

Le diagnostic de l'existence et a fortiori de la nature et du siège d'une complication intra-crânienne est donc des plus difficiles souvent, parfois impossible. Toutefois on peut tenter d'en grouper les éléments : ils sont réunis dans le tableau synoptique de la page 613, essai de diagnostic différentiel aussi peu artificiel que possible.

CHAPITRE VI

RELATIONS DES MALADIES DE L'OREILLE AVEC LES DIVERS ORGANES ET APPAREILS ET AVEC LES AUTRES MALADIES

Le diagnostic d'une maladie de l'oreille ne serait point complet si le médecin ne portait pas ses investigations au delà de l'oreille et de la zone adjacente. En vérité une lésion auriculaire peut d'une part avoir un retentissement à distance et d'autre part représenter une atteinte locale d'une maladie à siège éloigné ou même de cause générale. C'est à la recherche de ce lien étiologique que ce chapitre s'efforcera de concourir.

§ 1. — Influence des maladies de l'oreille sur les divers organes et appareils.

Placés à l'entrée des voies aériennes, en constituant même la portion initiale, les fosses nasales, le pharynx, le larynx pouvaient avoir une influence considérable au point de vue pathologique sur les autres organes ou appareils. Il ne peut en être ainsi pour l'oreille, dont les conditions anatomiques et physiologiques sont toutes différentes. L'influence de l'oreille malade ne s'exerce que dans un rayon très circonscrit, sur le système nerveux et sur les organes immédiatement adjacents. Et encore est-ce plus souvent à la suite des complications des lésions de l'oreille qu'à la suite de ces lésions primitives elles-mêmes que ces atteintes deviennent possibles.

I. ORGANES DES SENS. — PHONATION. — L'influence des maladies de l'oreille sur les organes des sens est minime ; elle est plus importante en ce qui concerne la phonation.

1° Sur *l'appareil de la vision* cette influence a été étudiée en détail à propos des affections oculaires (page 255) et rappelée à propos des complications des otites. Il n'y a pas lieu d'y revenir.

2° L'influence sur *l'appareil de la gustation* a été signalée plus haut (page 605) à l'occasion des paralysies faciales. Les troubles du goût seraient en vérité moins rares qu'on ne l'avait supposé et Urbantschitsch, en les recherchant systématiquement et avec soin, a trouvé les « anomalies gustatives très fréquentes », consistant « tantôt en une simple diminution de la sensation, tantôt en une abréviation ou une suppression totale de la perception consécutive, tantôt en un simple retard de sensation ». L'altération des *sensations tactiles* sur les parties latérales de la langue est souvent, mais non toujours, concomitante des troubles gustatifs.

3° Quant aux *troubles de l'odorat* consécutifs aux maladies de l'oreille, ils ne peuvent guère résulter que de lésions étendues de la base de l'encéphale, consécutives à une complication encéphalique de l'otite. Les troubles de l'odorat concomitants non seulement de troubles de l'ouïe, mais encore de la vue et compliquant une hémiplegie avec hémianesthésie, révèlent des lésions de la capsule interne.

4° Bien que le larynx ne soit pas un organe des sens, la *phonation* est une fonction de relation d'une importance telle qu'il est logique d'étudier, à la suite des troubles des organes des sens, ceux de la phonation consécutifs aux maladies de l'oreille.

Chez l'adulte, la surdité modifie à tel point la phonation que les sourds se reconnaissent souvent à la façon dont ils parlent. Le sourd parle en effet ou trop haut ou trop bas, car il n'entend pas sa voix. Pour la voix chantée, ce sont les nuances qui deviennent défectueuses, dès les premières atteintes de la surdité, en raison du défaut de contrôle de la voix par l'ouïe. Certains sujets atteints de défauts de prononciation ne présenteraient cette infirmité que parce que leur oreille ne perçoit pas cette articulation défectueuse (Natier et Rousselot).

Chez l'enfant, le rôle de la surdité est considérable. Si l'enfant devient sourd alors qu'il sait parler, entre 4 et 8 ans par exemple, la mutité est possible, mais elle est évitable, si une éducation appropriée entretient la pratique de la parole et développe l'habitude de « lire sur les lèvres ». Si l'enfant est sourd à la naissance ou le devient dans les années qui suivent, qu'il s'agisse de surdité par malformation ou par

affection cérébrale ou auriculaire, la mutité est fatale, si la surdité est complète ; si celle-ci n'est pas absolue, le langage pourra lentement et péniblement être acquis, à l'aide d'un traitement approprié, auquel concourront la vue, le toucher, les exercices respiratoires et phonétiques.

II. SYSTÈME NERVEUX. — Qu'elle soit d'ordre psychique ou bien de nature réflexe et due à des troubles vaso-moteurs, ou enfin de cause directe et due à des lésions anatomiques, l'influence des otopathies sur le système nerveux est indiscutable.

1° *États d'excitation.* — Ce sont des sortes de psychoses, susceptibles de devenir, chez les prédisposés, de la manie, du délire, de l'aliénation mentale. Les bruits subjectifs, bourdonnements ou autres, les illusions ou les hallucinations de l'ouïe aboutissent parfois à une folie particulière : le malade se croit persécuté, poursuivi, menacé, injurié et il finit souvent par le suicide.

2° *Symptômes de dépression.* — On observe, à la suite des vertiges et des bourdonnements qui accompagnent certaines obstructions par bouchons de cérumen ou certains catarrhes de la caisse, et à la suite des otites purulentes, de la fatigue cérébrale, des troubles de la mémoire, de l'obscurité de la pensée, de la mélancolie, une faiblesse irritable, la perte de l'appétit et du sommeil. Ces phénomènes rétrocedent généralement, quand disparaît la cause qui les a produits ; mais quelquefois les malades prédisposés deviennent des névrosés.

Ainsi la *neurasthénie* s'observe assez communément à la suite des affections de l'oreille qui ont une marche lente mais progressive vers la surdité. L'intensité des bruits subjectifs et surtout leur continuité agissent à la longue sur les cerveaux les mieux équilibrés. Quant à la surdité, elle oblige le malade à une tension d'esprit perpétuelle, à une attention constante, en raison de l'insuffisance de l'organe auditif. La fatigue, le mécontentement, l'irritabilité de tels malades les conduisent souvent à la neurasthénie. Un syndrome observé fréquemment chez les neurasthéniques, l'agoraphobie, a quelquefois pour cause occasionnelle une lésion auriculaire accompagnée de vertiges et de bruits subjectifs ; parfois encore la lésion auriculaire entretient une agoraphobie de cause extra-auriculaire (Lannois).

Le vertige auriculaire ordinaire ou le vertige compliqué d'ictus et de surdité qui caractérise le syndrome de Ménière ont été, en raison de leur importance, étudiés à propos de l'examen clinique subjectif (p. 505).

Quant aux symptômes qui traduisent la réaction du système ner-

veux central à la suite d'une lésion d'origine otique, leur étude doit accompagner celle des complications encéphaliques des otites, envisagées plus haut (p. 607).

III. APPAREIL CIRCULATOIRE. — L'influence sur l'appareil circulatoire s'exerce soit par l'intermédiaire des nerfs grand sympathique et pneumogastrique, soit directement.

Par l'intermédiaire du grand sympathique, les affections de l'oreille peuvent déterminer la rougeur par *vaso-dilatation* de la face et du cou ou l'apparition de *bruits pulsatiles*, fugaces et intermittents. Par voie réflexe également, ou directement par le pneumogastrique, les otopathies agissent sur la *pression vasculaire* et sur le *rythme cardiaque*, même en dehors de toute lésion cérébrale : en effet la fréquence du pouls au cours de la méningite, son ralentissement révélant la compression encéphalique sont des phénomènes d'un autre ordre, traduisant les complications de l'otite plutôt que l'otite elle-même.

L'influence des otites et des mastoïdites sur l'*infection veineuse* résulte d'une action directe. Elle a été étudiée à propos des complications (p. 605).

Quant au rôle que jouent les otopathies dans les *infections générales*, il s'explique par une pathogénie analogue et l'étude clinique de ces cas a été exposée plus haut (p. 611).

§ 2. — Relations des affections de l'oreille avec les principales maladies générales.

I. RELATIONS AVEC LES MALADIES INFECTIEUSES. — Les maladies infectieuses représentent les causes les plus fréquentes des affections de l'oreille.

1° *Grippe.* — De toutes les *maladies infectieuses aiguës*, c'est très probablement la *grippe*, qui a le plus de prédilection pour l'oreille, surtout depuis la grande épidémie de 1889-1890.

L'otalgie simple n'est vraisemblablement que l'expression d'une localisation de la grippe sur certaines parties des voies aériennes supérieures (pharynx, larynx) ou sur le nerf trijumeau.

Sur le tympan et au fond du conduit, on observe assez souvent des phlyctènes à contenu séro-hématique, de couleur rouge-bleu, ou des ecchymoses uniques ou multiples des dimensions d'une tête d'épingle ou d'un pois, que certains regardent comme caractéristiques de la grippe, mais qui en vérité n'ont pas ce caractère spécifique (Schwartz).

L'otite moyenne s'observe surtout au cours de la grippe à forme respiratoire, mais il n'y a pas de parallélisme fatal entre l'intensité de la grippe et celle de l'otite (Moure). Le germe de la grippe paraît agir soit à la faveur de son association avec le staphylocoque et le streptocoque dont il exalterait la virulence, soit en modifiant par ses toxines la résistance de l'organisme. Outre les otites moyennes catarrhales simples, on observe des otites hémorragiques ou purulentes : les formes hémorragiques n'ont pas la fréquence qu'on avait cru pouvoir leur attribuer. Parfois l'exsudat purulent vient pointer en forme de « pis de vache », avant que la perforation se fasse. Enfin la localisation de l'infection à l'attique, signalée comme spéciale à la grippe, est une rareté. La sécrétion est séro-hématique ou hémato-purulente, très abondante, dans l'influenza. La guérison serait plus lente que pour les autres otites suppurées.

La participation de la mastoïde à l'infection est fréquente : cette complication répondrait à plus de 50 0/0 des cas, d'après Jansen, et aurait exigé l'intervention dans 25 0/0. Ces chiffres sont exagérés, à en juger d'après notre pratique ; il s'agissait probablement d'otites non soignées à leur début. Bien que l'on ait pu dire, dans les formes à lésions osseuses précoces, prédominantes et extensives, qu'il s'agissait d'une ostéite primitive (Körner), il est plus probable que l'infection part toujours de l'oreille moyenne, qu'elle lèse plus ou moins selon les cas, pouvant même ne pas déterminer de perforation du tympan, ainsi que nous l'avons observé deux fois. Les mastoïdites grippales ont une tendance marquée à évoluer plutôt vers la profondeur que vers la surface, d'où la fréquence des formes graves : panotite, phlébite des sinus, complications intra-crâniennes, septicémie.

La participation de l'oreille interne à la grippe est une rareté. On a décrit quelques cas de surdité par lésions labyrinthiques (Lannois, Barnick) ou par névrite du nerf acoustique (Gradenigo), et des cas de bourdonnements, vertiges et vomissements attribués plutôt à l'hyperhémie labyrinthique ou à l'intoxication grippale (Bonnier), c'est-à-dire au labyrinthisme plutôt qu'à une labyrinthite.

2° *Fièvre typhoïde*. — Les complications du côté de l'oreille auraient une fréquence, difficile à déterminer avec exactitude du reste, évaluée entre 2 0/0 environ (Bürkner) et 4 0/0 (Bezold). La très grande majorité représente des otites moyennes suppurées. Les complications apparaissent surtout entre la 4^e et la 5^e semaine, alors que la fièvre a le type rémittent, et l'hyperthermie qu'elles déterminent a pu faire croire plusieurs fois à des rechutes de dothiéntérie.

Les complications du côté de l'oreille externe sont des raretés. Les cas de gangrène du pavillon, ou de parotidites ouvertes dans le conduit sont des exceptions. Nous avons vu, chez un convalescent, se succéder un furoncle du conduit, un adéno-phlegmon et une parotidite.

L'otite moyenne catarrhale ne s'observe presque jamais ; la suppuration est la règle. Par contre, on a vu des otorrhées cesser de suppurer pendant la période fébrile de la fièvre typhoïde et reprendre après la défervescence (Friedrich).

La mastoïdite complique volontiers l'otite typhoïdique. Elle se traduit quelquefois par la douleur osseuse, avant même que le tympan présente des signes marqués d'inflammation. Cette infection osseuse n'a pas les allures lentes et la tendance à la régression spontanée qui caractérisent les périostites et ostéites typhoïdiques en général (Brieger) ; nous l'avons cependant vu évoluer sous forme de mastoïdite de Bezold presque sans aucune douleur.

Au cours de la fièvre typhoïde, on observe souvent une surdité appelée nerveuse et qui en vérité est indépendante de toute lésion objective. Elle dépend du degré de torpeur du malade, atteint son maximum au moment de l'acmé et disparaît au début de la convalescence. Parfois même elle présente des rémissions concordant avec les bains froids. Il existe cependant quelques observations de surdités post-typhoïdiques accompagnées de bourdonnements, qui tiennent à des lésions de l'appareil de perception, anatomiquement constatées du reste. Mais dans l'interprétation des faits cliniques il faut être réservé et songer à la possibilité de l'action sur l'oreille de la quinine ou de l'acide salicylique employés au cours du traitement.

3° *Scarlatine*. — Elle tient le premier rang et de beaucoup parmi les fièvres éruptives. La fréquence de l'otite au cours de la scarlatine est assez mal déterminée : 20 à 30 0/0 d'après les statistiques exigües de Burckhardt-Mérian, 5 0/0 environ pour les adultes et 90 0/0 environ pour les enfants, d'après Roger. Mais ce qui est fort bien démontré, c'est le rôle joué par la scarlatine dans l'étiologie des otites chroniques et des surdités observées chez l'adulte : parmi les premières, en effet, 12 0/0 (Blau) reconnaissent comme cause la scarlatine ; la surdité plus ou moins complète s'observe dans 62 0/0 des cas d'otite scarlatineuse (Bezold) et enfin parmi les surdi-mutités acquises 19 0/0 ont pour origine la scarlatine.

Les soins apportés au nettoyage antiseptique journalier des fosses nasales et du pharynx permettent de diminuer considérablement les

complications otiques au cours des fièvres éruptives, en particulier scarlatine et rougeole, et aussi de la fièvre typhoïde.

La scarlatine compliquée de diphtérie pharyngée entraîne des complications précoces du côté de l'oreille moyenne : elles seront étudiées plus loin avec la diphtérie. D'autre part on a admis la possibilité d'une otite primitive, forme fruste et mono-symptomatique d'une scarlatine non accompagnée d'angine (Viry et Geschwind).

L'otite scarlatineuse typique apparaît plutôt à la période de desquamation, ce qui l'a fait regarder comme une localisation d'une infection générale due aux toxines, au même titre que la néphrite scarlatineuse (Voss). Elle s'annonce, vers la 3^e ou 4^e semaine, par l'hyperthermie, la douleur, l'insomnie, l'adénopathie cervicale péri-auriculaire : le tympan est rouge, épaissi, voussuré et la rétention peut déterminer l'apparition de symptômes pseudo-méningitiques, si la paracentèse n'est pas hâtive. La perforation spontanée est d'ailleurs rapide. Quelquefois on observe des formes à peu près indolores de l'otite suppurée, qui est presque chronique d'emblée. Le lieu d'élection de la perforation tympanique est le quadrant antéro-inférieur ; mais la perte de substance s'élargit rapidement, atteignant dans la moitié des cas les 2/3 ou la totalité de la membrane. La suppuration est très abondante ; la tendance à la chronicité ou à l'ostéite est des plus marquées.

La surdité, avec bourdonnements et vertiges, par lésion de l'oreille interne, peut succéder à l'otite suppurée. Elle peut également s'établir d'emblée, peut-être par action du germe scarlatineux sur le centre auditif. Elle peut exister temporairement au cours de l'affection. Elle peut enfin apparaître, pendant la convalescence ou après la guérison d'une scarlatine non compliquée d'otite, quelquefois seule, quelquefois accompagnant la néphrite. Il s'agirait alors vraisemblablement, soit de lésions épithéliales du labyrinthe, soit de modifications des liquides labyrinthiques, soit de lésions vasculaires.

4^e Rougeole. — Elle serait responsable de 3 0/0 des affections des oreilles en général, de 5 0/0 des otites suppurées et de 4 0/0 des surdités acquises (Blau et Bürkner).

L'inflammation aiguë desquamative du tympan, décrite par Gottstein, est caractérisée par la présence d'une sorte de pseudo-membrane épaisse, adhérente au tympan : elle a été observée sur des tympans perforés et au cours de la convalescence.

L'otite rubéolique typique est, au point de vue anatomique, concomitante de l'éruption. Au point de vue clinique, les cas légers d'érup-

tion sur la muqueuse de l'oreille moyenne et le catarrhe qui l'accompagnent passeraient souvent inaperçus.

Dans les autres cas, l'otite à forme catarrhale sans perforation du tympan est la plus commune. La membrane du tympan est mate, gris-rougeâtre ; parfois elle présente un plissement que Bezold regarde comme caractéristique. La guérison de cette otite catarrhale, à exsudat peu septique, se fait souvent par résorption en 2 à 6 semaines. Des récidives sont possibles, surtout si le naso-pharynx est atteint de catarrhe, à la suite d'une adénoïdite par exemple.

L'otite moyenne suppurée, plus rare, succède parfois à l'otite catarrhale, dont elle ne diffère que par un degré plus grand de septicité. Elle se montre surtout à la 2^e ou 3^e semaine, à la période de desquamation, bien qu'on en ait signalé des cas avant l'éruption. Elle entraîne la perforation du tympan ; elle peut se compliquer de caries, de polypes, de mastoïdite, de cholestéatome, enfin de lésions intra-crâniennes. On a signalé la nécrose aiguë ou noma de l'oreille moyenne, avec ulcération des gros vaisseaux.

L'otite interne est des plus rares. Elle peut succéder à l'otite moyenne. On a également cité des surdités subites avec ou sans vertiges (Moos), parfois accompagnées de troubles cérébraux ou psychiques, explicables par des lésions soit labyrinthiques, soit centrales selon les cas.

5^e Variole. — D'après les recherches anatomo-pathologiques de Wendt, elle atteindrait l'oreille chez presque tous les sujets. D'après les recherches cliniques d'Ogston, au contraire, la variole épargnerait l'oreille. Cette divergence s'explique sans doute par l'existence de lésions banales d'origine pharyngée, ou d'états fugaces dont la bénignité s'efface devant la gravité de la variole. On a signalé des pustules sur la peau du conduit osseux ou membraneux et d'autre part sur le naso-pharynx, autour de l'orifice tubaire ; on n'en a jamais observé sur le tympan. Ces lésions guériraient sans laisser ni sténoses cicatricielles, ni synéchies du conduit auditif ou de la trompe (Wendt).

6^e Diphtérie. — Elle se compliquerait d'otite souvent d'après les résultats d'autopsie (Lommel), rarement d'après les observations cliniques, 5 à 6 0/0 (Baginsky). Il s'agirait tantôt de diphtérie pure, tantôt de diphtérie associée, compliquant la rougeole et surtout la scarlatine. Les symptômes sont ceux de l'otite moyenne aiguë, avec température très élevée et douleurs très vives. L'exsudat pseudo-membraneux qui remplit la caisse a peu de tendance à déterminer la perforation du tympan. Des pseudo-membranes peuvent se développer aussi mais

rarement dans le conduit, au cours de la diphtérie grave, pure ou associée. On en trouverait aussi dans les cellules mastoïdiennes. La diphtérie a la même tendance que la scarlatine à produire la carie des osselets, des parois de la caisse, de l'antré et du rocher lui-même.

Enfin des surdités nerveuses peuvent succéder à la diphtérie, dues à de la névrite toxique, comme les paralysies postdiphtériques ; celles-ci du reste peuvent atteindre les muscles moteurs de la trompe en même temps que le voile du palais.

7° *Oreillons*. — Ils sont précédés (Comby) ou accompagnés d'une otalgie fugace. Ils déterminent peut-être, mais en tout cas exceptionnellement, de l'otite externe (Fournié) et rarement de l'otite moyenne catarrhale ou suppurée ; la préexistence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx favorise cette dernière complication.

La surdité ourlienne, qui est la lésion typique, n'est elle-même pas fréquente, quoique bien étudiée (Roosa, Lemoine, etc.). Cette complication n'est nullement fonction de la gravité des oreillons. Elle est souvent précoce, survenant du 1^{er} au 3^e jour, quelquefois vers le 7^e ou 8^e, rarement au delà. Tantôt elle s'accompagne de troubles purement locaux, douleurs, sifflements, bourdonnements, dont les uns, tels que les douleurs, sont fugaces, tandis que les autres, les bruits subjectifs, peuvent persister, quoique atténués, pendant un temps fort long. Tantôt l'apparition de la surdité est signalée par des vertiges, des troubles de l'équilibre, des nausées, des vomissements, constituant le syndrome labyrinthique, analogue au syndrome de Ménière, sauf l'ictus. Les vertiges, très fréquents, peuvent être tels, dans la station debout, que la marche devient impossible. Ils sont permanents ou surviennent par accès ; ils cèdent assez souvent spontanément ou sous l'action du traitement. Les nausées et les vomissements sont moins durables. Quant à la surdité, il est exceptionnel qu'elle disparaisse ; elle peut s'atténuer. Elle porte aussi bien sur la conduction aérienne que sur la crânio-tympanique. Le Weber est latéralisé au côté le moins malade. Le Rinne ne donne généralement pas de résultats.

8° *Érysipèle*. — Il est plus souvent le résultat que la cause d'une affection de l'oreille : l'eczéma du pavillon ou du conduit, les otites suppurées sont assez souvent le point de départ d'érysipèles de la face. Cependant on a signalé des otites moyennes consécutives à l'érysipèle (Schwartz) et il existerait même des congestions du labyrinthe (Haug) reconnaissant la même origine.

9° *Méningite cérébro-spinale épidémique*. — Elle peut atteindre le

labyrinthe par l'intermédiaire du nerf acoustique, donnant lieu aux symptômes de la suppuration du labyrinthe (page 508). Nous avons observé une otite moyenne suppurée huit à dix jours après le début d'une méningite cérébro-spinale dont le diagnostic avait été confirmé par la ponction lombaire.

10° *Typhus exanthématique*. — On a signalé le catarrhe aigu de l'oreille moyenne, consécutivement à la salpingite, quelquefois des otites moyennes suppurées : celles-ci seraient plus fréquentes dans le typhus à rechutes.

11° *Rhumatisme articulaire aigu*. — On a décrit une otite moyenne aiguë précédant le rhumatisme et une otite scléreuse consécutive. L'arthrite rhumatismale des articulations des osselets est possible, mais il n'existe pas d'observation probante.

12° *Tuberculose*. — L'otite tuberculeuse n'est pas très fréquente, puisqu'elle ne répond qu'à 0,7 à 0,9 0/0 des otites (Hegetschweiler). Elle s'observe chez les tuberculeux, plutôt à une période avancée de la maladie et sur 2 à 3 0/0 environ des tuberculeux (Moldenhauer). La tuberculose du tympan, sous forme de nodules miliars (Stacke) ou de tumeur tuberculeuse (Preysing), est une rareté.

L'otite tuberculeuse typique est une otite moyenne, à début insidieux passant inaperçu souvent du malade et restant inobservé du médecin, affection chronique d'emblée en quelque sorte. L'écoulement est fluide, séro-purulent, caséux, fétide et renferme des bacilles dans le quart des cas environ ; son abondance est des plus variables ; l'otorrhée ainsi née peut durer plusieurs années. Parmi les symptômes surajoutés, la douleur indique soit une infection secondaire, soit la rétention ; les bourdonnements et les vertiges annoncent soit la compression du labyrinthe, soit son atteinte directe. L'acuité auditive est plus ou moins modifiée selon l'état des lésions. La limite inférieure des tons bas serait abaissée (Bezold) chez les tuberculeux, dont les muscles accommodateurs de l'ouïe sont atrophiés ou détruits. La suppression des tons élevés indiquerait une atteinte légère du labyrinthe, la surdité complète révélerait la carie de l'oreille interne.

L'examen otoscopique montre des perforations ou multiples ou très étendues, à bords blafards, d'aspect macéré. Le tympan est pâle et granuleux, le promontoire revêtu d'un exsudat blanc grisâtre, derrière lequel l'os est trouvé malade dans les 2/3 des cas environ. La carie, portant sur les osselets ou sur les parois de la caisse et de l'apophyse mastoïde, est fréquente. Elle se traduit spontanément soit par l'élimination de séquestres en poussière, en lamelles ou en assez gros