*Psichiatria*, 1887). — GELLÉ, Effets nuisibles de l'aud. par téléphone (*Soc. de biol.*, 15 juin 1889). — SUAREZ DE MENDOZA, L'audit. colorée. Paris, 1890. — KAYSER (de Breslau), De la diplacousie (*Congrès de Berlin*, août 1890). — DELSTANCHE, Obs. d'audit. colorée (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1891, p. 394). — GELLÉ, *Presse méd.*, 3 mars 1894. — GARNULT, Précis des mal. de l'or., 1895.

catarrhe de la caisse, leur traitement ne diffère pas de celui de cette dernière affection; sinon il y aura lieu de recourir aux courants galvaniques et faradiques, aux frictions devant et derrière le pavillon, à l'usage interne des bromures, iodures, du bromhydrate de quinine. Habermann, Garnault ont eu des succès en sectionnant le muscle de l'étrier.

Quand le spasme atteint les muscles de la trompe, il se produit des bruits secs et de l'autophonie. Ces contractions, plus fréquentes que celles des muscles tympaniques et rares néanmoins, coïncident le plus habituellement avec d'autres spasmes de l'extrémité céphalique (face, yeux, pharynx, larynx). On les combat par les moyens indiqués pour les muscles de la caisse, notamment par les massages de la région de l'oreille et par la galvanisation du voile du palais.

III. Otalgie. — Cette variété de névralgie a pour siège les diverses branches du trijumeau, du glosso-pharyngien et du grand sympathique qui vont innervier l'oreille. Elle peut être circonscrite à la cavité tympanique ou s'étendre à tout l'appareil auditif: en ce cas elle se rattache à une névralgie diffuse des deuxième ou troisième branches de la cinquième paire (trijumeau).

Les *causes* se trouvent quelquefois dans l'organe même (périnévrites par compressions), plus souvent dans le voisinage: tumeurs cérébrales, inflammations du ganglion de Gasser, rhumatisme temporo-maxillaire. C'est surtout au cours des diverses affections siégeant dans l'arrière-bouche, le larynx et les régions connexes que se déclarent les douleurs d'oreille à type discontinu ou continu: caries dentaires, sortie difficile de la dent de sagesse, amygdalites, tumeurs ulcérées ou non de la langue, du pharynx, du larynx, de l'extrémité supérieure de l'œsophage. La douleur qu'éprouvent dans l'oreille, sous forme d'élançements, les malades atteints de tuberculose laryngée, est un des symptômes les plus graves de cette redoutable affection. Parmi les otalgies réflexes, il faut rappeler celles de l'anévrisme aortique et des maladies de l'appareil sexuel. Quelques autres formes d'otalgies ne sont explicables que par une cause générale (hystérie, chloro-anémie, neurasthénie, syphilis, malaria).

Les *symptômes* de l'otalgie sont: des crises de douleurs très vives, pouvant apparaître brusquement et durer une ou plusieurs heures et qui s'accompagnent de bruits entotiques (bourdonnements); d'hyperesthésies ou d'hypoesthésies auditives, tandis que le pavillon de l'oreille et les parties environnantes présentent une rougeur plus plus ou moins accentuée.

L'affection peut prendre les trois marches: aiguë, intermittente, chronique.

Le *diagnostic* est facile à établir. On ne peut guère confondre l'otalgie qu'avec une variété d'otite. L'examen direct permet de faire la différenciation et de déterminer ce qui, dans un cas donné, appar-

tient à la névralgie pure ou à un processus inflammatoire antérieur. Dans la névralgie du pavillon, l'effleurement est douloureux, mais non la pression forte (Cozzolino). L'important est de déceler la cause en cherchant dans le système dentaire. Garnault fait justement remarquer qu'après l'extraction des racines un cal peut se former dans le fond de l'alvéole qui, en enserrant les fibres nerveuses peut entretenir l'otalgie. On cherchera tout particulièrement dans les régions respiratoires supérieures, par la rhinoscopie, la pharyngoscopie et la laryngoscopie. On n'oubliera pas de voir si l'otalgie ne se rattacherait pas à une névralgie trifaciale ou cervico-occipitale.

La notion de cause prime le pronostic comme le diagnostic. L'otalgie ne sera curable que dans les affections de l'appareil dentaire, les névralgies faciales et les états généraux sur lesquels a prise un traitement conforme.

Ce traitement doit avant tout s'adresser à la cause. L'examen fait par un dentiste et son intervention pourront s'imposer d'abord. On agira pour le mieux contre les affections chroniques des premières voies, s'il en existe. A défaut de ces indications on aura recours aux instillations *chaudes* dans l'oreille, à l'application de pointes de feu ou de vésicatoires sur la région mastoïdienne ou dans le haut de la région carotidienne, au massage local. (Poltzer.)

Garnault recommande spécialement le massage par la méthode de Kellgren (vibrations et frictions nerveuses). Les courants galvaniques sont encore un bon moyen. On mettra le pôle positif dans le conduit auditif et le pôle négatif sur la nuque. Les médicaments les plus recommandables en l'espèce sont : les sulfate, bromhydrate, chlorhydrate, valériane, quinquina, l'iodure de potassium à haute dose, l'antipyrine, l'aconitine.

Urbantschitsch recommande les inhalations de nitrite d'amyle dont il s'est très bien trouvé. Il a également obtenu de bons résultats avec la suggestion hypnotique ; enfin, quand les crises sont très violentes, on a recours aux injections sous-cutanées de morphine, ou on instille dans le conduit auditif quelques gouttes de la solution :

Extrait d'opium.....	1	gramme.
Chlorhydrate de cocaïne.....	1	—
Eau distillée.....	20	grammes.

IV. **Hyperesthésie.** — L'ouïe douloureuse peut se rencontrer dans certains cas d'otites et de paralysies faciales ; on l'observe aussi dans les névralgies faciales, les affections méningo-cérébrales, dans certains empoisonnements (Gellé), chez quelques névropathes.

Urbantschitsch la signale au sortir du sommeil chloroformique. La fatigue de l'oreille par les bruits violents répétés peut amener l'hyperesthésie. Chez quelques sujets, ce trouble, se caractérise par le prolongement dit l'impression sonore qui peut durer une demi-heure,

une heure et même plus et les conduire à l'obsession. Ou bien ce seront des oreilles particulièrement sensibles à certains accords, (majeurs ou mineurs). Urbantschitsch a vu des cas où le dernier mot prononcé par l'interlocuteur est entendu deux fois. Il faut dire aussi que dans un certain nombre d'hyperesthésies douloureuses, il y a plutôt abaissement de l'ouïe. (Gellé.)

V. **Agoraphobie auriculaire.** — Je la signale simplement ici, en raison de son caractère névropathique, bien qu'elle soit liée habituellement aux diverses affections de l'oreille qui accroissent la pression intralabyrinthique. Ce trouble va de la simple oscillation jusqu'à la plus terrifiante agoraphobie (Gellé). Charcot, Féré et Demars ont insisté sur les agoraphobies auriculaires qu'il ne faut pas confondre avec l'accès du vertige de Ménière.

VI. **Bourdonnements.** — Ce symptôme que l'on désigne encore par les mots : *tintouins*, *acouphènes* (Gellé) est un des plus pénibles que puissent éprouver les malades. Le plus ordinairement ils sont produits par une otopathie quelconque, mais il en est qui existent sans aucune altération matérielle de l'oreille. On peut les distinguer en *entotiques*, quand ils prennent naissance dans les cavités de l'appareil et en *exotiques* s'ils ont pour siège les parties avoisinantes (artères anévrysmales, bruits anémiques dans la veine jugulaire). Ceux qui ont pour cause une irritation du nerf acoustique (*bruits subjectifs*) sont perçus par le malade seul, mais quelques autres peuvent être entendus par un observateur (*bruits objectifs*) : tels les souffles chloro-anémiques, le décollement des parois tubaires, les craquements de l'articulation temporo-maxillaire, le craquement de la membrane tympanique et le gargouillement qui se produit dans la caisse chez les otorrhéiques. Le *bruit de Leudet* consiste dans un petit craquement perçu à la fois par le médecin et le malade. Leudet l'attribue aux contractions du muscle du marteau, et Poltzer à la contraction brusque du tenseur du voile.

Les bruits subjectifs présentent encore cette particularité d'augmenter dans le silence de la campagne, et les malades, pour cette raison, se trouvent bien mieux dans le tumulte des grandes villes.

Causes. — Les bourdonnements d'oreille *proprement dits* sont explicables par une irritation du nerf auditif dans l'une ou l'autre de ses parties (centre, corps, expansions terminales). Cette excitation peut être due aux lésions de l'appareil de transmission qui accroissent la pression intralabyrinthique (enfonçure de la membrane tympanique avec ankylose des osselets) ; quand le tympan est perforé l'effet s'atténue de même que le bourdonnement. L'ischémie, d'une part, et l'hyperhémie, de l'autre, agissent dans le même sens : bourdonnements des congestions céphaliques, des dyspepsies, de tous les efforts violents. L'oreille bourdonne quand elle est fatiguée par des bruits excessifs et prolongés. Elle bourdonne encore (sifflements ou son-

neries) par l'ingestion du café, des alcools, du salicylate de soude, des sels de quinine, du chloroforme, à la suite des excès vénériens. Un courant électrique traversant le nerf auditif y détermine une sensation sonore. Les bourdonnements viennent encore compliquer tous les cas où le nerf subit une compression (tumeurs cérébrales, méningites, carie du rocher). La syphilis tertiaire qui atteint si aisément le labyrinthe, s'accompagne de bruits entotiques intenses (Urban-tschitsch).

A côté de ces bourdonnements produits sur place, il en est d'autres, d'ordre réflexe qui prennent leur origine plus ou moins loin de l'organe auditif. Tels ceux qui apparaissent dans les irritations du pavillon, dans les caries dentaires, dans les salpingites eustachiennes, ceux qui compliquent les affections de l'estomac et de l'utérus. En envisageant l'ensemble des bourdonnements Gellé propose de les répartir en :

- 1° Bourdonnements de cause mécanique ;
- 2° Bourdonnements de cause vasculaire ;
- 3° Bourdonnements de cause nerveuse ;
- 4° Bourdonnements de cause infectieuse ou toxique.

Variétés. — Ces symptômes sonores varient presque à l'infini, mais on peut distinguer des *bruits* et les *sons*, ceux-ci ayant une tonalité musicale. Pour les premiers, les malades se plaignent d'un sifflement de machine, d'un bruit de vent sous les portes, d'un bouillonnement d'eau, de coups de marteau, d'un jet de vapeur, d'un bruit de pluie tombant autour d'eux. Les autres sont comparés à des sons de cloche, des chants d'oiseaux, des notes de contrebasse, etc. Ces acouphènes peuvent rappeler plus ou moins des mots. J'ai déjà parlé d'une de mes malades, très nerveuse, qui entendait dans une oreille un bruit de fête foraine (car ces divers bourdonnements peuvent se superposer en se combinant) et qui, dans l'autre oreille, entendait : « Oh ! la la ! » J'ai vu d'autres malades qui se plaignaient d'entendre une mélodie toujours identique. De là à l'obsession ou à l'hallucination chez les prédisposés il n'y a que quelques degrés. Le suicide peut en être la conséquence.

Les bourdonnements sont continus ou non. Ils cessent pendant le sommeil, mais s'accroissent dans toutes les conditions qui congestionnent la tête (travail de la digestion, travail intellectuel, émotions, froid aux pieds, air ambiant trop chauffé). Les bruits de la rue les exaspèrent aussi en général. On peut amplifier ces bruits en appliquant la paume de la main sur son pavillon. C'est même un bon moyen de les déceler à leur début. Par contre, une pression forte sur le méat auditif peut les suspendre. Le siège où les malades disent entendre leur bruit diffère encore assez. Les uns indiquent l'oreille même et peuvent s'imaginer qu'ils y ont une mouche bourdonnante. D'autres montrent toute la moitié correspondante de la tête,

ou seulement l'occiput, comme l'a observé Gellé chez une hystérique.

La **valeur diagnostique** des bourdonnements n'est que relative. D'une manière générale, on peut admettre comme assez conforme à la réalité des faits que les bourdonnements à tonalité grave coïncident surtout avec les obstructions tubaires, que les sifflements appartiennent aux états chroniques de la caisse avec ankylose des osselets, et qu'enfin les sons musicaux indiquent surtout les affections labyrinthiques. Encore une fois cette spécialisation des bruits n'est que relative.

Pronostic. — Les bruits de l'oreille annoncent généralement une affection grave de l'oreille, en évolution ou à venir. Précédant la surdité, ils l'accompagnent souvent et peuvent disparaître ensuite, ce qui indique l'atrophie définitive du nerf auditif. « On trouve chez les sourds, le plus souvent une oreille qui bourdonne, c'est la moins sourde, et la dernière prise. L'autre, totalement perdue, ne chante plus. » (Gellé.)

Traitement. — Parmi les *moyens locaux* figure d'abord la douche d'air *per tubam* au moyen de la poire de Politzer, ainsi que le cathétérisme de la trompe dans le but d'aérer la caisse et de soulager le labyrinthe en refoulant en dehors la membrane du tympan, qui entraîne avec elle le marteau. Les masseurs du tympan, celui de Delstanche notamment, agissent de même. Tel malade qui n'est pas soulagé par le cathétérisme le sera par la raréfaction de l'air dans le conduit auditif.

L'électrisation peut ici rendre des services, que l'on emploie le balai faradique sur le pavillon ou qu'on ait recours aux courants galvaniques. On met les deux électrodes sur les tempes ou sur les régions mastoïdiennes sans dépasser 3 milliampères. L'électricité statique convient bien à certains névropathes. Les courants à haute tension et sinusoïdaux devront être essayés.

On combattra les bourdonnements réflexes en agissant sur l'affection causale : affections cardiaques, gastriques, rénales et hépatiques.

Comme thérapeutique générale, on doit avoir recours aux purgatifs drastiques surtout chez les arthritiques, à l'hydrothérapie chez les neurasthéniques. Divers médicaments semblent spécialement indiqués : bromures, antipyrine, chloral, phénacétine, sulfonal, bromidia.

Les bourdonnements exigent un certain régime : suppression du café, de l'alcool, repos cérébral, exercices corporels. Le malade doit être moralement soutenu par le médecin, qui fera de son mieux pour détourner l'attention de son client de ses fâcheux bruits d'oreille.

VII. Paracousie, diplacousie. — Il s'agit d'un phénomène signalé par Sauvage. Deux sons différents sont perçus simultanément par les deux oreilles ou par une seule. Ils diffèrent d'une tierce au moins et d'une octave au plus. J'ai observé ce phénomène à la quinte chez un professeur de musique, qui avait reçu un coup sur l'une de ses oreilles. Ce trouble ne persista que quelques semaines. Duplay

tend à expliquer le phénomène par un trouble dans l'organe de Corti. Si, par exemple, un changement dans la pression intralabyrinthique modifie l'accord normal de certaines fibres, l'une d'elles, accordée pour un ton déterminé, vibrera en même temps qu'une autre accordée pour un ton voisin.

Le repos de l'oreille et les courants continus sont les moyens les plus indiqués.

VIII. **Audition colorée.** — Le phénomène consiste, on le sait, en ce qu'une impression auditive entraîne une impression visuelle. D'après une observation prise sur lui-même, Delstanche (de Bruxelles) a constaté que la note *fa* donne la sensation visuelle du *vert* et elle était d'autant plus nette que *ce fa* était plus aigu. D'autres auront l'*ut*, *rouge*; le *sol*, *bleu*, etc. L'explication du phénomène n'est pas aisée. Deux théories sont en présence. Pour les uns, il s'agit d'une excitation normale des centres sensoriels reliés les uns aux autres par les commissures encéphaliques (Lussana, Baratoux, Rochat); pour d'autres, il ne s'agit que d'une association d'idées, d'un trouble psychique voisin de l'illusion. C'est à cette théorie que se range Suarez de Mendoza, dans une intéressante monographie sur la question.

IX. **Troubles réflexes.** — Les affections de l'oreille peuvent s'accompagner de quelques phénomènes n'ayant aucune apparence auriculaire et qu'il faut néanmoins connaître pour n'être pas exposé à faire erreur sur leur cause réelle. Tels sont :

a. La toux (*toux auriculaire* de Cornelius Fox) qui s'observe surtout dans les affections du conduit auditif externe : bouchons de cérumen, eczemas. Il s'agit d'un réflexe du nerf vague auriculaire sur le nerf vague respiratoire.

b. Les nausées, vomissements et vertiges, produits soit par l'accroissement de la pression intralabyrinthique, soit par irritation des filets du nerf glosso-pharyngien et du pneumogastrique.

c. Des salivations excessives, quand la corde du tympan est irritée pathologiquement.

d. Des névralgies faciales partielles, portant surtout sur le nerf maxillaire inférieur,

e. Enfin des convulsions épileptiformes dépendant de corps étrangers ou d'otites internes.

X

SURDITÉ ET SURDI-MUTITÉ

SURDITÉ (1).

La surdité est la perte plus ou moins complète de l'ouïe. C'est dire qu'elle se présente avec des différences suivant les divers cas.

Il y a la *surdité complète* (*cophose*) et la *surdité incomplète* (*dysécéc*); la *surdité totale* ou *partielle* selon que tous les tons ou seulement quelques-uns ne sont plus perçus; la *surdité bilatérale* ou *unilatérale*; la *surdité par la voie aérienne* et la *surdité par la voie osseuse*.

Fréquence. — Il s'agit là d'une infirmité très fréquente, surtout si l'on compte les cas de simple dysécéc qu'on dissimule encore assez facilement.

Le D^r Ely, dans l'article SERVICE MILITAIRE du *Dictionnaire des sciences*, indique par 8,59 sur 1000 les cas d'exemption pour cause de surdité, proportion trop faible d'après Gellé.

Causes et variétés. — Elle est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme (Bonnafont, Trœltzsch, Politzer). Sur un total de 159 sourds, Marc d'Espine a compté 97 hommes et 62 femmes.

C'est dans l'enfance qu'elle débute le plus ordinairement, et surtout dans les trois premières années: 120 fois sur 503 cas, d'après les relevés de Wilde, et dans la grande majorité des cas les deux oreilles sont prises en même temps (84 p. 100).

En thèse générale, ce sont les affections de l'oreille moyenne, la sclérose notamment, qui conduisent à la surdité.

Les divers cas de surdité peuvent être répartis selon leur étiologie. C'est d'après cette considération que nous passons succinctement en revue les principales variétés de la surdité.

1° **Surdités traumatiques.** — On les voit succéder aux acci-

(1) GELLÉ, Suite d'études d'otol., 1875-1881. — DUPUIS, thèse de Paris, 1877, p. 19. — LUYS, Rapports de la surdité avec l'aliénation mentale (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1877, p. 203. — DOUMERGUE, Surdité dans l'albuminurie, thèse de Paris, 1880. — LEMOINE et LANNOIS, Surd. ourliennes (*Union méd.*, 1883). — COZZOLINO, Surd. étudiées au point de vue physio-pathogénique (*Congrès de Bâle*, 1884). — LADREIT DE LACHARIÈRE, Surdité (*Dict. encycl.*, 1884). — SAINT-JOHN ROOSA, Presbyacousie (*Soc. amér. d'otol.*, juillet 1885). — BOUCHERON, Surd. héréditaires (*Bull. méd.*, 1888). — BETTIG, Les « porte-son » (*Monats. für Ohrenh.*, 1890). — STACKE, Indications de l'excision du marteau et de l'enclume (*Congrès de Berlin*, 1890). — GELLÉ, Surdité consécutive aux oreillons (*Soc. d'otol. de Paris*, juin 1891). — POLI, Opérations intratympaniques (*XIV^e Congrès des médecins italiens*, Sienne, 1891). — SCHWABACH (de Berlin), Détermination de la surdité (*Congrès de Berlin*, 1890). — CASTEX, Lésions de l'or. par explosion de dynamite (*Soc. fr. d'otol.*, 1893). — P. GARNAULT, *Congrès de Rome*, 1894 et Rech. sur le trait. de la surd. (*Arch. de laryng.*, 1896).