

fragments, qui ne représentent qu'une minime fraction des parties nécrosées, soit par l'apparition d'une complication telle que fistule intarissable, paralysie faciale, hémorragie foudroyante par ulcération vasculaire, ou enfin infection endo-crânienne. D'autres complications de voisinage moins graves sont représentées l'une par les adénopathies multiples périauriculaires et cervicales, l'autre par une pharyngite spéciale, consécutive, d'après Monscourt, « à l'otorrhée gutturale », et caractérisée par des douleurs, de la paresthésie pharyngée, de la fétidité de l'haleine, de l'angine et de la pharyngite chroniques, tous symptômes attribués à l'écoulement permanent du pus par la trompe. Les otites des tuberculeux sont accompagnées 4 fois sur 5 de lésions du naso-pharynx (Fränkel) et la portion osseuse de la trompe est infectée dans 97 0/0 des cas (Hegetschweiler).

13° *Lèpre*. — Elle atteint souvent le pavillon de l'oreille qui présente l'infiltration et les nodules caractéristiques ; mais elle respecte le conduit. On a noté à l'examen clinique de l'épaississement du tympan, immobilisé par des adhérences au promontoire ou aux osselets ; on a trouvé une seule fois une otite suppurée avec perforation du tympan.

14° *Malaria*. — Il convient de l'étudier dans ses déterminations auriculaires à une place spéciale, après les maladies infectieuses ordinaires, aiguës ou chroniques. Elle se manifeste sous deux formes. Tantôt la détermination auriculaire à type intermittent est la seule manifestation d'une malaria larvée, tantôt elle est concomitante de l'accès palustre. L'otite intermittente, qui succède quelquefois à de l'angine ou à de la pharyngite, débute, généralement le soir ou pendant la nuit, avec la période de frisson, par de la céphalée, des bourdonnements, une sensation de plénitude, quelquefois du vertige ; puis la chaleur arrive, l'accès passe et tout rentre dans l'ordre (Weber-Liel) ; ces accès d'otite se renouvellent tous les 2 ou 3 jours. Le tympan et le conduit sont très hyperhémisés ; l'oreille moyenne contient un exsudat catarrhal, séreux ou séro-hématique ; parfois a été signalée la perforation du tympan avec un écoulement séro-hématique ou purulent. On a attribué cette otite à une trophonévrose du trijumeau.

Des otalgies simples ont été observées au cours de la fièvre intermittente, ainsi que des névralgies du nerf auriculaire postérieur et de la corde du tympan. Mais il existe aussi des otalgies suivies de surdité nerveuse (Garzia) : la douleur disparaît généralement avec l'accès ; la surdité peut persister. On a cité également des bourdonnements intermittents. Toutes ces formes de malaria à localisation auriculaire

seraient favorablement influencées par la quinine, ce qui confirme le diagnostic étiologique.

13° *Maladies vénériennes*. — Bien qu'on ait signalé d'une part la présence de gonocoques dans le pus d'une otite infantile (Flesch) et d'autre part la surdité bilatérale rapide au cours de la *blennorrhagie*, cette dernière affection ne paraît pas jouer un rôle appréciable en pathologie auriculaire.

Il en est autrement de la *sypphilis*. Sur le pavillon on a pu rencontrer le chancre initial, la roséole, des papules, des condylomes et des ulcérations secondaires, et aussi les syphilides nodulaires ou gommeuses de la période tertiaire. Dans le conduit et sur le tympan, on n'observe que des ulcérations ou des papules, rarement du reste (Kretschmann), quelquefois des gommages (Brieger, Baratoux). Des occlusions cicatricielles, des exostoses peuvent résulter de ces lésions.

L'orifice tubaire peut être le siège de lésions syphilitiques primitives, secondaires et tertiaires et ultérieurement de cicatrices.

L'oreille moyenne est atteinte par la syphilis soit directement, soit plutôt par l'intermédiaire du naso-pharynx (Bezold), qu'il s'agisse de syphilis acquise ou plus souvent de syphilis héréditaire (Fournier). Outre ces otites, catarrhales ou suppurées, généralement indolores ou à peu près, la syphilis produirait encore la sclérose de l'oreille moyenne (Gradenigo, Chambellan), surtout si à l'hérédité syphilitique s'ajoute l'hérédité auriculaire.

La forme clinique de beaucoup la plus commune due à la syphilis est l'*otite interne*. A la période secundo-tertiaire, à la suite de céphalée, apparaît de la dysécie, qui en quelques jours se transforme en surdité complète, accompagnée de bourdonnements, bruits subjectifs, vertiges, titubation marquée surtout dans l'obscurité (Schwartz). Quelquefois le début est apoplectiforme (Gradenigo). L'examen de la fonction auditive indique qu'il s'agit d'une surdité nerveuse ; abolition précoce de la perception crânienne des sons élevés, latéralisation du Weber du côté sain, Rinne positif. La syphilis héréditaire est susceptible de produire, surtout vers la puberté, cette variété d'otite, tout comme la syphilis acquise ; cette manifestation fait partie de la triade d'Hutchinson ; elle accompagne parfois la kératite interstitielle et est généralement bilatérale.

Enfin les *gommages* du cerveau ou les plaques de *méningite spécifique* de la base de l'encéphale peuvent atteindre le nerf acoustique soit isolément, soit en même temps que des fibres nerveuses voisines (Oppenheim).

II. — RELATIONS AVEC LES INTOXICATIONS. — L'influence des intoxications est intéressante à examiner, car elle se produit quelquefois accidentellement, mais aussi souvent au cours d'une action thérapeutique.

Les intoxications agissent sur l'oreille soit en provoquant des troubles vaso-moteurs, soit en influençant les centres nerveux ou le nerf auditif, soit enfin en déterminant de l'otite catarrhale à la suite d'une pharyngite. Les caractères cliniques et le pronostic varient selon la cause qui détermine ces troubles auditifs.

Parmi les médicaments proprement dits, il faut signaler en première ligne la quinine, les salicylates et même quelquefois l'antipyrine. Les bourdonnements et la surdité, accompagnés quelquefois de tintements, apparaissent avec la quinine sous l'action de doses plus faibles et disparaissent plus vite qu'avec les salicylates. Ces troubles sont passagers s'ils tiennent à des modifications circulatoires, définitifs s'ils sont la conséquence d'hémorragies labyrinthiques. D'autres médicaments à action vaso-motrice, le nitrite d'amyle, la pilocarpine, la belladone, la cocaïne ne produisent pas d'action nocive durable. L'iodure de potassium, quand il détermine de l'iodisme, peut entraîner du catarrhe de l'oreille moyenne, avec bourdonnements et dysécie, qui cède en général en peu de temps. Le mercure, en dehors de la syphilis, a une action nocive sur l'oreille interne; il en est de même du phosphore employé sous forme d'huile phosphorée (Castex).

Parmi les anesthésiques chirurgicaux, le chloroforme peut laisser après l'anesthésie, pendant des heures et quelquefois des jours, des bourdonnements et de la dysécie. On a même cité des surdités progressives par lésion de l'oreille interne ou moyenne: il ne faut admettre cette étiologie que sous réserve. L'éther et le bromure d'éthyle ne détermineraient que des troubles passagers.

Certains toxiques employés à titre d'habitude, à doses répétées, peuvent nuire à l'oreille. Ainsi le tabac détermine souvent de l'otite catarrhale, consécutivement à la pharyngite et quelquefois de la névrite du nerf acoustique, analogue à l'amblyopie tabagique. L'alcool a une double action, analogue à celle du tabac, auquel il est d'ailleurs habituellement associé. L'opium, le haschisch produisent des bourdonnements par congestion labyrinthique.

Enfin parmi les poisons proprement dits, le plomb sous ses diverses formes industrielles agit sur l'oreille moyenne et surtout sur l'interne: il détermine des bourdonnements et une dysécie à marche progressive, curable cependant, que l'on a attribuée soit à des lésions

vasculaires, soit à des exsudats développés dans le limaçon, soit enfin à l'inflammation du nerf acoustique. Le mercure aurait la même action. L'oxyde de carbone (Kayser) et le sulfure de carbone agiraient sur les vaisseaux du labyrinthe: ils déterminent des bourdonnements et de la céphalée, généralement de courte durée. L'anilisme chronique produit des troubles du même genre et en outre des troubles moteurs et sensitifs. L'arsenic donne lieu non seulement à de l'eczéma de l'oreille, mais encore à de l'otite interne.

Les poisons de l'oreille agissent à doses fortes ou prolongées: ils sont plus nocifs si l'oreille est déjà malade. Il faut, en outre, avant de leur attribuer un rôle étiologique important, s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une surdité due à une affection concomitante (maladie infectieuse, lésion nerveuse, ou enfin névrose, hystérie par exemple, provoquée par le toxique (Debove, Raymond).

III. — RELATIONS AVEC LES MALADIES PAR TROUBLE DE LA NUTRITION. — Ce sont le diabète et la goutte qui ont l'influence la plus marquée.

1° Diabète. — Il prédispose à l'otite comme aux autres infections et il imprime parfois aux affections de l'oreille un cachet particulier. L'eczéma récidivant du conduit, la furonculose à répétition, accompagnés d'un prurit des plus pénibles, ne sont point rares chez les diabétiques. L'otite catarrhale observée chez ces malades est d'origine pharyngée sans doute et ne présente pas de caractères spéciaux. Quant à l'otite moyenne suppurée, si elle peut évoluer sans caractères particuliers chez les diabétiques, elle peut également prendre chez eux une allure inquiétante. La brusquerie du début et l'intensité des douleurs ont été maintes fois signalées, de même que l'abondance de l'écoulement, qui est considérable; on a enfin décrit une forme hémorragique de l'otite suppurée chez les diabétiques. Quant à l'otite scléreuse, elle ne paraît pas plus intimement liée au diabète qu'à l'arthritisme en général.

La tendance des otites des diabétiques à l'aggravation par propagation rapide de l'infection à l'os est indiscutable; la mastoïdite avec nécrose diffuse est fréquente au cours du diabète. On a même parlé d'ostéites primitives de l'apophyse mastoïde (Kühn, Korner). Ces complications sont d'ailleurs curables par l'intervention; l'opération est, dans certains cas, aggravée par la tendance des tissus à l'hémorragie et au sphacèle.

L'otite interne diabétique par hémorragie intralabyrinthique est une rareté (Steinbrügge).

2° Goutte. — Elle détermine sur le pavillon la production de tophus

connus depuis longtemps. Dans le conduit, elle favoriserait le développement des exostoses; certains dépôts sur le tympan, d'apparence calcaire, sont peut-être des dépôts uratiques. Gellé a décrit une otite goutteuse à début brusque, avec dysécie progressive portant surtout sur la voix parlée et accompagnée de paracousie de Willis. On connaît également la fréquence relative de la surdité par sclérose progressive chez certains goutteux; mais il n'est pas toujours facile dans ces cas ni d'affirmer des lésions labyrinthiques, ni d'incriminer uniquement la goutte.

3° *Arthritisme*. — Cette diathèse a une action évidente sur l'écllosion de certaines surdités par sclérose primitive de l'oreille interne, surdités souvent héréditaires, précoces ou tardives et sur l'aggravation des otites moyennes catarrhales, dont elle facilite le passage à la sclérose secondaire extensive.

§ 3. — Relations des maladies de l'oreille avec les affections des principaux organes et appareils et avec les influences professionnelles.

Elles sont des plus importantes à connaître et des plus intéressantes à étudier.

I. APPAREIL RESPIRATOIRE. — Les voies aériennes supérieures ont une influence considérable sur l'oreille, tant au point de vue pathologique, qu'au point de vue physiologique. L'on a dit fort justement que « presque tout le mal qui est fait à l'oreille lui vient du nez » (Lermoyez). C'est la trompe d'Eustache qui constitue l'intermédiaire obligatoire entre le naso-pharynx et l'oreille.

Certains troubles auditifs résultent d'une simple altération de la fonction normale de la trompe, c'est-à-dire de l'insuffisance ou du défaut d'aération de la caisse. La rupture de l'équilibre de pression dans cet espace clos entraîne des modifications vasculaires qui peuvent peut-être exceptionnellement produire des épanchements séreux ou sanguins *ex vacuo*, mais qui certainement mettent l'oreille moyenne en déficit de résistance à l'égard des germes qui menacent de l'envahir.

Quant à l'excès de pression dans la caisse, consécutif au séjour du sujet dans l'air comprimé ou plus souvent à une exagération brusque et passagère, comme celle qui résulte de l'action de se moucher avec effort par exemple, il produit des ecchymoses ou des ruptures du tympan.

Les *catarrhes aigus du naso-pharynx* ne modifient que pour un temps assez court l'état de l'oreille. Il en est autrement des *catarrhes chroniques*. Ici l'hyperhémie passive de la muqueuse de la caisse, consécutive aux altérations tubaires (rétrécissement ou obstruction partielle) entraîne par sa durée un état pathologique difficile à différencier cliniquement de l'otite catarrhale d'origine inflammatoire. Du reste, indépendamment de la présence d'exsudats, dont la tendance à la résorption est moins grande que la tendance à la transformation fibreuse, l'obstruction tubaire a pour conséquences mécaniques l'enfoncement du tympan vers le promontoire, suivi d'atrophie ultérieure de la membrane, le changement de position d'équilibre des osselets, l'atrophie par inactivité des muscles tenseurs du marteau et de l'étrier qui restent fixés en leur attitude de traction, enfin la propulsion de l'étrier dans la fenêtre ovale. Finalement, cet état aboutit à l'otite moyenne adhésive, avec extension possible de la sclérose de l'oreille moyenne à l'interne, pour peu que l'état général du sujet s'y prête (arthritisme, artério-sclérose, hérédité).

Tout ce qui provoque et entretient le catarrhe naso-pharyngien a son retentissement sur l'oreille. Ainsi les sténoses nasales par déformation, hypertrophie, tumeurs, infiltration des parois de la cavité nasale; ainsi les lésions inflammatoires, syphilitiques ou tuberculeuses du cavum, ses tumeurs et surtout ses végétations adénoïdes.

Les paralysies du voile du palais ou les modifications apportées à ses mouvements par les tumeurs, les pertes de substance, les cicatrices retentissent également sur l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la trompe.

Outre ces influences d'ordre mécanique, il faut signaler le rôle important que joue le naso-pharynx dans les *infections de l'oreille moyenne*. On a trouvé dans la caisse le bacille de l'ozène (Abel) à la suite de la rhino-pharyngite atrophique ozéneuse. Les malades très amaigris, phthisiques avancés ou typhoïdiques à la 4^e ou 5^e semaine, chez qui l'ouverture pharyngienne de la trompe s'élargit à la suite de la disparition de son coussinet adipeux (Ostmann) seraient exposés de ce fait à des complications auriculaires. Mais en vérité dans l'infection le plus grand rôle appartient à l'exaltation de la virulence des germes normalement contenus en quantité innombrable dans le pharynx et à la diminution des moyens de défense de l'oreille moyenne, normalement protégée par l'épithélium cilié de la trompe d'Eustache et par la sécrétion bactéricide de sa propre muqueuse.

Les affections des parties de l'arbre respiratoire sous-jacentes au

carrefour naso-pharyngien peuvent retentir, comme celles de cet espace, sur l'état de l'oreille.

L'otalgie s'observe couramment au cours des affections ulcéreuses ou néoplasiques du *larynx*.

La *pneumonie* se complique volontiers d'otites soit catarrhales, soit suppurées, caractérisées par la présence presque constante (3 fois sur 4) du pneumocoque de Talamon-Frœnkel dans la sécrétion et aussi par l'exiguïté de la perforation du tympan, qui la rend pour ainsi dire invisible (Rasch). Il existerait une « otite moyenne pneumonique » (Zaufal) dont les allures seraient celles de la pneumonie : frisson initial, évolution cyclique et guérison en 7 à 8 jours.

La *broncho-pneumonie*, surtout chez l'enfant, se complique souvent d'otites secondaires. Inversement on a parlé de bronchites et broncho-pneumonies consécutives aux otites et dues à « l'aspiration » de particules septiques venues de l'oreille dans le naso-pharynx (Friedrich).

II. APPAREIL CIRCULATOIRE. — Bien que la carotide interne traverse le rocher, et que le bulbe de la jugulaire affleure le plancher de la caisse, malgré la présence de ses propres vaisseaux, venus de la carotide externe pour l'oreille moyenne, de la carotide interne pour l'oreille interne, l'organe de l'audition ne perçoit à l'état normal aucun bruit vasculaire. Ceux-ci deviennent perceptibles à l'état pathologique soit à la suite de maladies de l'organe de l'audition, soit à la suite d'affections cardio-vasculaires : ces derniers cas seuls sont à examiner ici.

Dans les *maladies du cœur* et des *gros vaisseaux* qui en naissent, les malades accusent des sensations de sifflement, de souffle, de pulsation, de choc. Ce sont les affections cardio-vasculaires accompagnées d'hypertension artérielle et de suractivité cardiaque qui donnent lieu surtout à des bruits continus pulsatiles. On les rencontre dans l'insuffisance aortique, les dilatations anévrysmales, l'artério-sclérose. C'est encore en agissant sur les centres vaso-moteurs que les traumatismes crâniens produisent des bruits d'oreille et de l'hyperhémie du tympan et du conduit (Schwartz). A titre de raretés, on peut citer le retentissement sur l'oreille des anévrysmes de la carotide interne, de la vertébrale, du tronc basilaire ou des communicantes. La modification des bruits par la compression des divers vaisseaux du cou permettrait quelquefois ce diagnostic topographique avant l'autopsie.

L'*artério-sclérose généralisée*, sénile ou précoce, facilite le développement de l'otite scléreuse primitive, qui est « la signature locale auriculaire de cette artério-sclérose généralisée » (Laurens).

Les *embolies* dans les vaisseaux de l'oreille moyenne et surtout dans

ceux de l'oreille interne sont extrêmement rares au cours des endocardites. Les premières se révèlent quelquefois par de simples ecchymoses du tympan, les secondes déterminent une surdité subite.

L'*anémie*, qu'elle soit le résultat de l'inanition, d'une hémorragie, ou qu'elle constitue une entité morbide (chlorose, anémie pernicieuse), détermine généralement des bourdonnements et du vertige, quelquefois de la dysécie ou de la surdité, dont l'origine est vraisemblablement labyrinthique. L'alimentation, le décubitus dorsal, l'aspiration de vapeurs de nitrite d'amyle atténuent ces phénomènes ; l'inanition, l'attitude debout, les épistaxis abondantes les font reparaître.

Dans la *leucémie*, c'est encore l'oreille interne qui est atteinte et aux bourdonnements et vertiges peut quelquefois se superposer le syndrome de Ménière (Schwabach).

Dans les *diathèses hémorragiques* (hémophilie, purpura, scorbut), on observe de la congestion intense, des ecchymoses ou des hémorragies profuses du tympan et de la muqueuse de la caisse, parfois elle-même remplie de sang (hématotympan).

III. — APPAREIL DE LA DIGESTION. — Les relations de l'état de l'oreille avec les affections dentaires et avec celles du pharynx sont les principales. Les rapports avec les affections dentaires sont de notoriété vulgaire ; on les a même exagérés. Il est certain que la carie dentaire ou l'état douloureux consécutif à l'avulsion d'une dent peuvent produire de l'otalgie, des bourdonnements et des vertiges ; nous avons observé dans un cas ces phénomènes portés à un tel degré d'intensité que le malade en était véritablement affolé. De même, certaines lésions de l'oreille déterminent un retentissement douloureux du côté des dents ; la disposition des branches du trijumeau explique ces faits. Mais il est peu vraisemblable que des épanchements sanguins, séreux et a fortiori purulents de la caisse puissent être la conséquence de la carie dentaire ; il y a simplement coïncidence.

Dans l'otite chronique suppurée, on a signalé des *troubles pharyngiens* et des *troubles gastro-intestinaux* résultant du passage du pus dans le pharynx par la trompe d'Eustache. Chez le nourrisson surtout (Hartmann), l'entérite consécutive à l'otite suppurée ne serait point exceptionnelle et on l'aurait vu cesser à la suite de la paracentèse du tympan (Ponfick).

Chez l'adulte, des troubles de l'ouïe peuvent apparaître à la suite d'affections de l'estomac. Chez l'enfant, on observe de la dysécie ou même de la surdité à la suite de l'helminthiase, sans doute par inhibition réflexe du nerf acoustique.

L'ictère au cours de l'otite simple est une rareté (Brieger). On voit quelquefois un peu de subictère après les opérations sur l'apophyse mastoïde : on l'attribue à la résorption des exsudats hémorragiques. Dans les complications septiques graves de l'otite, l'ictère indique la sévérité de l'infection.

IV. APPAREIL RÉNAL. — L'influence des *néphrites* sur l'oreille se manifeste surtout après les *néphrites* chroniques, parenchymateuses ou interstitielles (Dieulafoy).

Les hémorragies dans l'oreille moyenne se révèlent par la surdité, les bourdonnements et la coloration rouge bleuâtre du tympan (Trautmann). L'œdème du nerf acoustique se traduit par les symptômes de l'otite interne et par l'intermittence des modifications de l'ouïe parallèles à celles de l'œdème. Enfin des altérations cardio-vasculaires expliquent d'autres troubles de l'ouïe et les bourdonnements observés au cours des *néphrites* chroniques. On a affirmé, sans le démontrer, que le catarrhe aigu ou chronique et même l'otite purulente pouvaient résulter de la *néphrite* ; mais il est absolument certain que l'albuminurie, comme les autres dyscrasies, aggrave les otites (Voss).

V. APPAREIL GÉNITAL. — L'influence exercée par les affections de l'appareil génital est assez restreinte. L'otorragie remplaçant ou accompagnant la *menstruation* a été observée, accompagnée de céphalée, de vertiges, de bourdonnements, d'hyperesthésie du nerf acoustique, de modifications de la réaction électrique. Le sang paraît provenir soit des glandes cérumineuses, soit du tympan, soit de la caisse si le tympan est perforé. Il y avait dans plusieurs cas préexistence d'affections auriculaires (catarrhe ou otite suppurée).

La *grossesse* produit des troubles plutôt subjectifs ; elle aggrave quelquefois, dans un dixième des cas environ (Bezold), un catarrhe préexistant.

La *masturbation* détermine des bourdonnements d'oreille par l'irritabilité vaso-motrice qu'elle entraîne ; elle aggraverait les otites catarrhales ou suppurées.

VI. MALADIES CUTANÉES. — Le pavillon et le conduit peuvent être le siège de lésions d'herpès, d'impetigo, de pityriasis, de psoriasis ; mais l'affection la plus fréquente est l'*eczéma* ; la tuméfaction du conduit, la suppuration, puis l'épaississement des tissus donnent lieu à des aspects spéciaux du tympan et du conduit, qui ont été signalés plus haut.

VII. AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX. — L'oreille est atteinte au cours d'affections organiques du système nerveux encéphalo-médul-

laire et au cours des névroses et les troubles auditifs qui en résultent ont été bien étudiés par Collet (de Lyon).

1° *Tabes*. — Les troubles auditifs sont plutôt rares (Voigt, Marie et Walton) ; ils varient d'ailleurs suivant les sujets. Tantôt c'est une affection à allures lentes, avec bourdonnements, peu ou pas de vertiges, se distinguant de l'otite interne en ce que la perception des tons élevés est relativement bonne et celle des tons moyens ou graves altérée (Gradenigo). Tantôt l'affection a un début subit, apoplectiforme, comme le vertige de Ménière, et arrive très rapidement à la surdité. Le vertige tabétique pur se distingue du vertige labyrinthique du tabétique : dans le premier cas le malade est à la recherche de son équilibre ; dans le second il l'a absolument perdu. La paralysie de l'oculo-moteur commun, d'origine nucléaire, accompagne souvent ces troubles auriculaires.

2° *Sclérose en plaques*. — Les troubles auditifs ont été peu étudiés dans cette affection. Le début apoplectiforme, la surdité rapide, parfois susceptible d'amélioration, la participation fréquente du facial et du trijumeau observés dans ces cas révèlent des lésions de dégénérescence nucléaires ou périphériques.

3° *Paralysie bulbaire progressive*. — Elle épargne d'ordinaire les noyaux sensitifs : quand elle atteint le noyau du nerf acoustique et le noyau de Deiters, on observe des bourdonnements, de la dysécie et même de la surdité.

4° *Tumeurs*. — *Hémorragies*. — Leur symptomatologie varie suivant leur siège.

Les *tumeurs du bulbe* ne déterminent de troubles auditifs que si elles siègent sur le plancher du 4^e ventricule : la surdité s'observe du côté de la lésion, exceptionnellement du côté opposé, chez certains sujets, si la décussation des fibres ne s'est pas faite.

Les *tumeurs de la protubérance* déterminent dans un 1/4 des cas environ de la surdité avec bourdonnements, soit des deux côtés si la tumeur est étendue, soit d'un seul côté, surdité homonyme ou croisée, selon que la lésion est au-dessous ou au-dessus du point de décussation. La cécité et la paralysie faciale s'ajoutent parfois à la surdité.

Les *tumeurs des tubercules quadrijumeaux* déterminent des troubles auditifs (bruits subjectifs et surdité), bilatéraux ou unilatéraux et, dans ce dernier cas, croisés. En effet, les tubercules postérieurs représentent un relai pour les fibres acoustiques qui vont d'abord au corps genouillé interne, puis à l'écorce du lobe temporal du même côté.

Les *tumeurs du cervelet* intéressent très souvent le nerf auditif :