

grave. Il est très rare de les voir s'amender, et, lorsqu'elles persistent quelque temps après la guérison de la maladie générale qui leur a donné naissance, on peut, à coup sûr, les déclarer incurables.

Le traitement est à peu près nul, et consiste dans l'emploi des révulsifs et des altérants dans l'espoir que les exsudats pourront être résorbés.

2° LÉSIONS DIVERSES DU LABYRINTHE ET DU NERF AUDITIF

Je dois signaler ici une série d'altérations pathologiques du labyrinthe observées par divers auteurs, altérations dont la nature est à peu près entièrement inconnue et dont on ignore complètement l'expression symptomatologique. Comme ces lésions anatomiques ont été généralement trouvées sur des individus affectés en même temps d'otite moyenne chronique, on est en droit de supposer qu'elles sont aussi de nature inflammatoire, ou que du moins le processus né dans la caisse s'est propagé à travers les fenêtres ronde et ovale aux parties constituantes du labyrinthe.

Si j'excepte les cas dans lesquels une partie plus ou moins considérable du labyrinthe osseux est atteinte d'ostéite, de nécrose, à la suite de catarrhe purulent de la caisse, on ne signale qu'un petit nombre de lésions propres aux parois osseuses; ce sont principalement des exostoses siégeant dans le vestibule, et altérant la forme et les dimensions de cette cavité.

Relativement au labyrinthe membraneux, on a trouvé une hyperémie plus ou moins marquée, des épaisissements ou des atrophies des parties membraneuses, des pigmentations anormales sur la lame spirale membraneuse du limaçon, des dépôts calcaires, une absence complète ou, au contraire, un excès d'otolithes, des dégénérescences amyloïdes des extrémités nerveuses. Enfin, Voltolini a signalé dans la capsule du limaçon la présence d'une tumeur fibro-musculaire.

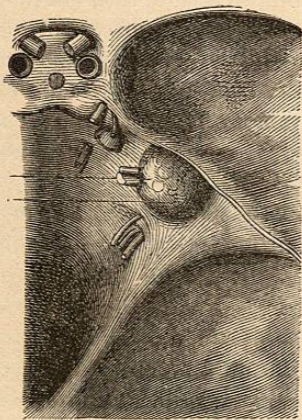


FIG. 285. — Psammome de la dure-mère comprimant les nerfs facial et acoustique. (Virchow.)

J'ajouterai, en terminant, qu'on a parfois constaté chez des sourds la présence de tumeurs du nerf acoustique dans l'intérieur du conduit auditif interne. Fœrster, Voltolini, Virchow, ont rapporté quelques-uns de ces cas, dont la figure ci-contre représente un exemple. Il s'agissait presque toujours de sarcomes.

Outre les maladies infectieuses et générales qui peuvent frapper le nerf auditif, celui-ci est particulièrement sensible aux médicaments; on sait quelle influence exercent sur ce nerf le salicylate de soude, la quinine, le chloroforme.

Signalons également, comme pouvant retentir sur le nerf auditif, les maladies de l'estomac, de l'utérus, du foie, des reins, et les maladies mentales.

Les diverses lésions du labyrinthe et du nerf acoustique qui viennent d'être mentionnées s'accompagnent durant la vie d'une surdité plus ou moins complète. Là se borne à peu près ce qu'on peut dire au point de vue symptomatologique, et c'est le plus souvent par exclusion qu'on parvient à localiser dans l'appareil nerveux de l'oreille le siège des lésions anatomiques.

Ce diagnostic néanmoins peut être établi avec assez de certitude dans un certain nombre de cas. Ainsi on n'hésitera pas à déclarer que la cause de la surdité réside dans une altération du labyrinthe ou du nerf auditif toutes les fois que l'ouïe sera entièrement abolie et que la perception des ondes sonores par les os du crâne sera complètement perdue. D'après Moos (1), on arrivera à la même conclusion lorsqu'un courant galvanique, assez fort pour déterminer des contractions dans les muscles de la face et des extrémités, est impuissant à développer des sensations subjectives de l'ouïe.

Dans les cas où la fonction n'est pas complètement abolie, on peut encore affirmer que les altérations siègent dans le labyrinthe lorsque la surdité n'est que partielle, c'est-à-dire lorsqu'elle n'existe que pour certains groupes de tons. La raison physiologique en a été déjà donnée.

Mais en dehors de ces conditions, le diagnostic présente souvent de grandes difficultés. Il ne faudrait pas s'empresse de conclure de l'absence de tout symptôme objectif du côté de l'oreille moyenne à l'existence de lésions labyrinthiques, car on sait que parfois les altérations propres à l'otite moyenne chronique, et plus spécialement à la sclérose de la caisse, sont limitées à la paroi labyrinthique au voisinage des fenêtres, et se dérobent par conséquent à la vue. J'ai insisté sur ce fait, d'ailleurs assez rare. Le mode de perception des ondes sonores par les os du crâne peut seul éclairer le diagnostic. Si la surdité dépend d'une lésion labyrinthique, la perception par les os sera diminuée, tandis qu'elle persistera ou sera même augmentée, comparativement au côté sain, si la cause de la surdité réside dans la caisse. L'explication de ce fait a été donnée ailleurs.

Mais les difficultés sont surtout grandes lorsque les signes de l'otite moyenne existant manifestement, il s'agit de savoir si la surdité dépend exclusivement des lésions de la caisse ou si le labyrinthe est atteint consécutivement. Cette question, qui se soulève surtout à l'occasion du pronostic de l'otite moyenne chronique, a été déjà suffisamment étudiée, et je ne puis y revenir. Je rappellerai seulement qu'elle est parfois et jusqu'à un certain point susceptible d'être résolue en tenant compte des caractères propres de la surdité et du mode de transmission du son par les os du crâne.

On comprend que je n'aie rien à dire du pronostic et du traitement de semblables lésions dont on parvient à grand-peine à déterminer le siège anatomique, mais dont la nature reste inconnue.

Je tiens cependant à faire ressortir l'incurabilité à peu près absolue de ces altérations labyrinthiques, d'où il résulte que, leur existence étant reconnue, il est du devoir du médecin de s'abstenir de tout traitement qui ne pourrait qu'être pénible pour le malade.

VIII

DES DIVERSES COMPLICATIONS QUI PEUVENT SURVENIR DANS LE COURS DES MALADIES DES OREILLES

Quoiqu'il ait été déjà fréquemment question, dans ce chapitre, de divers accidents ou complications qui peuvent se montrer dans le cours des maladies des

(1) Moos, *Archiv of ophthalmology and otology*, 1861, t. II, p. 199.

oreilles, je ne crois pas inutile de revenir sur ce sujet et de l'envisager d'une manière générale, afin de mieux en faire ressortir toute l'importance pratique. Cette étude sommaire sera complétée par la lecture des travaux suivants :

SENTEX, Des écoulements purulents du conduit auditif externe et de la phlébite consécutive des sinus méningiens. Thèse de Paris, 1865. — TOYNBEE, Cerebral symptomata occurring in certain affections of the ear. *Saint George's Hospital Reports*, 1866, t. I, p. 117. — JOLLY, De l'ulcération de la carotide interne à la suite de la carie du rocher. *Arch. gén. de méd.*, 1866, vol. II, et 1870, vol. I. — BROUARDEL, Lésions du rocher et complications qui en sont la conséquence. *Bull. de la Soc. anat.*, 1867. — BONNAFONT, Sur quelques phénomènes nerveux sympathiques qui se produisent pendant l'inflammation aiguë de la membrane du tympan. Acad. des sciences, 25 août 1860. — PROMPT, Des accidents encéphaliques occasionnés par l'otite. Thèse de Paris, 1870. — BERTIN, Des rapports qui existent entre certaines affections cérébrales et les écoulements purulents de l'oreille. *Journal de méd. de l'Ouest*, 1871. — HEIMAN, Cinq cas d'abcès cérébraux otiques. *Zeit. für Ohr.*, Bd XIII, 1892. — HEIMAN, Otite moyenne chronique purulente gauche, abcès cérébelleux, latent, mort. *Ann. des mal. des oreilles*, nov. 1894. — SCHUBERT, Complications cérébrales des otites. Soc. méd. d'Elberfeld, in *Tribune méd.*, 19 juillet 1894. — LANNOIS et JABOULAY, L'hémianopsie dans les abcès cérébraux d'origine otique. *Archives internationales de laryngologie et d'otologie*, mai-juin 1896.

Il importe d'établir une distinction entre les accidents dont il s'agit, suivant que ces accidents dépendent manifestement de la propagation d'une inflammation aux parties qui avoisinent l'oreille, ou qu'ils consistent simplement en phénomènes nerveux, sympathiques ou réflexes.

§ I. — Accidents et complications dus à la propagation de l'inflammation de l'oreille aux organes environnants.

J'aurai à étudier dans ce paragraphe : 1° la méningite et l'encéphalite; 2° la paralysie faciale; 3° la phlébite et la thrombose des sinus méningiens; 4° l'ulcération des vaisseaux voisins de l'oreille, et plus particulièrement de la carotide interne.

1° INFLAMMATION DES MÉNINGES ET DE L'ENCÉPHALE (MÉNINGO-ENCÉPHALITE — ABCÈS DU CERVEAU)

Cette grave complication peut survenir dans toute phlegmasie de l'oreille, qu'elle soit aiguë ou chronique, et qu'elle occupe l'oreille externe, moyenne ou interne. Il n'est pas nécessaire, comme on le pense généralement, que les os soient atteints de carie ou de nécrose pour que l'inflammation, née dans un point quelconque de l'appareil auditif, se propage aux méninges et au cerveau. Les communications vasculaires qui existent entre la circulation de l'oreille et celle des méninges expliquent comment les inflammations peuvent se transmettre de l'une à l'autre sans que les os soient eux-mêmes affectés. On trouvera dans les auteurs, et spécialement Toynbee, un certain nombre de faits qui prouvent la proposition précédente. J'en ai d'ailleurs cité quelques-uns. Je rappellerai de plus que, d'après les recherches bactériologiques modernes, certaines formes d'otites purulentes et plus particulièrement l'otite à streptocoques offriraient une tendance plus marquée aux complications du côté des méninges et du cerveau

Toutefois il faut reconnaître que, dans l'immense majorité des cas, la méningite et l'encéphalite succèdent aux otorrhées purulentes entretenues par une ostéite, une carie, une nécrose de l'os temporal.

A l'autopsie des individus qui succombent aux complications encéphaliques de l'otite, on trouve les lésions propres à la pachyméningite simple ou purulente, lésions qu'il serait inopportun de décrire ici. Il est, en outre, assez fréquent d'observer concurremment avec les lésions précédentes, la congestion, le ramollissement, la suppuration des parties du cerveau et du cervelet qui avoisinent l'organe malade. La transmission directe de l'inflammation de l'oreille aux méninges et au cerveau est alors évidente, et ne pourrait être pour personne l'objet d'aucun doute.

Mais il n'en est pas de même dans un certain nombre de cas où l'on trouve à l'autopsie des abcès enkystés du cerveau ou du cervelet, et où il existe entre la surface du rocher et le foyer purulent une couche de substance cérébrale saine, relativement assez considérable. Frappés de cette sorte d'indépendance entre les deux lésions, quelques auteurs, et principalement Hurd, ont émis l'opinion que l'otite purulente ou l'otorrhée est quelquefois consécutive à une encéphalite préexistante. On a même admis que certains écoulements purulents du conduit auditif résultaient de l'ouverture dans l'oreille d'un abcès primitivement développé dans le cerveau. Malgré les efforts tentés par Bertin pour faire revivre cette ancienne doctrine, je me refuse complètement à admettre l'existence de ces otites ou otorrhées de cause cérébrale, que Lallemand avait d'ailleurs si remarquablement discutée et définitivement rejetée. Quoiqu'il soit assurément assez difficile de donner l'explication pathogénique de ces abcès enkystés du cerveau consécutifs à l'otite, il est impossible de ne pas voir une relation de cause à effet entre l'existence primitive d'une otite et le développement de la méningite et des abcès du cerveau. Tous les travaux modernes, et particulièrement ceux de Toynbee, de Gull, de Lebert, viennent confirmer la conclusion à laquelle je suis arrivé.

La transmission de l'inflammation de l'oreille aux méninges et au cerveau peut se faire par diverses voies. Le plus ordinairement, c'est par la paroi supérieure du conduit auditif osseux ou par la voûte du tympan qui correspondent, comme on le sait, au lobe moyen du cerveau. Les communications vasculaires sont à ce niveau très intimes entre les méninges et l'oreille; de plus, la paroi osseuse est très mince, souvent parsemée de trous au niveau desquels la dure-mère est en contact immédiat avec la muqueuse de la caisse. L'inflammation peut donc se propager très facilement, sans même que la paroi osseuse soit frappée d'ostéite, de carie ou de nécrose, et il existe dans les auteurs un assez grand nombre de faits dans lesquels la phlegmasie de l'oreille a envahi les méninges en suivant cette voie.

De même, dans la suppuration des cellules mastoïdiennes avec ostéite, carie ou nécrose de la paroi interne de l'apophyse mastoïde, l'inflammation peut se propager aux méninges et à l'encéphale, et comme chez l'adulte la paroi interne de l'apophyse mastoïde répond au cervelet, les lésions seront surtout marquées du côté de cet organe.

D'autres voies de transmission sont encore ouvertes à l'inflammation des méninges par l'intermédiaire du trou auditif interne. Dans la plupart des cas, la phlegmasie, née primitivement dans la caisse, gagne le labyrinthe, soit par suite de l'ulcération des membranes des fenêtres ovale ou ronde, soit par suite

de la carie, de la nécrose d'une portion de la paroi labyrinthique de la caisse, dans ces conditions, une fois que le labyrinthe est enflammé et le siège d'une suppuration, il n'existe plus entre le foyer inflammatoire et les méninges qu'une mince barrière, formée par la lame criblée qui ferme le fond du conduit auditif interne, et à travers laquelle se tamisent les filets du nerf acoustique. Si l'on songe que l'arachnoïde envoie à ce niveau un prolongement qui accompagne le nerf auditif, on conçoit avec quelle facilité cette membrane doit ressentir l'influence d'un foyer inflammatoire aussi voisin.

Enfin la phlegmasie de la caisse peut encore parvenir au trou auditif interne, et de là aux méninges par le canal de Fallope. Celui-ci, comme on le sait, dans le point où il est en rapport direct avec la caisse, présente une paroi extrêmement mince, souvent parsemée de petits trous au niveau desquels la muqueuse tympanique est en contact immédiat avec le névrilème du facial; la destruction de cette mince paroi par la carie, la nécrose, l'ulcération de la muqueuse, permet à la phlegmasie de la caisse de se transmettre sous forme de périnévrite, de gagner ainsi le trou auditif interne, et de se communiquer comme précédemment au prolongement des méninges qui accompagne à ce niveau les nerfs facial et auditif.

Ce n'est point ici le lieu de décrire la *symptomatologie* de la méningo-encéphalite, et je renverrai sur ce point aux traités de pathologie interne, et à la partie de ce livre dans laquelle se trouve décrite la méningo-encéphalite traumatique. Je dirai seulement que l'inflammation des méninges et du cerveau consécutive à l'otite peut se présenter sous deux formes principales : l'une aiguë, l'autre chronique.

Dans la forme aiguë, on observe des accès fébriles accompagnés de frissons intenses; des douleurs de tête graduellement croissantes, et bientôt intolérables, s'étendant de la nuque et augmentant par les mouvements. Il y a des vomissements et de la constipation. L'agitation, le délire, la perte de connaissance, les convulsions, les contractures et les paralysies générales ou partielles ne tardent pas à survenir, et le malade succombe rapidement dans un état comateux.

Dans la forme chronique, qui répond surtout aux abcès du cerveau, le malade accuse seulement une céphalalgie violente, localisée, augmentant par la pression, sans trouble de l'intelligence, de la sensibilité ou de la motilité. On ne pourrait soupçonner l'existence d'une lésion cérébrale quelquefois très étendue. Puis la mort survient subitement, et d'une manière tout à fait inattendue, au milieu de symptômes convulsifs et apoplectiformes.

Quoique la mort soit la conséquence à peu près fatale de la méningo-encéphalite consécutive à l'otite, il faut cependant, lorsque cet accident survient, chercher à le combattre par tous les moyens locaux et généraux que je crois inutile d'énumérer ici. Je désire seulement insister sur ce fait dont on comprendra l'importance, c'est qu'il est souvent au pouvoir du chirurgien de prévenir le développement de cet accident terrible de l'otite, et peut-être même de le conjurer tout à fait au début, en appliquant un traitement rationnel du côté de l'oreille malade, traitement qui doit nécessairement varier suivant les conditions locales. L'incision de la membrane du tympan, la trépanation de l'apophyse mastoïde, l'ablation de polypes, de fongosités, de corps étrangers, en permettant le libre écoulement du pus, ou en enlevant une cause permanente d'irritation, ont souvent amené la disparition de phénomènes parfois très graves,

et qu'on était en droit de considérer comme annonçant l'invasion d'une complication encéphalique.

2° PARALYSIE FACIALE

Le nerf facial, dans son trajet à travers l'aqueduc de Fallope, longe la paroi interne de la caisse, et n'est séparé, comme nous l'avons dit, de la muqueuse tympanique que par une mince lamelle osseuse, quelquefois parsemée de trous. L'inflammation de ce tronc nerveux, dans le cours de l'otite moyenne, se comprend donc aisément. Quelquefois même, lorsqu'il existe une carie ou une nécrose de la paroi de l'aqueduc de Fallope, le nerf facial peut être comprimé et détruit par suite de l'altération du canal qui le contient. Notons également la blessure du facial faite par le chirurgien dans le cours d'une trépanation ou d'une intervention.

La paralysie faciale, consécutive à l'otite, est complète ou incomplète. Tröltzsch a fait remarquer qu'il est extrêmement fréquent d'observer, chez les individus atteints d'otite moyenne chronique, même non suppurative, une sorte de parésie des muscles de la face du côté correspondant à l'oreille malade, et j'ai souvent confirmé la justesse de cette observation.

Rarement bilatérale, la paralysie faciale n'occupe le plus souvent qu'un seul côté de la face, qui correspond à l'oreille malade. On pourrait cependant observer une hémiparésie faciale siégeant du côté opposé; mais je ne connais pas de fait dans lequel cette particularité se soit présentée; elle indiquerait que la cause de l'hémiparésie a son siège, non sur le tronc même du nerf facial, mais dans les centres nerveux.

D'une manière générale, les paralysies faciales qui surviennent dans le cours des otites ne sont pas très graves et guérissent assez rapidement, lorsqu'on fait disparaître sa cause en traitant d'une manière rationnelle la maladie de l'oreille. Toutefois, on devra se montrer réservé dans le pronostic, lorsqu'il s'agit d'otites purulentes chroniques avec présomption ou certitude d'altérations osseuses. Il se peut, en effet, que, dans ces cas, le nerf facial soit assez profondément lésé pour que ses fonctions restent à jamais perdues et que la paralysie faciale soit incurable.

3° PHLÉBITE, THROMBOSE DES SINUS MÉNINGIENS (INFECTION PURULENTE)

Si les rapports intimes de l'oreille avec les méninges et le cerveau expliquent facilement la propagation de l'inflammation de l'oreille à ces dernières parties, il est aisé de comprendre que cette propagation peut également se faire du côté des sinus de la dure-mère qui avoisinent le conduit auditif et la caisse du tympan. Le sinus latéral, en effet, répond à la face interne de l'apophyse mastoïde et à la paroi postérieure du conduit auditif osseux; le sinus pétreux supérieur est en rapport immédiat avec la partie supérieure de la caisse, et la jugulaire interne n'est séparée de la paroi inférieure de la même cavité que par une mince lamelle osseuse.

L'inflammation des membranes de l'oreille peut donc se communiquer à ces

vaisseaux avec d'autant plus de facilité que la circulation de l'oreille est intimement liée à celle des méninges, et que le sang provenant de la caisse et traversant le réseau vasculaire du diploé va se déverser, en partie du moins, dans les sinus de la dure-mère. On conçoit même qu'une simple phlébite capillaire développée dans la caisse puisse déterminer la formation de caillots fibrineux qui pénètrent dans les sinus, y augmentent de volume et donnent lieu à de véritables thromboses avec toutes leurs conséquences. Ainsi s'expliquent un certain nombre de cas, dans lesquels on a constaté la thrombose du sinus latéral, ou les lésions propres à l'infection purulente sans thrombose du sinus, et sans qu'il existe de carie ou de nécrose des parois osseuses.

Mais il s'agit là de faits assez rares, et le plus souvent la propagation des phlegmasies de l'oreille aux sinus de la dure-mère a lieu d'une manière plus directe, et succède à l'ostéite, à la carie ou à la nécrose des parois du conduit auditif ou de la caisse.

Les lésions occupent plus particulièrement le sinus latéral et la veine jugulaire interne. Tantôt ces vaisseaux n'offrent aucune trace d'inflammation et sont simplement oblitérés par des caillots fibrineux; tantôt on rencontre tous les signes de la phlébite; les parois sont épaissies, indurées, injectées; le calibre de la veine est obstrué par un caillot ramolli, mêlé de pus, et qui quelquefois est limité à une portion du sinus, ou s'étend à une distance plus ou moins éloignée de son point d'origine. Tantôt, enfin, les altérations sont plus profondes encore; les parois veineuses étant ulcérées, par suite de la carie ou de la nécrose de l'os sous-jacent, le sinus communique directement avec le foyer purulent de l'intérieur de l'oreille.

Quoique les parties avoisinantes des méninges et du cerveau puissent être à peu près intactes, il n'est pas rare de constater en même temps que la phlébite ou la thrombose des sinus latéraux, les diverses lésions caractéristiques de la méningo-encéphalite. Enfin, dans le plus grand nombre des cas, on trouve à l'autopsie des individus chez lesquels l'inflammation de l'oreille a gagné les sinus les signes manifestes de la pyohémie, c'est-à-dire les abcès métastatiques et les collections purulentes des cavités séreuses.

La phlébite des sinus méningiens débute d'une manière assez insidieuse, dans le cours d'une otorrhée chronique, et l'un des premiers phénomènes qu'on constate est la suppression ou du moins la diminution de l'écoulement purulent. Le malade accuse une céphalalgie extrêmement intense, généralement bornée au côté de l'oreille affectée, et s'étendant à la nuque. Il y a en même temps un sentiment de malaise avec anorexie, nausées, quelquefois vomissements.

Ces premiers symptômes peuvent céder pour reparaitre bientôt et se calmer encore. Puis surviennent des frissons, d'abord erratiques, ensuite franchement intermittents, avec accélération du pouls et sueurs profuses. A partir de ce moment, les phénomènes de l'infection purulente deviennent de plus en plus manifestes. Les frissons se succèdent, la fièvre est permanente, la peau prend une teinte terreuse, subictérique, la langue et les dents sont fuligineuses, la diarrhée survient; enfin, il est ordinaire de voir le malade accuser quelques phénomènes thoraciques, tels que : points de côté, toux, dyspnée, indiquant l'invasion d'une pneumonie ou d'une pleurésie dont il est facile de constater l'existence à l'aide de la percussion et de l'auscultation. Des collections purulentes peuvent également apparaître en divers points du corps et particulièrement dans les articulations.

La mort est la terminaison habituelle de cette complication de l'otite. Cependant, on cite quelques rares observations dans lesquelles les malades ont survécu, après avoir offert les symptômes manifestes de l'infection purulente; et ces faits sont parfaitement admissibles, puisqu'il existe des exemples de guérison à la suite de la pyohémie. J'ai pu observer un cas de phlébite manifeste du sinus latéral et de la jugulaire interne qui s'est terminé par la guérison.

Le diagnostic de la phlébite et de la thrombose des sinus méningiens est quelquefois assez difficile. Lorsque l'existence de l'otorrhée est ignorée ou méconnue, on peut supposer qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde ou d'accès intermittents. Je n'insiste pas sur ce diagnostic différentiel, et j'ai seulement signalé cette cause d'erreur, dont on possède quelques exemples, pour montrer combien il importe de ne pas négliger en clinique l'exploration des oreilles.

Dans un grand nombre de cas, on se trouvera très embarrassé, en présence d'une complication encéphalique de l'otite, pour déterminer qu'il s'agit d'une phlébite des sinus ou d'une méningo-encéphalite : et la difficulté est souvent d'autant plus grande que les deux complications existent simultanément. La prédominance des phénomènes nerveux, de l'agitation, du délire, des convulsions, des paralysies, etc., devra faire admettre qu'il s'agit d'une méningo-encéphalite. D'un autre côté, la phlébite de la jugulaire interne caractérisée par le gonflement, la douleur sur le trajet de cette veine, et quelquefois même par le développement d'abcès cervicaux profonds, ainsi que Sentex en a rapporté une observation, devra faire admettre sans hésiter l'existence d'une phlébite des sinus latéraux.

Relativement au traitement, je n'aurais qu'à répéter ici ce que j'ai dit à l'occasion de la méningo-encéphalite traumatique : prévenir le développement de cette complication par une thérapeutique rationnelle, puis chercher à combattre les accidents une fois développés en employant les remèdes généraux conseillés dans l'infection purulente, et en appliquant aussi promptement que possible du côté de l'oreille le traitement local qui convient aux diverses indications.

* ULCÉRATION DES VAISSEAUX

On vient de voir comment l'inflammation de l'oreille pouvait déterminer, du côté des veines avoisinantes, des thromboses et des phlébites purulentes. Le voisinage de ces mêmes vaisseaux et de la carotide interne, qui répond à la paroi antérieure de la caisse et à la portion osseuse de la trompe d'Eustache, expose encore les malades atteints de carie ou de nécrose du rocher à d'autres dangers résultant de l'érosion, de l'ulcération, et finalement de la perforation des parois vasculaires donnant lieu à une hémorragie par l'oreille. C'est le plus souvent la carotide interne qui a été le siège de l'ulcération, et Jolly en a rassemblé onze observations; mais on a également observé la perforation d'une branche de la méningée moyenne, ou des sinus pétreux supérieur et inférieur, du sinus latéral et du golfe de la veine jugulaire interne.

L'hémorragie, qui indique l'apparition de cet accident, se montre ordinairement à la suite d'un effort de toux, ou bien spontanément. Tantôt le sang s'écoule lentement, tantôt il s'échappe avec une abondance extrême à la fois par l'oreille, le nez et la bouche; sa quantité a été évaluée, dans un cas, à 1 litre 1/2.

Quelquefois l'otorragie se suspend d'elle-même, mais le plus souvent elle est arrêtée par quelque moyen artificiel. Elle se reproduit généralement au bout de peu de temps, mais il est remarquable que, même dans les cas où il s'agissait de perforations de la carotide interne, la mort n'est survenue qu'au bout d'un temps relativement assez long, après deux jours, treize jours, vingt-six jours, et même quatre semaines, pendant lesquels l'hémorragie s'était reproduite un nombre de fois variable.

Il n'est pas aisé de déterminer sur le vivant quel est le vaisseau lésé, et cependant l'importance de ce diagnostic n'échappera à personne, puisque dans le cas d'ulcération de la carotide interne ou de la méningée moyenne, la ligature de la carotide primitive peut sauver les jours du malade, tandis que cette opération est sans action sur une hémorragie provenant de l'ouverture d'une veine. Ainsi, dans un cas où ce diagnostic ne put être établi, Syme lia la carotide primitive, pensant avoir affaire à une ulcération de la carotide interne, tandis que l'hémorragie provenait du sinus pétreux supérieur.

Le diagnostic pourrait se baser sur les caractères du sang qui, dans le cas de lésion artérielle, est rutilant et s'écoule en bouillonnant ou par saccades isochrones au pouls; mais il doit surtout se fonder sur les résultats fournis par la compression de la carotide primitive, qui, sans action sur l'écoulement sanguin provenant d'une veine, arrête le sang qui s'échappe de la carotide interne ou d'une branche de la méningée moyenne. Il importe, en effet, médiocrement de savoir si c'est l'un ou l'autre de ces vaisseaux qui est lésé, puisque le même traitement convient dans les deux cas.

Les otorragies résultant de l'ulcération des gros vaisseaux artériel ou veineux qui avoisinent l'oreille sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. La mort est même la terminaison constante de l'ulcération des sinus veineux, qui ne tarde pas à se compliquer de phlébite et d'infection purulente. Dans le plus grand nombre de cas, on doit donc se borner à pratiquer le tamponnement de l'oreille. Cependant, lorsque l'on est en droit de soupçonner que l'hémorragie provient de l'ulcération de la carotide interne, et l'on a vu que ce diagnostic était jusqu'à un certain point possible, il ne faut pas hésiter à faire la ligature de la carotide primitive. Cette opération, qui a été pratiquée quatre fois dans de semblables circonstances, a permis deux fois de sauver la vie des malades.

§ II. — Phénomènes nerveux sympathiques ou réflexes.

Ces phénomènes nerveux, assez fréquents dans le cours des maladies de l'oreille, sont généralement méconnus, ou du moins ne sont pas rapportés à leur véritable cause. Comment, en effet, rechercher du côté de l'oreille la cause d'une toux opiniâtre, d'une salivation exagérée, de nausées et de vomissements persistants, de convulsions générales ou partielles, etc.?

Des faits assez nombreux démontrent cependant que ces divers accidents peuvent survenir dans le cours d'affections diverses de l'appareil auditif, et céder immédiatement après que la guérison de la maladie de l'oreille a été obtenue. D'où il faut conclure à la nécessité de l'exploration de l'appareil auditif dans une foule de cas où cette exploration est négligée.

La toux s'observe quelquefois comme accident d'une maladie du conduit

auditif externe. Cornélius Fox (1) propose même d'admettre une *toux auriculaire*. On sait, d'ailleurs, que chez un grand nombre d'individus, la simple irritation de la peau du conduit produite par l'introduction du spéculum suffit pour provoquer des accès de toux. La présence d'un corps étranger, l'existence d'une inflammation aiguë ou chronique, amènent quelquefois le même accident, qui disparaît après l'extraction du corps étranger, ou la guérison de l'otite.

Cette toux sympathique s'explique par la distribution du nerf vague qui envoie un rameau dans la peau du conduit auditif externe. Suivant Fox, l'irritation viendrait plutôt d'un rameau de la 5^e paire se distribuant au conduit auditif, et l'action réflexe résulterait des connexions entre les origines profondes du nerf pneumogastrique et du trijumeau au niveau du 4^e ventricule.

Les *nausées* et les *vomissements* opiniâtres coïncident avec une tendance aux *vertiges*, et s'observent dans une foule de maladies de l'oreille externe, moyenne et interne.

Dans le plus grand nombre de cas, on sait que ces symptômes résultent d'une augmentation de la pression intra-labyrinthique, mais ils peuvent aussi se montrer sous forme d'accidents nerveux purement sympathiques, et trouver leur explication dans l'irritation des filets nerveux du glosso-pharyngien, et surtout du pneumogastrique, qui se rendent à l'oreille.

La *salivation* a été également observée comme une complication des maladies de l'oreille; il est vraisemblable que cette sécrétion anormale dépendait de l'irritation pathologique de la corde du tympan, ou mieux encore de l'excitation réflexe de la 5^e paire.

Les *névralgies de la face*, sans être très communes dans les maladies de l'oreille, ne sont pas cependant extrêmement rares. Le plus souvent elles ne se présentent pas avec les caractères typiques de la névralgie trifaciale; les irradiations douloureuses affectent seulement quelques rameaux de la 5^e paire, et surtout ceux du nerf maxillaire inférieur.

Enfin, les *convulsions épileptiformes* ont été observées dans le cours de certaines maladies de l'oreille, et j'en ai cité quelques cas. Je me borne à mentionner cette complication, qui appartient à l'ordre des convulsions réflexes dont personne ne met plus en doute l'existence.

IX

DE QUELQUES SYMPTÔMES COMMUNS A UN GRAND NOMBRE DE MALADIES DE L'OREILLE

Il sera question, dans cet article, de quelques symptômes qui sont communs à un grand nombre de maladies de l'oreille, ou qui peuvent exister indépendamment de toute lésion organique appréciable; tels sont : 1^o l'otalgie, ou névralgie de l'oreille; 2^o les bruits subjectifs de l'oreille, ou bourdonnements; 3^o la paracousie double ou diplacousie; 4^o la surdité et la surdi-mutité.

(1) CORNELIUS FOX, *Remarks on the sympathy between the auditory canal and the larynx. The Lancet*, 1866, t. 1, p. 451.