

POLYPES DE L'OREILLE.

On donne ce nom à des productions organiques se détachant par un pédicule plus ou moins appréciable d'un point quelconque de l'appareil auditif, et s'accompagnant d'un écoulement purulent ou otorrhée.

Pathogénie. — Les polypes de l'oreille ne sont point fort rares, et presque constamment un écoulement purulent coexiste avec eux.

Quelques chirurgiens croient que c'est précisément cette suppuration qui détermine une irritation formatrice d'où procède le polype ; d'autres, au contraire, regardent la suppuration comme un phénomène secondaire et consécutif au polype, dont la présence entretient une irritation comparable à celle que produirait un corps étranger.

Duplay croit à la vérité de chacune de ces opinions.

Anatomie pathologique. — Les polypes de l'oreille se présentent sous l'aspect de *tumeurs* dont le volume est naturellement fort variable ; leur surface est parsemée d'une foule de petits reliefs assez semblables à ceux d'une framboise. Leur consistance et leur couleur se rapprochent de celles des polypes muqueux des fosses nasales. Ils sont rattachés à la muqueuse par un pédicule plus ou moins grêle, qui s'implante habituellement sur une des parois de la caisse, bien qu'on en ait observé en tout autre lieu.

Au point de vue de leur structure, on peut les diviser en deux groupes : 1° les plus communs sont des *myxomes*, c'est-à-dire des polypes muqueux ; 2° quelques autres sont des *fibromes*, c'est-à-dire des polypes fibreux.

Symptômes. — Le symptôme qui appelle d'abord l'attention est l'existence d'un *écoulement purulent chronique* qui s'effectue par l'oreille. A cette otorrhée viennent se joindre les autres troubles fonctionnels habituels aux otites chroniques, c'est-à-dire les bourdonnements, la surdité, les vertiges.

imbibée d'un liquide astringent, chaque fois que l'ouïe se trouve ainsi améliorée, et que son application n'éveille point de douleurs.

L'existence du polype est longtemps méconnue, à moins qu'on n'examine soigneusement les parties profondes de l'oreille, auquel cas on aperçoit, à une profondeur variable, une *tumeur rouge*, assez molle, saignant au moindre contact : parfois, en promenant un stilet autour d'elle, on parvient à préciser son point d'implantation. Si le polype est abandonné à lui-même, il s'accroît au prix de perturbations profondes apportées à l'appareil de l'audition, et finit par s'étaler à l'extérieur.

Son extirpation peut au contraire faire disparaître immédiatement la surdité ¹.

Traitement. — Les polypes de l'oreille doivent être extirpés, pour pratiquer cette extirpation Wilde a fait construire un instrument assez ingénieux, qui permet de conduire aisément l'anse du fil autour du pédicule du polype. Pour les polypes de très petit volume, il est plus aisé de se servir de petites pinces spécialement construites dans ce but par Bonnafont. L'extirpation faite, il faut, avec de petits crayons de nitrate d'argent, cautériser le point d'implantation, puis instituer le traitement de l'otite chronique.

V. — Maladies de l'apophyse mastoïde.

OSTEO-PÉRIOSTITE. — Les périostites du conduit auditif ou de la caisse peuvent s'étendre à l'apophyse mastoïde : cette complication s'annonce par un surcroît dans l'intensité des douleurs ; bientôt la région mastoïdienne se gonfle ; elle devient rouge, sensible, et après un temps variable la fluctuation s'y fait nettement sentir. L'abcès, ouvert spontanément ou par la main du chirurgien, permet à un stilet d'arriver directement sur l'os, qui est dénudé dans une étendue variable.

¹. On pourrait, jusqu'à un certain point, prévoir les résultats de l'opération en appliquant la montre sur la voûte du crâne ; car, si son tic-tac est perçu du côté de l'oreille envahie par le polype, cela prouve que l'oreille interne est intacte, et que l'extirpation du polype, en permettant l'accès des ondes sonores, rétablira la fonction auditive ; mais encore, pour cela, faut-il que l'appareil de transmission, c'est-à-dire le tympan et surtout les osselets, ne soient point trop endommagés.

L'ouverture peut se fermer en quelques jours ou se transformer en fistules qui ne se tarissent qu'après l'élimination de petits séquestres.

Au début, on pourrait chercher, par l'application de sangsues et de cataplasmes, à prévenir le développement de la périostite ; dès que la suppuration existe, il faut ouvrir au pus une large voie et laver fréquemment son foyer.

L'INFLAMMATION DES CELLULES MASTOÏDIENNES est bien plus sérieuse que la périostite extérieure de l'apophyse, surtout lorsque cette inflammation arrive à suppuration, car la position déclive de ces cellules ne se prête pas à l'écoulement du pus.

L'inflammation des cellules mastoïdiennes est consécutive à une *myringite* ou à un *catarrhe purulent de la caisse*. Son invasion s'annonce par une douleur assez vive siégeant au niveau de l'apophyse mastoïde ; les téguments de cette région se gonflent, s'œdématisent¹ et bientôt on peut percevoir la fluctuation, car il est ordinaire de voir le pus perforer la lamelle osseuse qui le sépare de l'extérieur et venir se répandre au-dessous des téguments. L'abcès ouvert, les accidents se calment, mais il s'établit une ou plusieurs fistules dont la guérison est toujours difficile.

Mais, au lieu de s'ouvrir à l'extérieur, le pus peut se frayer une voie dans la *cavité crânienne* ; on voit alors éclater les symptômes d'une *méningo-encéphalite* ou même de l'*infection purulente*, et le malade succombe.

Traitement. — Dès qu'on a acquis la certitude de l'existence du pus dans les cellules mastoïdiennes, il faut lui ouvrir une voie, et prévenir ainsi les accidents que peut entraîner son ouverture spontanée dans la cavité crânienne. Pour cela, après avoir incisé les téguments immédiatement en arrière de l'insertion du pavillon², on perfore l'apophyse mastoïde

1. L'examen du conduit auditif révèle l'existence d'une rougeur de la peau avec gonflement œdémateux circonscrite à la paroi postérieure du conduit auditif osseux.

2. L'apophyse devra être attaquée au niveau du bord supérieur du conduit auditif externe et l'instrument sera dirigé parallèlement à la paroi postérieure du conduit, c'est-à-dire horizontalement et légèrement en avant. Il est parfois nécessaire de traverser une couche osseuse assez épaisse, mais on devra s'arrêter lorsqu'on aura péné-

avec un fort bistouri, avec la gouge et le maillet ou avec un petit trépan, et l'on y pousse de fréquentes injections. Pour que le lavage soit complet, il faut que la membrane du tympan soit perforée, ce qui est très habituel ; si elle était intacte, il serait indiqué de la perforer et de débarrasser le conduit auditif des polypes ou fongosités qui peuvent s'y rencontrer.

VI. — Maladies de l'oreille interne.

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

L'oreille interne peut être lésée dans les cas de *fractures du rocher*, ou même par un violent ébranlement du crâne, alors même qu'il n'y a pas fracture. Un coup violent appliqué sur l'oreille, ou même une forte détonation produite dans son voisinage, peut amener dans l'oreille interne des désordres dont l'existence se trouve prouvée par la surdité, mais dont la nature n'est pas bien connue.

Le *diagnostic* des lésions traumatiques de l'oreille interne s'établit : 1° sur la production subite d'une *surdité unilatérale*, succédant à une des causes que nous venons d'indiquer ; 2° sur la constatation de l'intégrité de l'oreille moyenne, du tympan, des osselets, etc. ; c'est donc par exclusion que l'on établit ce diagnostic.

Les surdités traumatiques s'améliorent rarement.

Le *traitement* consistera dans l'emploi des antiphlogistiques et de quelques sangsues appliquées derrière l'oreille ; il aura pour but de prévenir le développement d'une otite interne que l'on a vu plusieurs fois se déclarer dans cette circonstance.

MALADIE DE MENIÈRE.

En 1861, Menière appela l'attention sur une maladie dont les caractères cliniques offrent une ressemblance frappante avec une *congestion cérébrale apoplectiforme*, et dont les caractères

sont à une profondeur de 14 à 15 millimètres sans rencontrer les cellules mastoïdiennes car, plus loin, on courrait le risque de pénétrer dans le crâne ou dans le sinus latéral (Duplay).

tères anatomiques sont une altération du labyrinthe, portant soit sur les canaux demi-circulaires, soit aussi sur le vestibule et le limaçon, ou d'une manière générale ayant pour résultat une augmentation de pression du liquide intra-labyrinthique.

Étiologie. — D'ordinaire, la maladie de Menière éclate spontanément chez les individus en pleine santé, sans causes occasionnelles appréciables; car quelle peut être l'influence de l'exposition au froid, au soleil, etc. ?

Parfois elle se produit dans le cours d'une otite moyenne chronique; elle peut aussi reconnaître une origine traumatique et survenir à la suite d'une fracture du rocher ou d'un violent ébranlement du crâne¹.

Pathogénie. — Quelques rares autopsies ont appris que la maladie de Menière se rattache à des lésions du labyrinthe, surtout à une hémorragie dans sa cavité².

Symptômes. — La maladie de Menière a toutes les allures d'une attaque d'apoplexie; qu'on en juge: Voici un individu dont la santé est parfaite; tout à coup il est pris de vertige, d'étourdissements, de tintements d'oreilles; sa face présente une pâleur syncopale, il éprouve des nausées et des vomissements; souvent il tombe privé de connaissance; parfois il peut se tenir debout, mais il est titubant, tout tourne autour de lui.

1. Quelques auteurs ont rapporté, mais sans preuves suffisantes, à la maladie de Menière, les surdités qui surviennent dans le cours du typhus, des fièvres graves, des exanthèmes, de la syphilis, etc.

2. L'expérimentation physiologique vient prêter son appui à cette opinion. En effet, dans la maladie de Menière, les symptômes principaux sont: 1° Le vertige: or on sait que le vertige accompagne toute augmentation de pression du liquide intra-labyrinthique; si donc la cause de cette pression anormale ne se trouve ni dans le conduit auditif ni dans la caisse, on peut admettre qu'elle siège dans le labyrinthe, et qu'elle consiste en une hémorragie. — 2° Les troubles de l'équilibre; or les expériences de Flourens ont appris depuis longtemps que les lésions des canaux demi-circulaires (renfermés dans le labyrinthe) déterminaient des troubles de l'équilibre. — 3° Les bourdonnements sont le résultat de l'excitation pathologique des filets du nerf acoustique, excitation dont la cause la plus ordinaire est une augmentation de pression du liquide intra-labyrinthique. — 4° La surdité peut reconnaître une foule de causes; toutefois, dans certains cas de maladie de Menière, elle a paru se borner à certains sons, ce qui serait la preuve d'une lésion partielle des fibres de Corti.

Cet état dure quelques minutes, une demi-heure, quelques jours; puis le malade revient à lui, conservant de son attaque une surdité plus ou moins complète, uni ou bilatérale, et qui, chose remarquable, est parfois limitée à certains sons; les bourdonnements peuvent également persister.

La maladie de Menière ne rétrograde pas, les attaques se répètent à des intervalles variables, mais finissent par déterminer une surdité complète.

Traitement. — C'est en vain que l'on a employé les moyens les plus divers, tels que les révulsifs, l'électricité, le calomel, l'iodure de potassium, etc., on n'a obtenu aucun succès.

Charcot a préconisé l'emploi du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme par jour et ce traitement paraît avoir été suivi de quelques succès, du moins en ce qui concerne les troubles de l'équilibre, car la surdité n'est pas plus influencée par ce mode de traitement que par les autres.

LÉSIONS DIVERSES DE L'OREILLE INTERNE.

Nous ne signalerons que pour mémoire l'otite interne, décrite par Voltolini, otite qui n'est probablement pas autre chose qu'une myringite.

On a observé quelques cas de tumeurs du nerf acoustique, du limaçon, des altérations diverses (hyperhémie, épaissement, atrophie) du labyrinthe membraneux; ces dernières lésions, impossibles à diagnostiquer et d'ailleurs fort rares, se sont accompagnées d'une surdité plus ou moins complète.

VII. — Complications dans le cours des maladies de l'oreille.

Ces complications résultent de l'extension de la phlegmasie aux organes qui avoisinent l'appareil auditif. Ce sont: 1° la méningite et l'encéphalite; 2° la paralysie faciale; 3° la phlébite et la thrombose des sinus de la dure-mère; 4° l'ulcération des vaisseaux.

MÉNINGO-ENCÉPHALITE. — ABCÈS DU CERVEAU.

n'est pas très rare de voir se produire, chez les malades atteints d'otite purulente, des méningo-encéphalites circonscrites ou diffuses et des abcès intra-crâniens. Souvent consécutifs à la carie ou à la tuberculisation du rocher, ces accidents ont été maintes fois observés en l'absence de toute altération osseuse et par le seul fait de l'otite purulente.

La méningo-encéphalite s'annonce par des douleurs de tête très vives, par des vomissements, de la constipation, des convulsions, des contractures, des paralysies, et le malade succombe dans le coma.

L'abcès du cerveau se traduit par des symptômes à peu près semblables, mais dont l'évolution est chronique. En raison du mode de développement de l'apophyse mastoïde, il siège de préférence dans le lobe temporal chez l'enfant, dans le cervelet chez l'adulte.

Lorsque les accidents commencent à se développer, il faut se hâter d'agir énergiquement sur l'altération de l'oreille qui en est le point de départ; parfois l'ablation de polypes, de fongosités, de corps étrangers, la perforation de la membrane du tympan qui s'opposait à l'écoulement du pus, ont pu arrêter les accidents. En outre, il est indiqué de trépaner le crâne et de drainer l'abcès.

PARALYSIE FACIALE.

Le nerf facial traverse le rocher et ne se trouve, dans son trajet intra-osseux, séparé de la muqueuse de la caisse, que par une lamelle osseuse extrêmement mince; c'est ce qui explique la facilité avec laquelle ce nerf est altéré et, par suite, la parésie ou même la paralysie de la moitié correspondante de la face.

PHLÉBITE ET THROMBOSE DES SINUS DE LA DURE-MÈRE.

Le rocher et l'apophyse mastoïde sont, du côté de leur face crânienne, creusés de canaux destinés à loger les sinus pétreux, supérieur et latéral; les inflammations de l'oreille peu-

vent se propager à ces sinus d'autant plus aisément que d'étroites connexions rattachent la circulation de l'oreille à ces sinus; d'ailleurs les phlébites et thromboses sont encore plus souvent l'effet d'une irritation de voisinage. Ces *phlébites* se traduisent par des symptômes qui, d'abord assez semblables à ceux de la méningite, se rapprochent ensuite de ceux de l'infection purulente; aussi est-il assez difficile de porter un diagnostic précis sur la nature de la complication. Incertitude en réalité peu importante, puisque le traitement sera le même¹.

ULCÉRATIONS DES VAISSEAUX.

Dans le cours des maladies de l'oreille, on a observé des ulcérations, soit de la veine jugulaire interne, des sinus pétreux ou latéral, de l'artère méningée moyenne, soit moins rarement de la carotide interne. Cette grave complication se traduit par une *hémorrhagie*, qui se manifeste spontanément ou à l'occasion d'un effort de toux.

Cette hémorrhagie peut être foudroyante; dans d'autres cas, la perforation est plus petite, l'écoulement sanguin s'arrête, mais momentanément, et après un laps de temps assez variable, le malade succombe.

Il est malheureusement assez difficile de reconnaître le vaisseau ulcéré². Cependant le sang artériel est rutilant, il s'écoule par saccades, et l'hémorrhagie diminue par la compression de la carotide primitive.

Si l'on reconnaît que l'hémorrhagie est artérielle, il ne faut point hésiter à pratiquer la ligature de la carotide primitive.

PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES OU RÉFLEXES.

Dans le cours des maladies de l'oreille, on voit survenir certains phénomènes nerveux qui se produisent par action réflexe. Tels sont les *nausées* et les *vomissements*, les *convulsions épi-*

1. Consulter LANCIAL, *Thrombose des sinus de la dure-mère*, G. Steinhil, éditeur.

2. Ainsi Syme, croyant avoir affaire à une ulcération de la carotide interne, lia la carotide primitive, tandis que l'hémorrhagie provenait du sinus pétreux supérieur.

leptiformes, qui s'associent souvent au vertige et paraissent se rattacher aux lésions de l'oreille interne ; une *toux* opiniâtre, que l'on a cherché à expliquer par la distribution du nerf pneumogastrique qui envoie un filet au conduit auditif externe ; la *salivation*, qui ressemblerait à cette salivation que produit l'excitation expérimentale de la corde du tympan, etc.

VIII. — De quelques symptômes communs à un grand nombre de maladies de l'oreille.

OTALGIE.

La névralgie de l'oreille, distincte des douleurs de l'otite, consiste en une douleur vive et passagère, intermittente, souvent liée à une carie dentaire, elle peut être le symptôme réflexe de lésions éloignées (ulcérations de l'épiglotte).

Son diagnostic s'établit sur l'examen négatif de l'oreille.

BOURDONNEMENTS. — TINTEMENTS D'OREILLE.

Le bourdonnement d'oreille consiste en sons ou bruits divers perçus en dehors de toute cause extérieure capable de les produire.

Leurs caractères, leur intensité, leur durée présentent des variétés infinies (bourdonnement d'une mouche, sifflement du vent, bruit de la mer, de l'eau en ébullition, etc., de cloches, etc.). Ils augmentent souvent par la position horizontale, par les excès, la fatigue, etc. On peut parfois en diminuer l'intensité par la pression exercée avec le doigt sur l'apophyse mastoïde.

Les bourdonnements reconnaissent pour cause *une irritation des filets terminaux du nerf auditif liée à un changement de pression du liquide labyrinthique.*

Les bourdonnements s'observent dans deux circonstances :

1° *Maladies de l'oreille.* — Nous avons vu que presque toutes les maladies de l'oreille s'accompagnent de bourdonnements liés à une augmentation de pression du liquide labyrinthique

(maladies du conduit auditif, accumulation de cérumen, maladies du tympan, de la caisse, de la trompe d'Eustache, maladie de Menière).

2° *Etats indépendants de l'oreille.* — Les bourdonnements s'observent après l'administration du sulfate de quinine, dans l'anémie, la neurasthénie, la chlorose, les maladies du cœur, du cerveau etc., et ils résultent également dans ces cas d'un changement de pression (anémie ou congestion) du liquide intralabyrinthique.

Le bourdonnement étant un *symptôme*, sa destinée est liée à celle de la maladie qui le provoque.

PARACOUSIE. — AUTOPHONIE.

La paracousie consiste dans une perception inexacte des sons, qui sont plus graves ou plus élevés, ne sont perçus qu'au milieu du bruit, donnent à chaque oreille des sensations différentes (paracousie double), le malade entend résonner sa voix dans sa propre oreille (autophonie). Ce sont là des symptômes communs à un grand nombre de maladies de l'oreille.

SURDITÉ. — SURDI-MUTITÉ.

La surdité est un symptôme commun à un grand nombre de maladies de l'oreille, on ne pourrait que répéter ce que nous avons déjà dit dans leur description.

Mais il convient de dire un mot de la surdi-mutité.

La surdi-mutité n'est pas un état spécial, elle est le symptôme des lésions de l'oreille (appareil conducteur du son ou appareil nerveux destiné à le recevoir) qui entraînant la surdité à une époque où l'enfant n'a pas encore parlé (ou a commencé à peine à le faire) le mettent dans l'impossibilité de recevoir l'éducation de la parole. On sait combien l'otite moyenne est fréquente chez les nouveau-nés et les jeunes enfants.

Si la surdité est incomplète ou si l'enfant a déjà parlé, l'examen de l'oreille fera parfois découvrir une maladie curable. Si la surdité est congénitale, il n'y a rien à espérer et il faut donner à l'enfant l'instruction des sourds-muets.