



UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 - N° 133

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

# TROUBLES PSYCHO-NEUROPATHIQUES EN OTOLOGIE

THESE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITE DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Avril 1924

PAR

**Radmilo SPALAIKOVITCH**

Né a NICH (Serbie), le 19 janvier 1899.

Examineurs de la Thèse	}	MM. MOURE, professeur.....	Président.
		VERGER, professeur.....	} Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

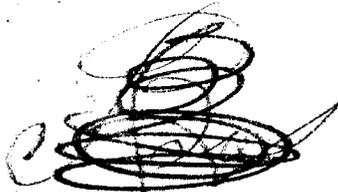
BORDEAUX

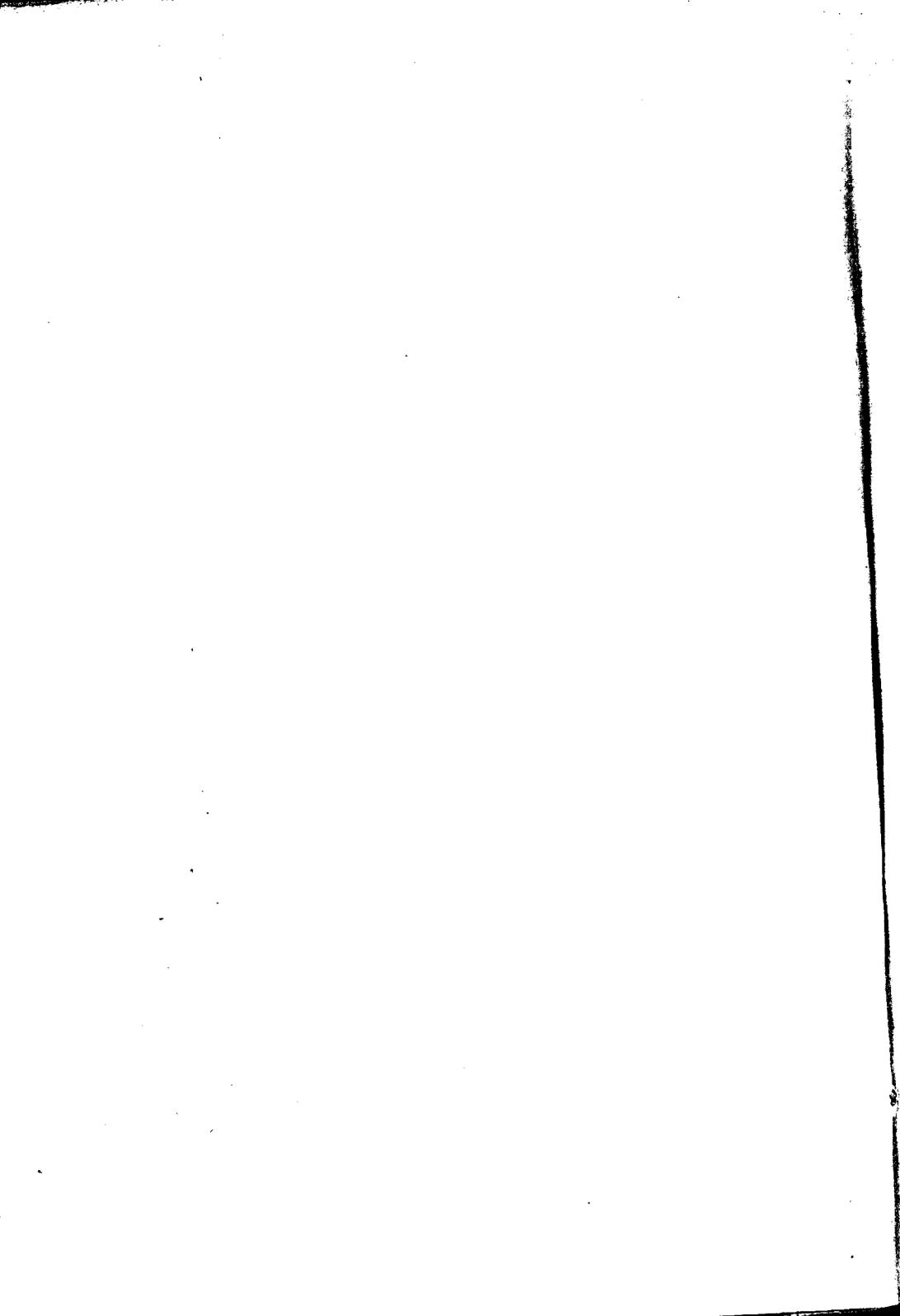
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. GADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924





UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 N° 133

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# TROUBLES PSYCHO-NÉVROPATHIQUES EN OTOLOGIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 Avril 1924

PAR

**Radmilo SPALAÏKOVITCH**

Né à NICH (Serbie), le 19 janvier 1899.

Examinateurs de la Thèse }  
MM. MOURE, professeur..... Président.  
VERGER, professeur..... }  
PERRENS, agrégé..... } Juges.  
JEANNENEY, agrégé..... }



BORDEAUX  
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS  
Y. CADORET  
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

## PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expérimental.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — GARLES (Thérapeutique et pharmacologie).  
PETGES Vénérologie.

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAUHIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.  
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

---

A LA DOUCE MÉMOIRE DE MON FRÈRE JIKA

QUI NOUS QUITTA SI TÔT

---

A MA MÈRE

Ta vie si droite, si honnête et courageuse sera l'exemple de la mienne. Depuis dix ans bientôt, tu n'as connu que le deuil et les peines. Comme je suis heureux aujourd'hui de te causer une grande joie.

A MA FEMME

Douce compagne dans la vie et dans le travail.

---

A MON FILS PIERRE

---

A MES BEAUX-PARENTS

Bien faible témoignage de ma gratitude et de mon affection.

---

A MONSIEUR ET MADAME LOUIS PINEAU

*Directeur de la Maison Worms et C<sup>ie</sup> à Rochefort-sur-Mer.*

Durant mon exil pendant la guerre, par votre affection et votre bonté, vous avez su adoucir mes peines. Je vous en remercie de tout mon cœur.

---

AUX MIENS ET A MES AMIS.

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PORTMANN**

*Chevalier de la Légion d'honneur,  
Officier de Saint-Sava (Serbie).*

Que je remercie bien sincèrement pour tant de bons conseils et pour sa bienveillante amitié à mon égard.

---

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT**

*Professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale,  
Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André,  
Correspondant national de la Société de Chirurgie,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,  
Officier de l'Instruction publique.*

J'ai passé dans votre service une année comme externe. C'est à votre enseignement si brillant que je dois la notion de l'examen méthodique des malades. Je vous exprime toute ma gratitude et mon admiration.

---

**A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY**

*Chirurgien des Hôpitaux,  
Décoré de la Croix de guerre.*

Étant externe dans le service du professeur J. Guyot, je vous ai connu. Vous avez été pour moi un bon conseiller et votre amitié m'est chère. Je vous en remercie bien sincèrement.

---

**A MES MAITRES**

**DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E.-J. MOURE

*Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie,  
Correspondant national de l'Académie de Médecine,  
Commandeur de la Légion d'honneur,  
Officier de l'Instruction publique,  
Grand'croix de l'ordre d'Isabelle la Catholique,  
Grand'Croix de l'ordre d'Alphonse XII.*

Vous m'avez accueilli comme externe, puis comme assistant dans votre service et fait le grand honneur de présider cette thèse; permettez-moi, aujourd'hui, de vous en remercier très respectueusement. Je garde pour vous et votre si profitable enseignement une profonde admiration et vous assure de mon entier dévouement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE .

DÉS

# TROUBLES PSYCHO-NÉVROPATHIQUES

EN OTOLOGIE

---

## INTRODUCTION

---

Durant notre stage d'externe dans le service d'oto-rhino-laryngologie de M. le professeur Moure, nous avons eu l'occasion d'observer, à plusieurs reprises, des malades présentant des troubles qui ont fait penser à des complications craniennes ou endocraniennes des otites, mais qui ont guéri par un simple traitement psychique. Chez l'un d'eux, il s'agissait de manifestations ayant l'aspect de celles que l'on rencontre dans les abcès cérébelleux. Le service s'était divisé à cette occasion en deux camps : dans l'un, les assistants croyant à l'existence d'un abcès cérébelleux; dans l'autre, le professeur Moure, seul, avec le diagnostic de manifestations pseudo-cérébelleuses de nature névropathique. Le malade guérit quelques temps après par un traitement psychique et du repos et nous eûmes ainsi une occasion de plus d'admirer la grande expérience clinique de notre maître.

C'est alors qu'intéressé par de tels cas cliniques, nous avons entrepris ce travail, sous l'inspiration de M. le professeur Moure. Notre effort s'était d'ailleurs trouvé bien facilité par l'existence de travaux antérieurs que notre maître avait inspirés autrefois à quelques-uns de ses assistants.

Mais avant de commencer ce travail, nous tenons à adresser nos sincères remerciements à M. le professeur Moure, qui nous fit, dans son service, un accueil plein de bienveillance, et à M. le professeur agrégé G. Portmann, qui a guidé nos premiers pas en oto-rhino-laryngologie. Tous deux ont, par leur enseignement si brillant et si pratique, su réveiller en nous, comme chez tant d'autres, l'intérêt et l'amour pour la spécialité oto-rhino-laryngologique et, à ce titre, méritent toute notre reconnaissance et notre admiration

---

## CHAPITRE PREMIER

### Historique.

---

Quand on suit l'évolution des idées sur les manifestations auriculaires psycho-névropathiques, on se rend compte que la question n'est pas neuve, car, en 1859 déjà, le neurologue Briquet les avait signalées dans son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Depuis, une foule d'observations les relate et de nombreux travaux les étudient.

Il serait fastidieux d'énumérer tous les ouvrages publiés; aussi, nous contenterons-nous d'une vue d'ensemble sur l'histoire de la question.

En effet, il est possible de diviser l'évolution des idées sur les manifestations auriculaires psycho-névropathiques, en trois périodes :

Dans la première, ce furent les *neurologistes* qui, en s'occupant de l'hystérie, envisagèrent aussi ses manifestations auriculaires (syndrome otique de l'hystérie). Nous ne citerons que les leçons de Charcot (1873) et celles de Pitres (1891).

Dans la seconde période, les *otologistes* apportèrent plus de précision dans leurs observations grâce aux examens spéciaux de l'oreille. Citons le mémoire classique de Granedigo *Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo* (1893).

Enfin, dans une troisième période, ce sont les *otologistes-chirurgiens* qui s'en occupent et ils n'envisagent plus uniquement les manifestations auriculaires de la névrose, mais aussi, et surtout, ses manifestations péri-auriculaires, celles qui sont susceptibles d'être prises pour des complications péri-auriculaires : mastoïdiennes, faciales, labyrinthiques, méningées, cé-

rébrales et cérébelleuses des affections primitivement nées dans l'oreille.

Parmi les travaux récents sur la question on en trouve deux qui attirent plus particulièrement l'attention. L'un d'eux est celui de Liaras et Bouyer sur les *algies mastoïdiennes*, publié dans la *Rev. hebdomadaire de Laryngologie*, 1901. L'autre est la thèse de F. Chavanne sur l'*Hystérie et Oreille* (1901). Dans le premier, Liaras et Boyer distinguent les algies hystériques :

- a) Chez les sujets n'ayant pas de lésion de l'oreille;
- b) Chez les malades présentant des lésions auriculaires.

La thèse de Chavanne est une vue d'ensemble sur toutes les manifestations hystériques de l'oreille. Celles-ci y sont divisées en deux groupes : Dans le premier sont rangées celles qui ne sont qu'un épiphénomène de l'hystérie déjà manifestée par ailleurs : c'est le *syndrome otique de l'hystérie*. Dans le second groupe viennent les manifestations hystériques *monosymptomatiques*.

Parus la même année, ces deux travaux ont abouti à des conclusions identiques en ce qui concerne les algies hystériques de la mastoïde, et cependant ils ont été faits indépendamment l'un de l'autre, le premier inspiré par M. Moure, le second par M. Lannois.

## CHAPITRE II

### Plan du travail.

---

Les manifestations psycho-névropathiques de l'oreille sont nombreuses et variées. Grâce aux multiples observations qui les relatent, elles nous sont toutes connues aujourd'hui et il est possible d'en donner une classification.

Deux catégories sont à distinguer :

**I.** — Les manifestations auriculaires ne sont que l'*épiphénomène* d'un état psycho-névropathique général; c'est le *syndrome otique de l'hystérie*. On peut l'observer :

- 1° Chez les hystériques sans lésions auriculaires;
- 2° Chez les hystériques avec lésion de l'oreille (externe, moyenne ou interne).

**II.** — Les manifestations auriculaires proprement dites :

1° Disparition complète ou diminution seulement du fonctionnement de l'oreille. Ce sont :

- a) Anesthésie (pavillon, conduit auditif externe, tympan, région mastoïdienne);
- b) Hypoesthésie (*idem*);
- c) Surdité (uni ou bilatérale, complète ou partielle, pure ou associée à la mutité, à la cécité ou à la muticécité).

2° Fonctionnement exagéré de l'oreille ou phénomènes surajoutés :

- a) Hyperesthésie sensitive;



- b) Hyperesthésie sensorielle vraie (rare); hyperacousie douloureuse;
- c) Zones hystérogènes (pavillon, conduit auditif externe, tympan, caisse, trompe, mastoïde, hyperacousie hystérogène;
- d) Bourdonnements;
- e) Otalgie;
- f) Algie mastoïdienne;
- g) Manifestations à forme labyrinthique (pseudo-labyrinthites, maladie de Menière psycho-névropathique);
- h) Paralysie faciale pseudo-otitique;
- i) Troubles cérébraux en apparence d'origine otitique;
- j) Manifestations méningées pseudo-otitiques;
- k) Troubles cérébelleux en apparence d'origine otitique;
- l) Otorragies (menstruelles ou indépendantes des règles);
- m) Hystéro-traumatisme de l'oreille (perte ou diminution de l'audition seule ou accompagnée de mutité, etc.).

Hâtons-nous de dire que ces troubles ne sont pas toujours à l'état de pureté, tels qu'ils sont exposés dans cette classification. Il s'agit le plus souvent d'une association de troubles faisant varier à l'infini les physionomies cliniques.

L'importance pratique de ces différents troubles est loin d'être égale. Il en est qui ne présentent qu'un intérêt théorique, d'autres qui n'ont qu'un intérêt moyen vu le peu de gravité qu'entraîne leur méconnaissance.

Mais, en revanche, il est des troubles auriculaires psycho-névropathiques d'une importance très grande. Tels sont : les algies mastoïdiennes, les manifestations à type labyrinthique, les pseudo-paralysies faciales et les manifestations endocraniennes (méningées, cérébrales et cérébelleuses). C'est qu'en effet, ces troubles simulent les véritables complications auriculaires et sont susceptibles d'entraîner des actes chirurgicaux graves. De même, il serait fâcheux pour le malade de poser le diagnostic de troubles névropathiques, quand il s'agit d'une complication otitique vraie, organique.

Pour toutes ces raisons et aussi parce que ces dernières manifestations (sauf les algies mastoïdiennes) n'ont pas suscité jusqu'ici de travaux d'ensemble, alors que les autres ont été étudiées à maintes reprises, nous limiterons ce travail uniquement à l'étude des manifestations pouvant simuler l'une quelconque des complications des otites. Ainsi nous donnons à notre modeste travail une orientation chirurgicale en même temps qu'otologique.

---

## CHAPITRE III

### Les pseudo-complications otitiques crâniennes de nature psycho-névropathique.

#### I. — Troubles simulant les complications mastoïdiennes des otites.

##### OBSERVATION I

Résumé de l'observation I de G. LIARAS et A. BOUYER, prise à la Clinique de M. MOURE  
publiée dans la *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, 1901.

Marie P..., 24 ans, tailleuse. Se présente à la clinique de M. Moure et réclame une opération qui la débarrassera des intolérables souffrances qu'elle endure depuis deux jours. En effet, depuis trois ans déjà, elle a des douleurs de la région mastoïdienne gauche, douleurs qui se sont installées brusquement et qui sont lancinantes, s'exaspérant au moindre frôlement ou attouchement, persistant la nuit et empêchant tout repos. Depuis deux jours, cette douleur mastoïdienne a atteint une excessive et extraordinaire violence; le facies, les gestes de la malade expriment un véritable état d'angoisse.

Interrogée sur ses antécédents auriculaires, elle reconnaît n'avoir jamais eu d'écoulement, de douleurs, de bruits subjectifs. On procède à l'*examen fonctionnel* des oreilles.

La perception crânienne à droite est normale : 1, 2, 3, 4, 5.

A gauche, il en est de même : 1, 2, 3, 4, 5.

L'audition de la montre est normale des deux côtés.

Diapason vertex également entendu des deux côtés.

Pas de bourdonnements.

L'*examen objectif* : Rien d'anormal ni à gauche, ni à droite. La

douleur seule existe : la moindre pression, la simple piqûre à l'épingle est horriblement douloureuse; cette hyperesthésie est des plus vives et se diffuse sur toute l'apophyse mastoïde, sans localisation plus spéciale au point antral ou à la pointe, sans trainée douloureuse vers le cou, sans être accompagnée de contracture des muscles de la région; la pression de toute cette région douloureuse ne provoque aucun phénomène convulsif.

Le nez, le nasopharynx et la bouche sont normaux. L'état général est satisfaisant : ni fièvre, ni état saburral de la langue.

On porte le diagnostic de *douleur névropathique sans substratum organique*. C'est, qu'en effet les antécédents héréditaires et personnels de la malade montrent bien qu'on est en présence d'un *terrain névropathe*. Le père de la malade est un alcoolique avéré. Ses deux frères sont très nerveux. Elle-même l'est d'une manière assez prononcée. Sa puberté a été tardive, les règles irrégulières. On note une crise à type nettement hystérique, crise convulsive à grands mouvements cloniques et toniques, survenue à la suite de l'émotion causée par la vue de son père rentrant ivre à la maison. Peu après cette première crise elle reçoit, au cours d'une discussion, un violent coup de tesson de bouteille dans la région pariétale gauche qui produisit une plaie contuse du cuir chevelu. Cet accident l'impressionna vivement et le souvenir en persista longtemps, troublant ses rêves et la plongeant dans d'effroyables cauchemars. Depuis, ses crises ne firent qu'augmenter en fréquence et en intensité et il se créa, dès cette époque, une véritable zone d'hyperesthésie dans le cuir chevelu de toute la région gauche. Cet état particulier, avec crises et hyperesthésie ne cessa qu'à l'âge de vingt ans et c'est à vingt-un ans que l'algie mastoïdienne éclata.

La malade revint deux jours après la première consultation, accusant des douleurs spontanées encore plus vives et toujours continues, réclamant avec insistance une opération. On procède à une application de quelques pointes de feu sur la région mastoïdienne, dans un but de suggestion; la malade revient trois jours après, ne présentant aucune amélioration et insistant plus que jamais pour être opérée. M. Moure, avec toute la mise en scène d'une opération véritable, procède alors, sous le chloroforme, à une simple incision

de la peau du sillon rétro-auriculaire. Gros pansement. Dès le réveil du sommeil chloroformique la patiente n'accusait plus aucune douleur. Elle était pour ainsi dire transfigurée, tout en elle était transformé; l'état d'angoisse n'existait plus, l'expression triste et douloureuse du facies s'était changée en une radieuse expression de joie.

La malade, revue deux ans plus tard, ne présentait plus aucune douleur mastoïdienne. Mais, détail intéressant, elle présentait toute la symptomatologie fonctionnelle d'une salpingo-ovarite, qui cependant ne répondait à rien d'organique, comme l'examen l'avait démontré. Elle présentait, comme stigmates hystériques, une hémianesthésie gauche très nette avec une unique zone spasmodique au niveau de l'ovaire gauche. Cette hémianesthésie s'étendait aux muqueuses, conjonctive gauche, langue et la voûte palatine dans leur moitié gauche.

Lorsque la jeune Marie P... est venue consulter l'otologiste, sa déclaration même laissait supposer qu'il s'agissait des accidents à localisation otique. Par contre, dès le premier examen de l'oreille, on pouvait voir que l'oreille supposée malade était absolument saine. Dès lors, on était en droit de supposer que les manifestations pour lesquelles la malade est venue consulter sont de nature psycho-névropathique.

Mais il fallait transformer cette supposition en certitude. Celle-ci était obtenue par un examen soigné et critique de tous les éléments symptomatologiques présentés par la patiente.

En effet, la douleur qu'accuse la jeune fille a eu une apparition brusque et soudaine. Dès le début, elle était devenue excessive, spontanée et continue, persistant jour et nuit, ne permettant aucun repos par suite de l'insomnie. Le plus léger frôlement l'exagérait. De plus, au lieu d'être localisée sur l'apophyse mastoïde et de présenter les points douloureux classiques à la pression au niveau de l'autre et de la pointe, elle était diffusée dans tout le côté de la tête.

La région mastoïdienne, malgré cette douleur si intense, ne présentait rien qui puisse l'expliquer : pas de rougeur, pas

de gonflement des téguments, ni de modification du relief osseux. D'ailleurs la malade disait que son oreille n'a jamais coulé. Tout cela cadrait, on le voit, avec le résultat négatif de l'examen fonctionnel et objectif de l'oreille et confirmait la légimité du soupçon.

Un seul point restait à éclairer. La malade présente-t-elle d'autres indices d'un tempérament névropathique ? L'examen du système nerveux donnait, à ce sujet, des indications très nettes. L'hérédité nerveuse manifeste, l'existence dans le passé de crises convulsives fréquentes et à type hystérique non douteux concluaient nettement que le terrain était hystérique.

Néanmoins, il fallait éliminer encore la possibilité de *douleurs névralgiques*. Ceci était facile car la douleur se présentait avec des caractères que l'on ne trouve pas dans ces cas-là : l'absence de rémissions, d'intermittences ou de paroxysmes spontanés, la diffusion de la douleur en nappe et non pas le long d'un trajet nerveux, l'absence aussi d'irradiations vers le cou, étaient autant de caractères permettant d'écarter ce diagnostic. Dès lors, celui de douleur psycho-névropathique et, dans ce cas spécial, *douleur hystérique de la mastoïde* s'imposait.

#### OBSERVATION II (Personnelle).

Prise à la Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur MOURE.

Clémence N..., 22 ans, serveuse de restaurant, vient à la clinique du professeur Moure, le 16 octobre 1923, pour douleur et écoulement à l'oreille gauche. Elle en souffre depuis huit jours; celle-ci s'est mise à couler il y a deux jours et cela a coïncidé avec une diminution des douleurs auriculaires. On hospitalise la malade pour examen plus complet et observation.

A l'examen on constate que l'écoulement est abondant, épais, verdâtre. L'oreille est le siège d'élançements, de bourdonnements surtout nocturnes, causant de l'insomnie. Douleur spontanée et à la pres-

sion de toute la région mastoïdienne. Température et pouls normaux. Rien à signaler dans les urines.

Deux jours après son hospitalisation, la malade déclare avoir beaucoup souffert la nuit précédente. La mastoïde semble soulevée régulièrement. L'écoulement est toujours persistant, quoique un peu diminué.

Le 18 octobre, le professeur Moure fait une trépanation de la mastoïde sous anesthésie au chloroforme. Sinus est procident, sain; on le découvre sur une surface de plusieurs centimètres. Dans toute la mastoïde on ne trouve aucune espèce de lésion et pas du tout de pus. On referme rapidement la plaie opératoire.

Les suites opératoires sont très favorables. Les douleurs mastoïdiennes ont disparu. Pas de pus derrière l'oreille, mais il en existe, quoique très peu, dans le conduit auditif externe. En trois, quatre jours, la plaie opératoire est cicatrisée complètement, le drain ayant été sorti dès le lendemain de l'opération. On fait des lavages du conduit externe afin de tarir l'écoulement.

Le 10 novembre, le conduit auditif ne suppure plus. La malade est guérie tout à fait : elle n'a plus aucune douleur mastoïdienne.

Le diagnostic de mastoïdite ayant été démenti par le manque de lésions de l'apophyse, on porte celui d'*algie mastoïdienne psychonévropathique* et on s'attèle à rechercher les signes capables de mettre en évidence l'état névropathique du sujet.

*Antécédents héréditaires* : Père mort d'accident. Mère nerveuse ayant beaucoup souffert de la tête. Elle a parfois des tournements de tête avec chute. Sœur morte après avoir eu bien des maladies (?). Une autre sœur souffre très fréquemment de la tête. Une troisième sœur est très anémique. Frère eczémateux.

*Antécédents personnels* : N'a jamais été malade et n'a jamais présenté de crises. Elle a toujours souffert de la tête, Mariée depuis deux ans, elle est sans enfants.

*Système nerveux*. — *Tête* : Réflexes pupillaires normaux. Insensibilité complète de la cornée des deux côtés. Rien au facial. Anesthésie complète du pharynx. Rien à la langue. Région mastoïdienne : sensibilité normale.

*Membres inférieurs* : Réflexes rotuliens et achilléens normaux. Ba-

binski normal. Sensibilité ne présente pas du tout de modifications.

*Membres supérieurs* : Sensibilité normale. Tous les réflexes sont normaux.

Il s'agit ici encore d'une jeune personne présentant une otite moyenne aiguë suppurée avec une douleur mastoïdienne intense de ce côté. Tout se passait chez elle comme si son otite était réellement compliquée de mastoïdite. On crut même reconnaître une modification de relief de la face externe de l'apophyse et on trépana. En face de l'absence de lésions, on était en droit de conclure à une algie mastoïdienne psychique, surtout que l'opération fut suivie de guérison. Il ne s'agissait certainement pas de douleurs dues à une ostéite condensante, car la structure de l'apophyse fut trouvée normale et plutôt pneumatique. L'examen du système nerveux, s'il avait été pratiqué avant l'opération, eût peut-être fait songer à une algie psychique.

Il faut donc y penser toujours, même si les malades présentent toutes les conditions qu'on rencontre dans les otites compliquées de mastoïdite.

#### OBSERVATION III (Personnelle).

Prise à la Clinique d'oto-rhino-laryngologie du Professeur MOURE.

Louis D..., 60 ans, charron. Opéré il y a vingt jours d'appendicite par le professeur Chavannaz. Le lendemain de cette opération, le 6 décembre 1923, il est pris de douleurs à l'oreille droite. Celle-ci est, de plus, le siège de battements, de bourdonnements (bruit de vapeur). Il y a deux jours, enfin, elle s'est mise à couler, ce qui a coïncidé avec une diminution notable de la douleur. La région mastoïdienne est douloureuse à la pression au niveau de l'antre et légèrement soulevée.

Le 29 décembre, le malade est transféré au Tondu dans le service d'otologie. A son entrée, l'état est toujours le même. Ni céphalée, ni insomnie. L'écoulement est assez abondant, épais. La température

Spalaïkovitch

est normale. La réaction douloureuse de la mastoïde toujours la même.

Le 7 janvier 1924 on pratique, sous chloroforme, la trépanation de la mastoïde (professeur Moure). Dès le premier coup de gouge on trouve du pus. L'apophyse est poreuse et fongueuse. On nettoie tout ce qui est malade. Enfin, avec du chlorure de zinc au 1/10<sup>e</sup> on se rend compte qu'il ne reste plus aucun point malade. Suture.

*Suites opératoires* très bonnes. L'oreille ne suppure plus et le malade ne souffre pas.

Le 25 janvier, tout va bien localement. Mais le malade accuse une douleur très intense siégeant constamment dans la région mastoïdienne et pariétale droites. On remarque que le malade est très nerveux, préoccupé de son état et impressionné par les quelques cas graves qui se trouvent dans la salle commune. La douleur dont il se plaint est surtout intense à la pression au doigt, mais si on arrive à distraire l'attention du patient cette même pression reste indolore.

La plaie opératoire évolue normalement vers la guérison.

Les préoccupations du malade ne vont plus seulement vers son oreille. Il se plaint aussi d'avoir une jambe « paralysée », de ne pas pouvoir la remuer, mais après lui avoir fait faire quelques mouvements passifs de la jambe prétendue paralysée, celle-ci exécute tous les mouvements absolument normalement.

La recherche des antécédents donne les résultats suivants : Père mort paralysé à 50 ans. Mère morte de diabète à 78 ans et à eu quatre fausses couches et six enfants, dont un épileptique.

Un oncle et un cousin germain épileptiques.

*Antécédents personnels* : Encore tout jeune, il a pâti de l'insomnie, ce qui l'obligeait à prendre régulièrement du bromure. Déclare lui-même qu'il est excessivement nerveux, impressionnable et exalté en toute chose.

*Examen nerveux* : Aucun trouble moteur.

Réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés des deux côtés. Aux membres supérieurs il en est de même. Les réflexes cutanés sont normaux. Pas de troubles de la sensibilité générale. Anesthésie complète de la cornée et du pharynx. Pas d'Argyll-Robertson. Pas de rétrécissement du champ visuel.

Si les algies mastoïdiennes névropathiques sont intéressantes avant l'opération, il en est de même de celles qui s'installent à la suite des interventions pour des mastoïdites vraies. Les premières risquent de faire poser le diagnostic de mastoïdite vraie et de faire trépaner le malade; les secondes exposent le clinicien à croire à une intervention incomplète et à rouvrir pour chercher les lésions laissées.

Des cas semblables sont très fréquents. Il faut donc rechercher, avant de se décider à rouvrir la plaie opératoire, si les symptômes présentés par le malade ou les renseignements fournis par les antécédents et l'examen du système nerveux ne sont pas capables d'en indiquer la nature névropathique.

Le malade de cette observation fut reconnu comme tel. La douleur qu'il accusait était trop diffuse et disparaissait lorsqu'il avait son attention attirée ailleurs; parmi ses antécédents on trouvait des tares nerveuses et, d'ailleurs, il suffisait de le voir pour se rendre compte de l'état spécial de son psychisme.

#### OBSERVATION IV

Résumé de l'observation de G. DUPOND publiée dans la *Revue hebdomadaire de Laryngologie*, du 30 septembre 1905.

M<sup>me</sup> F..., 39 ans, adressée par son médecin au docteur Dupond, parce que depuis quelque temps elle éprouve des douleurs continues dans l'oreille et dans le côté droit de la tête.

Elle dit avoir eu la grippe avec céphalée et fièvre. Dès le début de celle-ci elle a ressenti des douleurs violentes dans l'oreille droite, douleurs accompagnées de bourdonnements et de surdité légère. Cela dura une quinzaine avec insomnie, inappétence, fièvre. Puis les douleurs ont diminué et la malade a pu reprendre ses occupations, mais pendant huit jours seulement, car de nouveau les douleurs se révélèrent, plus violentes encore; la fièvre, les céphalées intenses, l'insomnie, tout revint.

Elle est fatiguée, pâle; ni gonflement, ni rougeur de la région mastoïdienne douloureuse. La pression de la mastoïde et du côté droit de la tête réveille une douleur très intense. Le tympan est rouge, un

peu bombé. Pas d'écoulement, car pas de perforation. Langue sa-  
burrée et mauvais état général.

On songe à une mastoïdite grippale venant compliquer l'otite  
moyenne aiguë grippale, et on dirige la malade sur l'hôpital du  
Tondu où elle entre dans le service de M. Moure, pour opération.

Le soir de son hospitalisation, sa température est de 38°6. Le len-  
demain, dimanche, elle est de 37°. Le lundi elle est examinée par  
M. Moure. Pas de fièvre, mais langue très chargée; la malade a souf-  
fert toute la nuit. Il existe encore des douleurs spontanées à la mas-  
toïde et la pression est toujours douloureuse à ce niveau. Mais la  
douleur est diffuse et change de place. Si l'on détourne l'attention de  
la malade pendant qu'on exerce une pression profonde, il arrive par  
moment que la malade n'accuse pas de douleur.

Devant ces caractères plaidant en faveur d'une algie, et malgré la  
présence de l'otite aiguë, M. Moure pense qu'il ne s'agit pas de  
mastoïdite vraie mais simplement d'une algie mastoïdienne de nature  
psycho-névropathique. On procède de suite à l'examen nerveux. La  
sensibilité cutanée est presque complètement abolie, surtout du  
côté droit. On peut traverser la peau du bras ou de la jambe sans  
provoquer de douleur. L'anesthésie est presque complète. Le réflexe  
cornéen est aboli. Les réflexes rotuliens sont plutôt exagérés, les  
pupillaires sont normaux. Anesthésie complète de la muqueuse pha-  
ryngée.

Le diagnostic d'algie psycho-névropathique est donc posé et toute  
idée d'intervention chirurgicale écartée. On fait simplement des pan-  
sements humides chauds. Deux jours après la malade quitte le service  
tout à fait guérie : plus de douleurs auriculaires ou mastoïdiennes.

L'histoire de cette malade, en révélant cette grippe à forme  
céphalique, l'examen objectif, en montrant ce tympan rouge,  
bombé et non encore perforé, ne pouvait vraiment pas ne pas  
faire songer à une mastoïdite venant compliquer l'otite aiguë.  
Jusqu'à l'état général franchement mauvais qui plaidait en  
faveur de ce diagnostic. Et pourtant, avec un examen plus soi-  
gneux et grâce aussi à quelques jours d'attente qui montrèrent  
la chute de la température, on put découvrir dans ces douleurs

mastoïdiennes les caractères propres à les faire rattacher à leur véritable cause : psycho-névropathie. Comme toujours, ces caractères consistaient en une trop grande exagération de la douleur, à la grande diffusion de celle-ci, à l'absence de réaction à la pression si on a, pendant ce temps, su détourner l'attention de la malade.

L'existence d'autres stigmates névropathiques, ainsi que le succès d'un traitement non-opératoire qui avait la valeur d'une psychothérapie, confirmaient le diagnostic.

L'intérêt de cette observation consiste dans la grande difficulté de diagnostic vu les circonstances par trop classiques qui imposaient presque le diagnostic de mastoïdite vraie.

#### OBSERVATION V

Résumé de l'observation II de LIARAS et BOUYER, prise à la Clinique de M. MOURE et publiée dans la *Revue hebdl. de Laryngol.* 1901.

Marguerite X..., 18 ans, atteinte d'une otite moyenne suppurée aiguë droite, qui l'amène à la clinique de M. Moure. Elle éprouve dans la mastoïde droite des douleurs intenses, survenues un matin, au réveil, environ trois semaines après le début de l'otite. L'écoulement est constitué par du pus clair, sans fétidité, pas très abondant. La douleur est uniforme sur toute l'apophyse, très vive, très superficielle, le moindre frôlement l'exaspère. Pas de fièvre ni de frissons; l'état général est excellent.

L'examen fonctionnel révèle à droite : perception crânienne abolie; audition à la montre nulle. Diapason vertex latéralisé à droite. Rinne négatif très faible. Pas de déformation de la région ni de changement de coloration des téguments. L'examen au spéculum montre une perforation basse et assez large. On décide la trépanation pour le lendemain.

Le lendemain, la jeune fille revient, souffrant toujours autant; au moment de l'opération on s'aperçoit que la malade n'apporte pas l'autorisation de ses parents pour être opérée. On lui en fait l'observation; elle commence par affirmer qu'elle veut être opérée quand même, qu'elle préfère « mourir de son opération » que de continuer

à souffrir. Comprenant qu'on ne l'opérera pas sans autorisation des parents, elle déclare à faux qu'elle n'a plus de parents. On procède à un nouvel examen de l'apophyse et on s'aperçoit que la douleur s'est déplacée vers l'occipital, abandonnant une partie de la mastoïde. M. Moure pense alors à la possibilité d'une pseudo-mastoïdite hystérique et simule une opération sous anesthésie au chloroforme, en faisant une simple incision du derme. On applique un gros pansement. Au réveil, la malade est guérie. Revue un an après, elle ne présentait plus aucune douleur. La guérison a été complète et s'est maintenue.

Les antécédents de la malade recherchés sont significatifs : Père éthylique, mère nerveuse. Sœurs nerveuses et l'une d'elles a eu une hémiplegie de nature hystérique. Quant à elle-même, elle était devenue très nerveuse depuis quelques années et avait des crises de larmes sans motif. En fait de stigmates hystériques, il n'y avait que le rétrécissement très marqué du champ visuel.

Chez cette malade, la douleur mastoïdienne était tout d'abord légère; c'était certainement une réaction mastoïdienne légère mais vraie, consécutive à la suppuration auriculaire. Mais après, cette douleur est devenue brusquement très intense, intolérable, s'est concentrée tout entière sur la mastoïde. Elle s'est alors diffusée sur toute la région mastoïdienne, ne présentant plus uniquement les points classiques antral et apical. Elle ne s'accompagnait d'aucun changement de coloration ni de relief des téguments et, fait contradictoire, elle s'est installée à un moment où la suppuration auriculaire se drainait bien et était en bonne voie de guérison.

Tous ces faits pouvaient rendre suspecte la douleur mastoïdienne et faire soupçonner sa nature névropathique. Mais le concours d'autres circonstances prévalait et faisait poser le diagnostic de mastoïdite. Cela prouve combien il faut être prudent et qu'il faut songer aux manifestations névropathiques, même lorsque tout se passe comme dans la majorité des cas d'otites compliquées de mastoïdite.

Il y a pourtant un fait qui, plus encore que les caractères

propres de la douleur mastoïdienne, indiquait la nature psychonévropathique de celle-ci : c'est l'insistance de la malade à être opérée. On ne voit pas souvent les malades atteintes de vraie mastoïdite réclamant à cor et à cri l'opération. Cette mentalité doit faire songer à une disposition psychique un peu particulière du sujet et faire naître la méfiance. C'est d'ailleurs ce qui est arrivé : c'est cette insistance de la malade à être opérée malgré tout et aussi la mobilité de la douleur mastoïdienne remarquée au dernier moment, qui ont permis à M. Moure de poser le diagnostic d'*algie névropathique de la mastoïde* et d'adopter comme traitement un simulacre d'opération.

Cette expérience, en amenant la guérison complète de la douleur mastoïdienne, montrait bien qu'il s'agissait, en effet, de troubles sans lésions organiques capables de les expliquer : donc douleurs psychonévropathiques.

Quant aux antécédents, ils viennent confirmer que la malade est une débile psycho-nerveuse, mais il n'est pas possible, pensons-nous, de la classer sûrement parmi les hystériques.

## II. — Troubles simulant la paralysie faciale d'origine otique.

### OBSERVATION I

Cas de MOURET et CAZEJUST publié dans l'article : *Contribution à l'étude des psychonévroses en oto-rhino-laryngologie*, dans l'*Oto-rhino-laryng. internat.*, janv. 1922.

Artiste dramatique dans un compagnie de comédiens ambulants, une jeune fille de 19 ans, au cours d'une « tournée », tombe de sa roulotte sur le macadam de la route. Dans sa chute elle se fait quelques contusions au bras et à la jambe droits et ressent, en même temps, une assez vive douleur à l'oreille droite. Dans la soirée du même jour, rien à signaler qu'une très légère céphalalgie.

Le lendemain matin cette jeune fille se présente à la consultation

de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Général. On ne trouve à l'examen otoscopique qu'une petite ecchymose du quadrant postéro-inférieur du tympan droit qui par ailleurs est normal. L'audition est intacte. Pas de troubles nystagmiques. Courbature générale. On a grand'peine à garder la malade en observation, tant son père et elle-même jugent cette précaution superflue.

Elle reste en observation dans le service pendant quatre jours francs, au cours desquels on ne remarque rien de particulier.

Une demi-heure avant de prendre son train, la malade rencontre un assistant de service qui, dit-elle, la fait « siffler, rire, fermer les yeux » et lui avoue qu'il est « vraiment étonné de la voir partir sans paralysie faciale », lui énumérant les multiples manifestations et inconvénients d'une paralysie du nerf facial. Un peu effrayée (ce sont ses propres termes), elle quitte Montpellier, mais le train n'a pas fait 500 mètres qu'elle présente, subitement, aux yeux de son père effaré, tous les signes d'une paralysie faciale droite totale.

Pendant quatre ou cinq jours, la malade reste chez elle sans constater la moindre amélioration. Au bout de ce temps, elle revient à l'hôpital; son tympan droit est normal, l'examen des divers appareils ne montre rien de particulier. L'électro-diagnostic prouve l'intégrité de toutes les branches du facial dont la paralysie disparaît complètement après deux séances de faradisation et un traitement psychothérapique *ad hoc*.

Lorsque la jeune artiste s'est présentée au spécialiste la première fois, après son accident, il était de toute prudence de la garder quelques jours en observation, comme l'ont fait MM. Mouret et Cazejust, car la petite ecchymose du quadrant postéro-inférieur de la membrane du tympan pouvait bien provenir d'une lésion traumatique de la caisse (c'est-à-dire du rocher), pouvant évoluer et donner ultérieurement des complications graves.

Mais lorsque la jeune malade s'est présentée pour la seconde fois, avec une bouche oblique ovalaire et impossibilité de clore sa paupière droite, on ne pouvait plus, connaissant déjà l'histoire de la malade, ne pas porter le diagnostic de paralysie

faciale droite, totale et tardive, consécutive à une lésion du rocher : hématome ou cal osseux du canal de Fallope. Il est possible, en effet, d'avoir un hématome tardif venant comprimer le nerf facial en un point de son trajet intrapétreux. Un examen complet seul pouvait éclairer le diagnostic et c'est ce que les auteurs ont fait. L'oreille du côté intéressé présentait un tympan normal; mais ce qui était le plus incompatible avec une lésion intrapétreuse au voisinage du facial, c'était le résultat négatif de l'examen des divers appareils de l'oreille interne. L'électro-diagnostic, enfin, en montrant l'intégrité de toutes les branches du nerf facial, venait confirmer qu'il ne s'agissait pas là de lésions organiques.

Le récit de la malade, en montrant les circonstances dans lesquelles sa paralysie s'est manifestée, venait appuyer l'idée de la non-existence de lésions organiques et faisait poser le diagnostic de paralysie faciale hystérique, ayant succédé à une auto-suggestion manifeste. La guérison rapide par la psychothérapie ne tarda pas à confirmer ce diagnostic.

### III. — Troubles à type labyrinthique.

#### OBSERVATION I

Résumé de l'observation de A. BOUYER, publiée dans la *Revue hebdomadaire d'otologie*,  
13 juillet 1901.

Marie X..., âgée de 36 ans. Il y a trois ans, la malade lavait le plancher de sa cuisine et se trouvait dans la position à genoux, lorsqu'elle ressentit subitement dans l'oreille droite un sifflement aigu (sifflet de locomotive). En même temps elle voyait tous les objets environnants tourner autour d'elle; au milieu de cet état vertigineux, elle était prise d'un vomissement pénible, avec efforts, et s'abat-tait lourdement sur le sol. Elle n'eut pas de perte de connaissance, aucune tendance à la syncope, pas de pâleur du visage; au contraire, elle conserve le souvenir très net d'avoir eu, à ce moment, la sensation de violentes bouffées de chaleur lui monter au visage. Il lui

fut impossible de se relever et de reprendre son équilibre. Elle resta ainsi 5 jours en proie à ce vertige et au sifflement auriculaire, avec vomissements fréquents dans la journée et dut garder le lit durant ce temps, se trouvant dans l'impossibilité complète de se tenir debout et de marcher. De plus, la malade dit d'elle-même que son audition du côté droit fut diminuée (elle est très affirmative sur ce point).

Depuis cet incident, et durant trois ans, ces mêmes phénomènes se sont reproduits à intervalles plus ou moins rapprochés, avec certains caractères nouveaux, en particulier avec l'apparition d'une douleur mastoïdienne droite. Cette douleur est née brusquement un matin, au réveil, sous forme d'une plaque d'hyperesthésie, un mois après le premier accident vertigineux. La malade, en se levant, éprouve une douleur assez vive sur toute l'apophyse, douleur qui s'exaspérait au moindre frôlement du peigne à ce niveau et au plus léger contact de la serviette. Peu à peu cette douleur spontanée disparut, se réveillant cependant à certains moments, à l'occasion d'un nouveau vertige; mais l'hyperesthésie devait persister d'une manière permanente jusqu'à il y a quelques jours, car le plus léger atouchement éveillait une sensibilité anormale sur la mastoïde droite. Les crises vertigineuses reprirent également dans la suite un caractère un peu particulier. Elles revenaient sous forme de paroxysmes, avec le même cortège (sifflements, vomissements, chute avec propension à tomber à droite), avec une durée variant de quelques secondes à quelques minutes. Elles laissaient dans leur intervalle une sorte d'état vertigineux dans lequel la malade n'éprouvait que de légers bourdonnements dans l'oreille droite, mais conservait une hésitation très grande dans la marche, en proie à une sorte de long étourdissement. Son état général reste indemne. Malgré les vomissements répétés et une légère diminution d'appétit, il n'y eut pas d'amaigrissement notable. Mais, il y a six mois, les crises vertigineuses devinrent plus rapprochées dans leur apparition; la malade, se trouvant dans l'impossibilité de se livrer à une occupation quelconque, se décida à entrer à l'hôpital où elle fut placée dans le service de M. Arnoz et, de là, envoyée à la clinique de M. Moure.

*Etat actuel* : La malade est obligée de garder le lit. Les périodes d'accalmie sont de plus en plus rares et courtes. Elle raconte qu'elle

a presque continuellement la sensation d'être sur un bateau. Fréquents bourdonnements dans l'oreille droite. De loin en loin survient une crise vertigineuse paroxystique. Il se produit alors un sifflement strident dans l'oreille droite, un mouvement giratoire de tous les objets environnants; si elle est debout elle tombe du côté droit et glisse même quelquefois dans la ruelle du lit quand elle est couchée. Elle ne perd pas connaissance. En observant sa démarche, on constate qu'elle présente des caractères assez variables. Tantôt elle est titubante, ébrieuse, incoordonnée même; tantôt elle est marquée de véritables faux-pas, d'accrocs. Elle tombe toujours du côté droit. Elle redoute de traverser de grands espaces et descend les escaliers en glissant, à la manière d'un cul-de-jatte. Romberg est positif. La mastoïde droite n'est plus hyperesthésique, la gauche l'est toujours. La douleur actuellement n'est pas spontanée, mais le moindre frôlement est douloureux. Le contact des objets froids ou chauds, la piqure à l'épingle lui sont insupportables. La douleur est nettement limitée à l'apophyse et ne s'étend pas au pavillon; on ne peut, à ce niveau, tirer les cheveux, comme ailleurs, sans réveiller une grande douleur. La portion cartilagineuse du conduit est légèrement hyperesthésique.

Goût, odorat, toucher, ne présentent aucune anomalie. Rien du côté de la vue. Aucun trouble sensoriel (sauf les bruits subjectifs de l'oreille). Du côté de la sensibilité objective, outre les deux plaques hyperesthésiques de la mastoïde, on trouve deux autres zones hyperesthésiques et symétriques aux deux bosses frontales, et peut-être une légère hypoesthésie de tout le membre supérieur droit. Les réflexes normaux. Pas de trépidation épileptoïde, ni de nystagmus. Sens stéréognostic et musculaire normaux. Champ visuel rétréci. Léger tremblement des doigts. Pas de tremblement intentionnel. Pas de zones hystérogènes.

*Etat psychique.* — Le caractère essentiel de la mentalité de la malade est la mobilité. Elle passe brusquement des larmes au rire. Par moments elle pleure et se lamente sur son état, puis brusquement et sans motif, éclate de rire. Le vuë de certains objets (crachoirs) et l'audition de certains propos malsonnants provoquent chez elle un état nauséux.

Rien de spécial du côté de l'appareil circulatoire. Rien à signaler dans les urines ni aux poumons.

*Examen de l'oreille* : Perceptions craniennes gauche et droite normales. La montre est normalement entendue à gauche; à droite elle l'est variablement, suivant les jours. La voix chuchotée est entendue à une distance absolument normale. Le diapason vertex est également entendu des deux côtés, mais avec des vibrations faibles, paraissant latéralisé à droite. Le Rinne est positif des deux côtés. Bourdonnements et sifflements déjà signalés. Au spéculum, pas de lésion du conduit ou de la caisse. Aucune trace de sclérose, tympan normal; au spéculum de Siegle la mobilité de la chaîne est normale. Les trompes sont perméables. Gallon : sons aigus entendus normalement.

Rien aux yeux, rien du côté de l'appareil digestif. Etat général excellent.

Cet examen ayant montré l'intégrité absolue de l'oreille, on porta le diagnostic d'accidents névropathiques et on décida d'employer des moyens suggestifs. On procéda à une pseudo-opération. On pratiqua une légère incision dans le sillon rétro-auriculaire droit et on appliqua un pansement complet. Le vertige et la douleur mastoïdienne disparurent pendant quelques jours, mais ne tardèrent pas à réparaître avec leurs anciens caractères. Quelques temps après, espérant rendre définitive cette amélioration passagère, on renouvela la pseudo-opération à gauche. Le lendemain, l'hyperesthésie, tout en persistant à droite, faisait son apparition sur la mastoïde gauche. Les bourdonnements et les sifflements se produisirent dans cette oreille tout en persistant à droite, sans modification de l'intensité et de la fréquence, constituant encore l'aura de la grande crise vertigineuse.

Voici donc une jeune femme qui vient consulter pour des crises vertigineuses dont l'aspect clinique fait penser immédiatement à la maladie de Ménière. Depuis la brusquerie du début, en effet, jusqu'à l'évolution caractéristique par les répétitions des crises, tout est en faveur de ce diagnostic.

Mais cette première impression ne saurait résister à un examen plus approfondi. Les renseignements sur les antécé-

dents personnels et héréditaires d'une part, l'examen fonctionnel et objectif de l'oreille atteinte d'autre part, fournissent les éléments nécessaires à l'établissement du véritable diagnostic. En effet, cette puberté tardive et critique et surtout cette contracture post-traumatique du membre supérieur gauche, guérie par la métallothérapie, sont de nature à faire soupçonner l'origine névropathique du syndrome en question. L'examen de l'oreille, lui, en apporte la certitude; car, alors que chez un méniérique vrai dont l'oreille interne, par conséquent, est partiellement ou totalement détruite par l'hémorragie, le trépied symptomatique : *surdité*, *bourdonnements*, *vertiges*, existe obligatoirement, plus ou moins accusé, chez la malade de cette observation; par contre, on constate une intégrité complète de l'oreille interne : la perception cranienne est intacte, l'audition de la voix est normalement conservée. le Rinne est positif des deux côtés, et le diapason vertex également entendu des deux côtés. Bien que l'examen fonctionnel du labyrinthe n'ait pas été fait les données qui précèdent suffisent pour nier la nature organique du syndrome.

Un autre fait vient confirmer la nature psycho-névropathique des phénomènes : c'est l'évolution de la maladie. D'abord, l'installation de l'algie mastoïdienne aux caractères si nettement névropathiques (apparition brusque, diffusion en dehors de la mastoïde, sensibilité extrême exaspérée au moindre frôlement, etc.), puis l'influence de la pseudo-intervention sur les vertiges et l'algie viennent confirmer que c'est le terrain névropathique qu'il faut incriminer et non pas une hémorragie.

#### OBSERVATION II

Résumé de l'observation de A. BOUYER, publiée par lui dans la *Revue hebdomadaire de laryngol.*, 1904.

Jeune fille de 22 ans. Antécédents héréditaires très significatifs : Mère sujette à des crises nerveuses, morte tuberculeuse. Père éthylique.

Antécédents personnels : Série d'infections (rougeole, diphtérie,

érysipèle) à la période de croissance. Gros chagrins à 15 ans. Puberté tardive et critique est marquée par une première crise hystérique. Puis, série de crises jusqu'au jour où elle vint à la consultation du professeur Moure pour une douleur très vive dans l'oreille gauche ayant débuté un matin, au réveil.

*Examen* : Mastoïde très sensible à la légère pression et même au plus léger effleurage. Surdité complète à gauche (au grand étonnement de la malade elle-même). On crut alors à une affection aiguë de l'oreille avec complication du côté de la mastoïde et on hospitalisa la malade.

L'interrogatoire ne révéla aucune affection auriculaire antérieure. O. G. : sourde pour toute espèce de sons. A noter pourtant qu'il se produisit, à un certain moment, une perception très nette, mais très courte de la voix parlée à gauche. Perception cranienne à gauche est nulle. Le Rinne n'existe que du côté droit.

La douleur mastoïdienne est diffuse, superficielle, s'étendant même en dehors de l'apophyse, sans points électifs spéciaux au niveau de l'antra ou de la pointe. Sensibilité à la piqûre à ce niveau abolie. De plus, on constate une hémianesthésie complète de la peau et des muqueuses du côté gauche, et une hémianesthésie sensorielle gauche pour le goût et l'odorat. L'œil gauche présentait un rétrécissement du champ visuel. Seuls le tympan et la portion osseuse du conduit auditif externe étaient normalement sensibles de ce côté.

Trois à quatre jours plus tard, ces symptômes persistaient. De plus, la malade éprouva, à plusieurs reprises, des crises paroxystiques de bruits subjectifs auriculaires gauches (sifflet de locomotive), accompagnés de vertiges avec vomissements et tendance à la chute à gauche.

Sous l'influence d'un traitement purement suggestif (injections d'eau bouillie dans le conduit auditif), le vertige et les bourdonnements disparurent rapidement. Surdité seule persista, mais commençait à diminuer au moment où la malade quitte l'hôpital.

Il s'agit ici d'une jeune fille qui est prise brusquement de douleur à la mastoïde. Un examen sommaire découvre une surdité totale du côté douloureux et fait penser à une mastoïdite survenue comme complication d'une otite moyenne ai-

guë suppurée. Mais quelques jours après, la patiente présente des vertiges et des bourdonnements à type aigu, réalisant ainsi le tableau clinique d'une otite suppurée compliquée de mastoïdite et ensuite de labyrinthite (ou tout au moins de réaction labyrinthique).

Un tel diagnostic imposait une intervention d'urgence : trépanation de la mastoïdite et peut-être même du labyrinthe. Il n'en fut rien. Pourquoi ?

C'était parce que les symptômes présentés par la jeune malade étaient empreints d'un caractère névropathique très net qui fit douter de la réalité des complications graves. En effet, la douleur mastoïdienne était nettement névropathique : elle était très superficielle, diffuse, s'étendant jusqu'à la région pariétale. De même, il était impossible d'admettre l'existence des complications mastoïdienne et labyrinthique si la malade n'avait jamais présenté de maladie de l'oreille. Il est vrai que certaines infections peuvent « lécher la caisse et ne mordre que la mastoïde », mais il n'en est pas moins vrai que de tels cas sont bien rares et que dans ce cas particulier on ne pouvait pas admettre l'existence d'une mastoïdite si intensément douloureuse sans rien trouver du côté de la caisse.

Ces détails, qui ne faisaient que soupçonner la nature névropathique des phénomènes observés, se trouvaient d'accord avec les résultats de l'examen du système nerveux devenu nécessaire. L'insensibilité à la piqûre de la région mastoïdienne gauche ainsi que de toute la peau et de toutes les muqueuses de ce même côté, le rétrécissement du champ visuel, etc., renseignaient bien sur l'état hystérique du terrain.

Quant aux symptômes labyrinthiques, eux aussi portaient la signature très nette de leur nature névropathique.

La *surdité* a débuté brusquement et a été totale d'emblée. Elle contraste avec l'intégrité de l'oreille constatée objectivement. On ne pouvait donc pas ne pas la rattacher à l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle hystérique. L'existence passagère d'un flot d'audition, elle aussi, plaidait en faveur de la nature névropathique des accidents.

Le *vertige* qui accompagnait la surdité ne pouvait s'expliquer que par l'existence d'une fistule ou bien par une hémorragie labyrinthique. Or il ne pouvait pas s'agir de la première étant donnée l'absence de la suppuration auriculaire; quant à l'hémorragie, elle aurait donné un tout autre tableau, l'ictus, que l'histoire de la maladie ne montre à aucun moment.

Enfin, la confirmation était apportée par le succès d'un traitement purement psychique. Il s'agissait bien de troubles névropathiques, hystériques.

#### IV. — **Considérations générales sur les pseudo-complications otitiques craniennes de nature psycho-névropathiques.**

Nous aurions pu multiplier à l'infini les observations des *algies mastoïdiennes de nature psycho-névropathiques*. Ce sont là les troubles les plus fréquents. Nous nous sommes contenté d'en citer quelques-unes des plus typiques, car ce chapitre a déjà suscité des travaux remarquables.

De l'étude des cas publiés d'algies mastoïdiennes, il découle une première notion : elles peuvent exister ou bien chez des sujets n'ayant aucune lésion auriculaire, ou bien chez des sujets présentant des lésions de l'oreille externe, moyenne ou interne, anciennes, récentes ou en cours d'évolution. L'on comprend que selon le cas, le diagnostic en sera rendu plus ou moins difficile.

Comme pour toutes les autres manifestations névropathiques, le sexe féminin y semble plus particulièrement prédisposé. De même, le jeune âge (de 20 à 30 ans), semble fournir la grande majorité des cas.

Au point de vue *pathogénique*, bon nombre d'algies mastoïdiennes sont de nature nettement hystériques. Mais elles ne semblent pas l'être toutes. Il en est qui surviennent chez des sujets exempts de tous les stigmates révélateurs de la névrose. Ils sont dus à une mobilité par trop grande du psychisme, à une impressionnabilité excessive, si fréquente aujourd'hui. On ne saurait vraiment taxer de tels sujets d'hystériques. Or, de

pareils cas sont fort nombreux et de constatation journalière. C'est pour cela que nous avons adopté, selon le conseil de notre maître, M. le professeur Moure, le terme de troubles psycho-névropathiques, qui n'est pas bien plus vague que le terme hystérique, mais qui a l'avantage d'être plus général et d'englober tous les cas sans rien préjuger de leur nature.

Quant à l'*aspect clinique* de l'algie mastoïdienne, il est tel qu'on peut lui décrire des caractères communs assez constamment rencontrés. En effet, la douleur apparaît le plus souvent d'une manière brusque. Elle atteint d'emblée le maximum d'intensité. Elle est diffusée même en dehors de la région mastoïdienne et ne se présente pas uniquement aux points classiques, antral et apical, comme dans les mastoïdites vraies. Elle est extrêmement intense, le moindre frôlement l'exaspère. Elle est superficielle. Si l'on réussit à distraire le malade en conversant avec lui de toute autre chose que de sa douleur, et si, pendant ce temps-là, on presse la région douloureuse, il arrive souvent que le malade n'accuse pas de douleur ou, tout au moins, n'en accuse pas d'aussi intolérable que lorsqu'il suit, toujours très attentivement, l'examen du médecin. Enfin, la douleur peut se déplacer, changer même de côté et disparaître brusquement. Elle ne s'accompagne d'aucun changement de forme ni de couleur de la région. L'état général est habituellement normal.

Le *diagnostic* peut en être difficile. Il sera différent selon qu'il existe ou non des lésions de l'oreille.

a) *Le sujet n'a aucune lésion auriculaire* : Cette absence de lésions auriculaires facilite beaucoup le diagnostic des algies mastoïdiennes névropathiques. Elle fait naître le soupçon sur la nature de la douleur. Dès lors, on cherche à découvrir dans les antécédents héréditaires et personnels du sujet et aussi dans l'examen du système nerveux, les éléments capables de renseigner sur l'état névropathique du terrain. Il arrive même que l'algie soit accompagnée d'autres manifestations auriculaires dont la nature névropathique plus évidente vient appuyer le diagnostic de trouble inorganique. Un autre fait, assez fréquem-

ment observé, est assez significatif pour la démonstration de la nature psychique de l'algie : c'est la persistance et l'opiniâtreté avec laquelle les sujets réclament parfois une intervention chirurgicale. Les caractères propres des algies névropathiques viennent enfin aider à l'établissement définitif du véritable diagnostic en évitant de confondre la douleur mastoïdienne avec celle des névralgies, des ostéopériostites, des adénites de la région mastoïdienne ou encore celles dues à une ostéite condensante de l'apophyse mastoïde. Quant aux mastoïdites primitives ou plutôt secondaires à une infection ayant « mordu la mastoïde » après avoir seulement « léché la caisse », elles diffèrent des algies qui nous occupent par l'état général mauvais et les caractères spéciaux aux douleurs des mastoïdites vraies.

b) *Le sujet est porteur d'une affection auriculaire aiguë* : On comprend aisément que le diagnostic se trouve ainsi rendu plus délicat. Le malade se trouve dans les conditions nécessaires pour une complication mastoïdienne : la douleur qu'il présente est-elle bien due à une mastoïdite ?

La question sera tranchée par l'étude soigneuse de tous les symptômes. La douleur des mastoïdites vraies apparaît moins brusquement et est plus profonde que celle qui constitue l'algie. La pression montre plus particulièrement deux points douloureux : le premier au niveau de l'antra mastoïdien, le second à la pointe. La mastoïde est soulevée, son relief modifié. L'état général est le plus souvent troublé : la fièvre et le pouls s'en ressentent ordinairement. Enfin, une bonne radiographie de la région mastoïdienne, faite selon les dernières techniques perfectionnées, vient éclairer le diagnostic.

Dans l'algie psycho-névropathique, par contre, la douleur apparaît avec ses caractères propres que nous avons déjà signalés. De plus, elle est fréquemment en contradiction avec l'évolution de la lésion auriculaire : elle apparaît lorsque la caisse se draine parfaitement bien ou même lorsque l'infection auriculaire est en bonne voie de guérison. L'état général est ordinairement bon. Les antécédents du sujet et son examen nerveux viennent enfin confirmer le diagnostic.

Ici également, l'algie mastoïdienne peut coexister avec d'autres manifestations névropathiques simulant des complications de la région auriculaire. Nous verrons plus loin les caractères propres à faire soupçonner la nature psycho-névropathique de ces phénomènes. Quand elles existent, elles contribuent à éclairer la véritable nature de l'algie. Mais il serait plus exact de dire que c'est l'algie mastoïdienne, souvent associée aux autres troubles périauriculaires névropathiques, qui aide le diagnostic de ces derniers, étant plus facile à identifier.

Malgré tout, il est des cas où le diagnostic ne peut être tranché de suite. Dans ces cas-là, l'attente et l'application d'un traitement psychothérapique peuvent quelquefois, par l'évolution ultérieure de la maladie, contribuer à fixer le diagnostic.

Terminons enfin la question du diagnostic des algies mastoïdiennes en faisant remarquer qu'il faut, dans les cas douteux, se garder de poser de suite le diagnostic de troubles névropathiques, se basant sur l'existence des antécédents et des signes somatiques significatifs, ces derniers fussent-ils nettement hystériques. Nous venons de voir dans le service de notre maître, le professeur Moure, deux femmes hystériques atteintes de mastoïdite vraie. Cette dernière lésion ne se trouvait aucunement modifiée dans son aspect clinique. Il aurait été peu sage de conclure, dans ces deux cas, à l'algie hystérique, car toutes hystériques qu'elles étaient, elles avaient le droit d'avoir de vraies mastoïdites.

Mais à côté de ces algies mastoïdiennes névropathiques, il en existe d'autres également névropathiques, mais survenant chez des malades déjà opérés pour des mastoïdes vraies. Ce ne sont pas, à vrai dire, des algies mastoïdiennes, mais plutôt des *algies de la plaie opératoire mastoïdienne*. Tout se passe comme si la trépanation n'a pas été bien faite et qu'il reste encore des points malades non nettoyés. On risque alors de réopérer le malade alors qu'un simple traitement psychique est capable de tout faire rentrer dans l'ordre.

Ces algies-là n'ont pas été étudiées dans des travaux pourtant remarquables de Liaras et Bouyer et de Chavanne.

Quant aux *paralysies faciales psycho-névropathiques*, en apparence d'origine otique, elles sont excessivement rares. Après nos recherches dans la littérature médicale, nous n'en avons trouvé qu'une seule observation. Le cas est intéressant, car pour peu que l'examen soit superficiel, l'erreur de diagnostic peut, en mettant la paralysie sur le compte d'une lésion du rocher, provoquer une intervention chirurgicale bien inutile.

Les considérations qui précèdent conduisent à conclure qu'il est toujours nécessaire, lorsqu'on se trouve en présence d'une paralysie faciale périphérique, de procéder à un examen soigné (objectif aussi bien que fonctionnel) de l'oreille correspondante, afin d'en découvrir la cause. L'histoire de la maladie et les circonstances dans lesquelles la paralysie s'est déclarée ont également une grande importance pour le diagnostic. Enfin, l'électro-diagnostic, apporte, lui aussi, de précieux renseignements.

Les *manifestations psycho-névropathiques à forme labyrinthique* ne sont pas très fréquentes. Il en existe pourtant quelques observations dont la première est due à Charcot. Cilles de la Tourette, Rybalkin, Frank Hochwart, Chavanne et Bouyer en ont publié quelques-unes. N'ayant pas pu observer nous-même de cas typique, nous avons emprunté, pour être complet, deux observations de Bouyer, recueillies à la clinique du professeur Moure.

Qu'il s'agisse de pseudo-labyrinthite ou de pseudo-vertige de Menière, le tableau clinique peut être assez complet pour induire en erreur de diagnostic. L'évolution même de la maladie, avec répétition de crises vertigineuses, aide souvent à ce qu'on soit trompé.

Mais on s'aperçoit généralement, à un examen plus détaillé, que la triade : surdité, vertiges, bourdonnements, est incomplète. La surdité, en effet, manque ou cesse rapidement si elle a existé. Et cela suffit pour faire naître le soupçon et rechercher parmi les antécédents et dans l'examen nerveux du sujet les éléments indiquant son état névropathique.

Les troubles à type labyrinthique peuvent coexister avec une algie mastoïdienne névropathique. Dans ces cas, le diagnostic

est facilité, étant donné que cette douleur laisse souvent voir assez nettement son caractère névropathique.

*Pronostic.* — Qu'il s'agisse d'algies mastoïdiennes, de pseudo-paralysie faciale ou de troubles à type labyrinthique, le pronostic est toujours le même. Le plus souvent un traitement approprié fait disparaître les manifestations névropathiques en question.

Il est pourtant des cas où celles-ci sont particulièrement tenaces et d'autres où, une fois guéries, elles récidivent avec facilité.

*Traitement.* — Pour toutes les manifestations craniennes il sera purement psychique. En fait de psychothérapie, tous les procédés sont bons. La condition absolument nécessaire pour le succès est la confiance du sujet. Il faut qu'il soit persuadé que le médecin est capable de le guérir. Pour cela, ne pas avoir l'air d'hésiter. Dire au malade qu'en effet il a quelque chose, mais que cela est sans gravité et que, dès que le traitement (souvent un simulacre d'opération) sera appliqué, il guérira sans faute, comme tant d'autres malades ayant eu absolument la même maladie.

---

## CHAPITRE IV

### Les pseudo-complications otitiques endocraniennes de nature psycho-névropathiques.

---

#### I. — Troubles à formes méningées.

##### OBSERVATION I

Résumé de l'observation I de A. BOUYER fils, publiée dans son travail : *Troubles cérébraux d'apparence otogène chez des malades porteurs d'algies mastoïdiennes.*

X..., 17 ans, ayant une hérédité nerveuse très chargée. Père âgé de 30 ans, est atteint de ramollissement cérébral précoce. Mère névropathe sans crises, mais très impressionnable et émotive. Huit enfants dans la famille, dont sept vivants, mais plus ou moins nerveux. Le malade n'a jamais eu de maladie d'oreilles. Fièvre typhoïde à 9 ans. Depuis son enfance il est très nerveux, présente, lorsqu'il est contrarié, de grandes crises de larmes accompagnées de mouvements des membres figurant une crise convulsive avec grincements de dents et véritable état de « pâmoison ».

Il y a deux ans, une de ses sœurs, âgée de 17 ans, mourut de méningite consécutive à une otite moyenne aiguë suppurée scarlatineuse, à marche foudroyante, que ne put enrayer une trépanation hâtive de la mastoïde. Hanté par l'idée fixe des circonstances de la mort de sa sœur, il devint sombre, taciturne, mit sur le compte du chirurgien les méfaits de la méningite et rumina contre lui des projets homicides. A cette époque se place la première grande crise convulsive de nature franchement hystérique. Il y a six mois il fit une fugue en Espagne avec un de ses amis, mais fut rapidement retrouvé et ramené. Il y a un mois, en allant, le soir, se coucher, il poussa

brusquement un cri strident et s'abattit vite sur le sol en proie à une violente crise convulsive qui fut immédiatement suivie d'une phase somnambulique. Il décrivait à haute voix sa rêverie et son délire : il voyait sa sœur morte transfigurée en vierge immaculée. Il l'annonça à sa mère, puis : « Ah ! son oreille ! l'opération ! » s'écriait-il, et retombait dans une nouvelle crise convulsive. Le lendemain, à son réveil, il commençait à se plaindre de l'oreille droite. Trois jours se passèrent ainsi, lorsque, brusquement, il accusa une souffrance intense; toute sa région mastoïdienne était douloureuse et extrêmement sensible, ne pouvant supporter le moindre attouchement. Le lendemain soir, des symptômes inquiétants se produisaient; le malade avait une céphalée des plus pénibles; il était triste, accablé, prostré même, demeurant blotti sous ses couvertures en chien de fusil, pour fuir la lumière, en proie à d'incessants vomissements. La mère, affolée par ce tableau qui lui rappelait en tous points, comme elle nous le dit elle-même, le début de la méningite de sa fille, fit venir au plus vite le médecin traitant qui, lui aussi, fit des réserves de pronostic, ordonna la glace sur la tête et demanda instamment l'avis d'un spécialiste de l'oreille. Fait important, on ne put appliquer sur l'apophyse une pommade belladonnée prescrite, tant l'hyperesthésie des tissus superficiels était vive.

L'auriste consultant trouva l'oreille absolument saine. Il rassura la famille et, de fait, le lendemain, tous les symptômes cérébraux s'apaisaient. L'algie elle aussi disparaissait peu à peu, et il ne restait bientôt de cette crise que le souvenir d'une inquiétante alerte.

Ce jeune homme, franchement taré au point de vue nerveux, fut pris, donc, un jour, de crise convulsive accompagnée de délire hallucinatoire, et au sortir de celle-ci commença à se plaindre de son oreille droite. Trois jours après il présenta une douleur intense de la mastoïde droite et douze heures après l'apparition de celle-ci, on vit s'installer quelques symptômes dont l'ensemble fit croire au médecin traitant qu'il s'agissait d'une méningite consécutive à une mastoïdite à évolution rapide.

Mais dès que l'otologiste, appelé d'urgence, procéda à un examen complet de l'oreille présumée malade, l'idée d'une mé-

ningite fut éliminée. En effet, l'intensité par trop grande de la douleur mastoïdienne, sa diffusion en dehors de la région mastoïdienne et l'absence des points douloureux classiques au niveau de l'antre et de la pointe, indiquaient qu'on était en présence plutôt d'une algie que de mastoïdite vraie. L'examen objectif de l'oreille droite montrait son absolue intégrité et venait ainsi contredire d'une façon catégorique le diagnostic de méningite d'origine otitique.

Comme, par ailleurs, rien ne pouvait expliquer les symptômes en apparence méningitiques, force était de conclure à leur nature psycho-névropathique. On avait d'ailleurs d'autres raisons pour cela. Le récit de la crise nerveuse qui avait précédé les manifestations méningitiques et l'éclatement trop précoce de celles-ci confirmaient également qu'il ne pouvait s'agir que de troubles psycho-névropathiques.

Ce qui est intéressant dans cette observation, c'est le moment d'apparition des manifestations auriculaires méningées. Elles succèdent à une crise nerveuse durant laquelle le malade est en proie à une hallucination : il voit sa sœur tant regrettée, morte d'une méningite consécutive à une otite gauche. A peine sorti de cette crise, il souffre de son oreille gauche (donc même côté que sa sœur) et dans les jours qui suivent, les symptômes méningitiques s'installent. Cela montre bien quel rôle a le psychisme dans l'installation de ces troubles psycho-névropathiques. De plus, si ces troubles semblent être l'œuvre de l'inconscient, la conscience, elle aussi, contribue à son apparition. (La preuve en est cette sorte de temps perdu entre la crise nerveuse et l'éclatement des manifestations auriculo-méningitiques, temps perdu durant lequel le malade semble avoir ruminé et étudié son mal.)

#### OBSERVATION II

Résumé de l'observation II de A. BOUYER fils, publiée dans son travail :  
*Sur les algies hystériques de la mastoïde.*

Jeune fille, âgée de 18 ans, soignée dans le service de M. Pitres, pour des grandes crises convulsives d'origine franchement hysté-

rique. Elle accusa brusquement une douleur mastoïdienne droite extrêmement vive, une céphalée intense et présenta de la parésie de la paupière supérieure droite et un affaissement du visage de ce côté. En même temps elle demeurait abattue, couchée en chien de fusil dans son lit, en proie à un véritable état fébrile. A la demande si elle ne venait pas d'avoir un écoulement d'oreille droite, elle répondit par l'affirmative. En présence de cette symptomatologie méningée, M. Pitres pria M. Moure d'examiner cette malade. Durant le transport à la clinique, l'algie se transféra sur la mastoïde opposée. L'introduction du spéculum dans le nez de la malade réveilla des phénomènes spasmogènes. M. Moure, ne trouvant aucune trace de lésion auriculaire récente ou ancienne, porta le diagnostic ferme d'accidents purement névropathiques. Le soir même, tous les symptômes avaient disparus.

Apparition brusque de douleurs à la mastoïde, suivie de manifestations paraissant se rattacher à une méningite, tel était le tableau clinique que présentait cette jeune malade. Comme, d'autre part, la jeune fille avait déclaré que son oreille coulait (alors que cela était faux), on ne put que conclure à l'existence d'une otite moyenne suppurée avec mastoïdite compliquée de méningite aiguë.

Mais l'examen de l'oreille présumée malade avait démontré sa parfaite intégrité et infirmait ainsi le premier diagnostic. Le transfert de la douleur mastoïdienne, les antécédents de la malade et la crise spasmogène provoquée par l'introduction du spéculum du nez montraient, au contraire, qu'il s'agissait d'un terrain névropathe et que, par conséquent, les troubles pseudo-méningitiques étaient, eux aussi, de nature psycho-névropathique.

La disparition, dans la soirée, de tous les symptômes alarmants prouvait le bien-fondé d'un tel diagnostic.

## II. — Troubles à type cérébral.

### OBSERVATION I (Personnelle).

M<sup>lle</sup> H. Br..., 19 ans, domestique. Se présenta à la clinique du professeur Moure pour une otorrhée droite datant d'une quinzaine d'années. Un traitement médical prolongé étant resté inefficace, on la fit entrer à l'hôpital du Tondu pour opération. Evidemment pétro-mastoïdien (docteur Portmann). Antre et caisse remplis de fongosités et de pus. Suites opératoires normales et la malade quitta le service trois semaines après, avec la recommandation de faire dans son oreille des lavages de propreté.

Deux mois après, la jeune fille revint à l'hôpital. Elle avait pris très peu de soin de son oreille opérée et celle-ci s'était remise à suinter par intermittence. Mais ce qui l'amenait cette fois-ci n'était pas précisément ce petit suintement. Si elle revenait, c'est parce que depuis une huitaine de jours, elle ressentait des douleurs atroces dans son oreille opérée ainsi que dans tout l'hémicrâne correspondant, douleurs exagérées au moindre contact. On l'hospitalisa donc de nouveau pour examen complet et intervention possible.

Mais, dès le lendemain, la malade, dont la douleur d'oreille et de la moitié droite de la tête persistait toujours, présenta quelques symptômes très inquiétants : un état de torpeur prononcé, semi-comateux. Elle resait dans son lit, triste, somnolente, répondant paresseusement aux questions qu'on lui posait. En somme, état cérébral fruste en dehors duquel on ne put trouver aucun autre symptôme significatif.

Elle fut mise en observation et on lui administra des cachets calmants, mais ceux-ci restèrent sans effet.

L'examen des oreilles donnait les résultats suivants : oreille gauche normale, fonctionnellement et objectivement. L'oreille droite, opérée, présentait une cavité bien épidermée sur presque toute sa surface. Le suintement, à peine existant, n'était pas purulent. Fonctionnellement, cette oreille était perdue pour les sons transmis par la voie aérienne, mais la perception crânienne restait conservée et le Rinne était négatif. Pas de vertige.

L'examen du système nerveux ne montrait rien d'anormal. Il n'y avait pas de troubles moteurs ni de la sensibilité (sauf peut-être un peu d'hyperesthésie au niveau de la moitié droite de la tête). Liquide céphalo-rachidien normal. Pupilles et fond de l'œil normaux.

L'état général assez bon et pas d'amaigrissement; la température et le pouls absolument normaux.

On essaya alors de persuader la malade qu'elle n'avait rien de grave et qu'elle guérirait vite, mais ce fut sans aucun succès; et, comme les symptômes persistaient sans la moindre tendance à la régression, le professeur Moure décida de pratiquer un simulacre d'opération. Celle-ci fut faite sous anesthésie générale avec toute la mise en scène nécessaire dans des cas pareils et consista en une simple incision rétro-auriculaire, peu profonde d'ailleurs, suivie de l'application d'un énorme pansement recouvrant presque toute la tête.

Deux jours après, on procéda au premier pansement. La jeune fille allait bien et ne souffrait presque plus de son oreille. Elle était plus éveillée. Les jours suivants, on enleva rapidement les points de suture et bientôt la plaie fut cicatrisée et probablement aussi son psychisme, puisqu'elle ne souffrait plus du tout et ne présentait plus aucun des symptômes inquiétants qui avaient fait penser un instant à une complication cérébrale de l'otite droite.

Ceci se passait en février 1921. Nous avons pu avoir des nouvelles de la patiente. Elle est maintenant mariée, mère de famille et n'a plus présenté de phénomènes auriculaires.

De toutes les affections auriculaires, l'otorrhée chronique, surtout lorsqu'elle est déjà ancienne, comme c'est le cas de la malade de cette observation, est celle qui est le plus susceptible de donner des complications endocraniennes. Rien d'étonnant alors si, en présence de symptômes que présentait cette jeune fille, on eut d'abord l'idée qu'il pouvait s'agir d'un abcès du cerveau.

Comment n'y pas penser quand on songe à la si fréquente pauvreté symptomatologique des abcès de l'hémisphère droit du cerveau ? Pour la rappeler, nous donnerons ici, comme exemple, le cas récent d'une jeune fille, guérie actuellement, qui a

été opérée par le professeur Moure d'un gros abcès du lobe temporo-sphénoïdal droit. Nous-même fûmes chargé de l'examen complet lors de son entrée à l'hôpital du Tondu, mais malgré toute l'attention que nous y apportâmes, nous ne pûmes découvrir aucun symptôme, pas même la modification du liquide céphalo-rachidien, susceptible de nous renseigner sur l'existence d'un abcès cérébral dont la présence était pourtant fortement soupçonnée, car il s'agissait d'une malade ayant déjà eu, il y a trois ans, un abcès du cerveau de ce côté et qui avait présenté, huit jours auparavant, quelques crises jacksoniennes signalées par son médecin. Seule, la mauvaise mine de la malade et l'état de somnolence et de terreur intellectuelle dans lequel elle se trouvait, décidèrent le professeur Moure, et non pas à tort, à intervenir chirurgicalement. Une fois de plus on put ainsi se rendre compte de l'allure insidieuse de ces complications cérébrales lorsqu'elles siègent à droite.

C'est donc cette connaissance de latence et de pauvreté en symptômes des abcès cérébraux droits qui fit songer, tout d'abord, à la possibilité d'une pareille complication chez la jeune H. Br... Mais dès qu'un examen complet de la malade fut fait, le professeur Moure revint sur son diagnostic de la première heure et posa celui de *manifestations psycho-névropathiques à type cérébral*. L'évolution de la maladie ne fit que lui donner raison. Voyons maintenant quels sont les caractères sur lesquels ce diagnostic fut basé.

L'*examen objectif* de l'oreille droite, si intensément douloureuse, était le premier élément contredisant le diagnostic d'une complication endocranienne vraie. Car, au lieu de trouver une cavité pleine de pus et de bourgeons, celle-ci se présentait presque totalement épidermée. Aucun diaphragme, aucune niche pouvant faire soupçonner une collection sous-jacente.

L'examen fonctionnel, lui, ne fournissait aucun élément propre à faire éliminer le diagnostic d'une véritable complication cérébrale, car, malgré l'intégrité du labyrinthe sur laquelle il nous renseignait, il était possible d'avoir des lésions endocraniennes

La ponction lombaire, au contraire, était, par sa négativité, d'un grand poids dans l'infirmité du diagnostic d'abcès, car, le plus souvent, les abcès du cerveau s'accompagnent d'une modification de la pression du liquide céphalo-rachidien et parfois aussi de sa modification cytologique et bactériologique. Toutefois, nous ferons observer que les modifications cytologiques et chimiques n'ont rien d'absolu. Nous ne prendrons comme preuve que le cas de pseudo-abcès cérébelleux d'origine hystérique publié par le docteur Lemaître dans les *Archives internationales de laryngologie*, mai 1922 (Introduction à l'étude des abcès cérébelleux, p. 386). Dans ce cas, Lemaître se basa pour intervenir sur quelques symptômes à type cérébelleux, mais surtout sur l'existence d'une lymphocytose accompagnée d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. La trépanation ne donna rien et il fut prouvé par la suite qu'il s'agissait là d'une simulation psycho-névropathique. La modification du liquide céphalo-rachidien, elle, n'était certainement pas simulée, mais s'expliquait, comme le croit Lemaître, par une irritation des méninges consécutive à leur mise à nu lors d'un évidement pétro-mastoïdien pratiqué quelque temps auparavant. On voit donc que la présence des modifications du liquide céphalo-rachidien n'a une valeur réelle qu'à condition d'être certain qu'elle ne peut s'expliquer par d'autres lésions ou dispositions spéciales surajoutées. N'empêche que, dans notre cas particulier, l'absence de modifications du liquide céphalo-rachidien était une arme sérieuse contre l'existence d'un abcès cérébral.

Un troisième fait important était l'absence de modifications du fond de l'œil.

L'état général assez bon venait enfin, avec le manque de l'élévation thermique et du ralentissement du pouls, contribuer à l'exclusion du diagnostic de lésions cérébrales.

C'est donc en se basant sur ces signes négatifs que fut posé, par élimination, le diagnostic des manifestations psycho-névropathiques. Il s'imposait du moins temporairement et réclamait un essai de confirmation par le traitement psychothérapique. S'il arrive souvent de découvrir dans l'histoire ou dans l'examen

des malades des indices positifs et certains d'un état psycho-névropathique capable d'expliquer les phénomènes observés, chez cette jeune fille rien de pareil n'existait. C'était, pour ainsi dire, une manifestation monosymptomatique d'un état psycho-névropathique latent. A peine pouvait-on trouver suspecte la douleur trop exagérée de la région auriculaire qui, comme il est habituel dans les douleurs névropathiques, s'étendait, sans limites précises, sur une grande partie du crâne et se trouvait par trop exagérée à la moindre pression.

Diagnostic temporaire, réclamant confirmation, disons-nous. En effet, les symptômes manquants pouvaient se manifester et se préciser les jours suivants et venir tardivement nous convaincre de l'existence d'un abcès vrai. En attendant, le seul diagnostic possible était certainement celui de manifestations névropathiques. Lui seul mettait à l'abri d'une intervention inutile et dangereuse, tout en obligeant de poursuivre attentivement l'observation de la malade, ce qui pouvait conduire ou bien à la confirmation de la nature psychique des troubles observés, ou bien à la découverte des premières nouvelles manifestations capables de faire changer l'attitude du chirurgien.

Le traitement psychothérapique institué approuva donc l'abstention de l'opération. Il avait la valeur d'une épreuve diagnostique tout en amenant la guérison de la malade.

#### OBSERVATION II

Résumé de l'observation du Dr BOUVIER, publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 mars 1905.

Charles B..., 20 ans, garçon boulanger. A la suite d'un traumatisme crânien n'ayant intéressé que les parties molles, il fut atteint de broncho-pneumonie grippale guérie en une semaine et ensuite de vives douleurs dans la région mastoïdienne gauche avec irradiations dans la région cervicale et dans la région pariétale du même côté. Ces phénomènes s'amendèrent rapidement et personne ne songeait plus à la plaie du cuir chevelu qui était recouverte d'une croûte, quand, une nuit, à la suite de grattages, cette plaie donna lieu à un

écoulement de sang assez abondant et le malade, qui parlait bien la veille, se trouva subitement dans l'impossibilité de prononcer une seule parole.

Le lendemain, la palpation est douloureuse dans la région mastoïdienne gauche et dans la région pariétale correspondante. Le malade était incapable d'articuler tout autre mot que *oui*. Il avait conservé son intelligence et, lorsqu'on lui demandait s'il souffrait, il désignait du doigt la partie inférieure de la région pariétale gauche. On pensa à la possibilité de l'existence d'un abcès cérébral au voisinage de la circonvolution de Broca, tout en restant frappé du peu d'élévation de la température (37°), de l'absence de troubles bien nets du côté de l'oreille et de certaines bizarreries de caractère antérieurement contrôlées chez ce malade.

Le docteur Abadie écarte l'hypothèse d'une complication organique du côté des méninges et du cerveau. Il n'existait ni céphalalgie, ni vertiges, ni somnolence, ni modification de pouls, ni convulsions, ni délire; pas de nausées, pas de vomissements, pas de troubles des sphincters. Etat général satisfaisant: température, 37°; visage normalement coloré; mimique normale; intelligence parfaite. Pas de paralysie faciale ni des membres. Pas de raideur de la nuque, pas de contractures musculaires, pas de signe de Kernig. Motilité volontaire et marche normales, ainsi que les réflexes cutanés et tendineux. Pas de signe de Babinski. Vision parfaite: aucun trouble des pupilles, des réflexes iriens ou des muscles oculaires.

Quant aux troubles du langage, le malade ne prononçait que *oui*. Son langage articulé se bornait à un bredouillement indistinct. Il ne présentait aucun symptôme de surdité verbale, de cécité verbale; il écrivait sans hésitation. Il s'agissait de perte du langage articulé seul. L'aspect du malade était plutôt celui d'un muet hystérique que d'un aphasique par lésion du pied de la troisième circonvolution frontale. La recherche des stigmates hystériques ne révélait qu'une hyperesthésie cutanée généralisée.

Le docteur Abadie pensa qu'il s'agissait soit d'un cas d'aphasie hystérique avec algie mastoïdienne, soit de troubles réflexes du langage, comme on en a rapporté dans certaines affections de l'oreille.

MM. Moure et Brindel, appelés le lendemain à examiner l'oreille

du sujet, sans avoir connaissance d'ailleurs, de l'histoire antérieure de la maladie, firent les observations suivantes : Le malade est couché du côté droit, en chien de fusil; il pousse des cris plaintifs, mais ne répond à aucune question. Il a de la photophobie; mais ses pupilles sont égales et réagissent bien. Le palper de la mastoïde ne provoque aucune douleur au niveau de l'ancre ni de la pointe. L'oreille ne présente rien d'anormal. La percussion du crâne est douloureuse autour de la plaie. Pendant cet examen, le malade, à plusieurs reprises, est pris de *secousses convulsives* dans le membre supérieur droit. Quelques secousses existent également dans le membre inférieur gauche. Le réflexe rotulien droit est exagéré. Pas de trépidation épileptoïde, ni de signe de Koernig. Pouls à 58. Pas de rétention d'urines.

MM. Moure et Brindel diagnostiquent un abcès cérébral siégeant au voisinage de la circonvolution de Broca, mais non pas un abcès d'origine otique, mais consécutif à la plaie du cuir chevelu. Ils conseillent une trépanation. L'interne de service fait part à M. Bouvier de la décision de MM. Moure et Brindel. Le soir, le malade est porté dans la salle d'opération.

M. Bouvier est frappé du changement qui est survenu depuis le matin. Le visage du malade est coloré et son corps est agité de secousses convulsives; il semble qu'il est en proie à un violent frisson. Sa poitrine est couverte de sueurs froides; le pouls est à 68. L'aphasie persistait. On était loin du tableau clinique présenté par le malade le matin.

M. Bouvier se décide à procéder à la trépanation conseillée. Le crâne était rasé et aseptisé: on se prépare à l'endormir; mais dès la première application du masque à chloroforme, le patient s'agite et secoue vivement la tête. A la seconde bouffée de l'anesthésique il s'écrie : « On m'étouffe », et se met à raconter les impressions qu'il a ressenties depuis qu'il a été frappé d'aphasie. En l'interrogeant, on apprit qu'il avait été, la nuit précédente, très effrayé par la vue du sang provenant de sa plaie et qu'il avait été autrefois, à diverses reprises et dans des circonstances analogues (chute à l'eau, vomissement de sang), dans l'impossibilité de parler pendant plusieurs jours.

Dès ce moment, tout rentra dans l'ordre et il ne resta plus qu'une hyperesthésie bilatérale, plus accusée au thorax, un rétrécissement

concentrique du champ visuel à 60° et une analgésie oculaire et trachéale presque complète.

Lorsque le malade a présenté la douleur mastoïdienne et l'aphasie, MM. Abadie et Bouvier ont pu écarter l'idée d'une lésion organique du cerveau grâce à une étude approfondie des troubles cérébraux et mastoïdiens. Cet aphasique, en effet, n'avait pas le facies d'un véritable aphasique; son bredouillement ne ressemblait pas à celui d'un homme atteint d'une lésion de la troisième circonvolution frontale. De plus, il était difficile d'admettre qu'un abcès puisse n'intéresser que la zone de Broca sans retentir aussi sur le voisinage et donner de l'agraphie, la cécité verbale, la surdité verbale, l'ébauche de paralysie faciale. Enfin la sensibilité mastoïdienne et pariétale paraissait bien superficielle.

Mais lorsque MM. Moure et Brindel, qui ne connaissaient encore rien de l'histoire du malade, ont eu à examiner ce malade, le tableau clinique qu'il présentait était changé. Force leur était de songer à une irritation cérébrale devant des symptômes tels que : céphalée, ralentissement du pouls, photophobie, attitude en chien de fusil, *convulsions épileptiformes*, exagération des réflexes, etc. La perfection même de tous ces signes et l'existence de la plaie du cuir chevelu étaient bien capables d'induire en erreur. Il faut dire aussi que ces chirurgiens venaient d'opérer, quelques jours auparavant, un abcès cérébral d'origine grippale. Et quand on songe à la grande fréquence des abcès cérébraux à l'état latent, ne se révélant que lorsque, par leur gros volume, ils arrivent à irriter l'écorce ou les méninges, il est facile à comprendre qu'on ne pouvait pas ne pas porter de diagnostic d'abcès cérébral et conseiller la trépanation d'urgence.

Heureusement pour lui, le malade s'est mis à crier dès les premières bouffées d'anesthésique, démentant ainsi le diagnostic d'abcès cérébral. Les nouveaux renseignements qu'on put tirer, dès lors, du malade, montraient que ce n'était pas la première fois que le malade perdait l'usage de la parole. Ainsi, et

par une nouvelle recherche des stigmates hystériques (hyperesthésie bilatérale, rétrécissement concentrique du champ visuel, anesthésie oculaire et trachéale), il fut prouvé que tous les accidents observés, et ayant fait songer à un abcès cérébral, n'étaient que des troubles psycho-névropathiques.

### OBSERVATION III

Résumé de l'observation de A. WIENER, publiée par lui dans *Archives of otology*, 1906, vol. XXXV, n° 4, pages 396 à 351.

L. K..., âgé de 22 ans. Trois mois auparavant, il avait été opéré d'une mastoïdite droite consécutive à une otorrhée réchauffée. Le 21 janvier 1906, il existait en arrière de l'oreille opérée, sur la ligne de cicatrisation, deux fistules. Granulations dans la partie postérieure du conduit auditif externe droit; elles furent enlevées ainsi qu'un petit séquestre de 3 m/m.

Au bout de dix jours, douleur rétro-auriculaire. Température est de 40°5. Réintervention le 8 février. L'autre est curetté, le sommet de l'apophyse réséqué. On met à nu le sinus latéral, mais celui-ci est absolument sain. Suites opératoires bonnes.

Le cinquième jour on renouvelle le pansement. Deux heures après le malade accuse une forte céphalalgie au sommet de la tête. Il s'endort vite, mais deux heures après se réveille; délire, pâleur du visage; le pouls est très faible. Le patient devient cyanosé; ses extrémités sont froides. Quand l'auteur le vit, les pupilles étaient dilatées. Rien dans le fond de l'œil. Pas de paralysie faciale. Pouls à 50. Température, 37°. Cœur, reins, poumons normaux. Anesthésie généralisée, sauf la plante des pieds, l'extrémité des orteils, la paume des mains, les bouts des doigts et le vestibule des narines.

La nuit suivante, insomnie, douleur sur le sommet de la tête; le malade ne reconnaît personne et ne répond pas aux questions.

Le lendemain, à six heures du soir, il se met tout à coup à parler et à rire. A neuf heures du soir il retombe dans une sorte de stupeur et de coma, qui disparaît définitivement le lendemain soir. Le pouls est toujours à 60.

Il s'agit, dans cette observation, d'un jeune homme qui, cinq jours après une trépanation de la mastoïde, tombe dans le collapsus. S'agit-il d'une hémorragie intracrânienne ou d'un abcès cérébral, latent jusqu'à ce jour, et se révélant brusquement ?

La dure-mère et le sinus latéral avaient été mis à nu au cours de l'opération et on n'avait rien trouvé. On pouvait éliminer l'hémorragie car le pouls, au lieu d'être rapide, était lent et qu'au lieu d'une respiration fréquente, irrégulière, dyspnéique, il y avait 15 à 19 respirations régulières par minute. Pas de nausées ni de vomissement. La température était de 37°3; donc pas d'hypothermie.

Quant à l'abcès cérébral, en sa faveur plaidait la présence d'une otorrhée chronique datant de l'enfance avec réchauffement il y a six mois. On sait, en effet, que les suppurations chroniques sont celles qui donnent le plus souvent des complications intracrâniennes. De plus, on sait la très grande fréquence des abcès cérébraux latents et que cette période de latence peut être très longue. Gower dit que l'on peut observer des cas où l'abcès reste latent et ignoré pendant deux mois et même plusieurs années. Nous avons déjà rappelé plus haut un cas de récurrence d'abcès cérébral dans lequel ce dernier était resté trois ans sans donner lieu à aucune manifestation significative. Ce n'est que lorsque son volume était devenu comme un œuf de poule qu'il se manifesta, et encore bien pauvrement.

Ce qui fit croire, tout d'abord, qu'il s'agissait d'un abcès du cerveau, c'était la manifestation subite des symptômes cérébraux et des signes de compression cérébrale, tels que la bradycardie.

Mais lorsque M. Wiener vit le malade, celui-ci allait déjà mieux. De plus, l'exploration du système nerveux montrait qu'il n'y avait pas de paralysie des nerfs crâniens; pas d'hémiplégie, de paraplégie ou de monoplégie. Pas la moindre contracture musculaire. Rien dans le fond de l'œil. Pas d'incontinence des matières et d'urine. Par contre, il existait une anesthésie généralisée, sauf les points indiqués plus haut. Cette amélioration

sensible de l'état et l'absence d'une grande partie des symptômes habituels s'opposaient, évidemment, au diagnostic d'un abcès cérébral. On décida de temporiser. Au bout de 24 heures, tous les symptômes avaient disparu. Ainsi fut confirmée la nature psycho-névropathique des accidents cérébraux que présentait ce jeune homme. Il est probable que la bradycardie était, elle aussi, de même nature.

#### OBSERVATION VI

Résumé de l'observation de E. M. SCHWARTZ, publiée dans *New-York med. journ. and. med. record.*, septembre 1922.

E. A.... 24 ans, sans antécédents familiaux. A subi 14 hospitalisations et 7 opérations. L'une d'elles a été pratiquée sur sa mastoïde droite il y a quatre ans. Quatre jours après cette opération, elle eut des vomissements et des signes d'hémiplégie. L'hémiplégie disparut, mais les vomissements continuèrent. On craignit un abcès du cerveau, mais tous les symptômes disparurent avant l'opération. Elle quitta l'hôpital guérie.

Lorsque cette malade fut admise à l'hôpital, le 16 août 1921, elle se plaignait d'une douleur violente de l'oreille gauche et de la mastoïde (pointe). Sa température était de 90° F. Son pouls, 100; la respiration, 22. Le tympan congestionné et légèrement bombé. La myringotomie ramena un peu de pus, mais aucune amélioration de la douleur qui augmenta progressivement pendant quelques jours. Le gonflement mastoïdien s'accrut. L'examen du sang montra 11.500 leucocytes, 75 % de polynucléaires et 25 % de lymphocytes. Trépanation. Mais on trouva relativement peu de lésions : quelques cellules malades. Toute la mastoïde fut néanmoins soigneusement nettoyée.

Au dixième jour après l'opération, la malade fut prise de convulsions; elle présenta du nystagmus et tomba dans le coma qui dura 48 heures. Elle vomit pendant plusieurs jours. Température et pouls normaux. Traces d'acétone dans les urines, probablement dus aux vomissements.

Une ponction lombaire est faite et le liquide céphalo-rachidien s'écoule sous pression normale. Son aspect est normal et la R. W.

faite dans le L. C. R. négative. Pupilles également dilatées, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Anesthésie de la cornée. Diminution du champ visuel. Anesthésie pharyngée complète. Rien au cœur et aux poumons. Réflexes rotuliens, Babinski et autres, négatifs. Les vomissements sont plus accentués. L'interne de garde, impressionné par ses vomissements, fit une injection hypodermique de sérum. Ceux-ci s'arrêtèrent pendant 24 heures pour recommencer de nouveau et disparaître définitivement après un lavage de l'estomac et une autre injection sous-cutanée de sérum.

La plaie mastoïdienne guérit et la malade quitta le service le 18 septembre 1921.

Cette observation est intéressante à deux points de vue : d'abord par la simulation psycho-névropathique d'un abcès cérébral, ensuite parce que cette simulation s'est déjà produite une fois, seulement avec l'existence d'une mastoïdite du côté opposé. Nous ne discuterons que la seconde simulation, n'ayant pas suffisamment de détails sur la première.

La malade venait d'être opérée de mastoïdite gauche. Neuf jours s'étaient écoulés sans aucun incident et voilà que le dixième jour elle se met à vomir et présente des convulsions, du nystagmus et tombe dans le coma. On était en droit, devant un tel tableau clinique, de songer à une complication cérébrale de la suppuration auriculaire.

Mais un examen plus soigné ne tarda pas à déceler la nature psycho-névropathique des phénomènes alarmants. Il n'y avait, en effet, aucun autre signe pouvant confirmer le diagnostic d'abcès cérébral. Par contre, les troubles de la sensibilité, le rétrécissement du champ visuel, etc., étaient assez éloquents pour avertir le clinicien qu'il se trouvait en présence d'un terrain névropathique et que, par conséquent, les phénomènes observés pouvant s'expliquer ainsi, il était contre-indiqué de réopérer.

La rapide disparition des accidents surajoutés, la bonne voie de guérison de la plaie opératoire et enfin l'histoire de la malade, avec la notion d'existence antérieure d'un semblable in-

cident, étaient là pour confirmer le diagnostic de manifestations psycho-névropathiques et donner raison à l'abstention opératoire.

#### OBSERVATION V

Résumé de l'observation de Mac Cuen Smith, publiée par lui dans les *Annales of otology*, décembre 1912.

Nègre de 26 ans. Il y a 7 mois, traumatisme par baseball de la région mastoïdienne droite. Otorrhagie et perte de conscience durant 24 heures. Surdité complète à droite et à gauche. Il fallait crier près de l'oreille pour qu'il entende. L'audition revint petit à petit à gauche.

Douleur atroce au niveau de la mastoïde droite. Bourdonnements, épistaxis périodiques, vertiges. Hémianesthésie gauche complète.

A l'examen, l'oreille paraît normale, sauf la sensibilité mastoïdienne à droite. Perceptions crânienne et aérienne sont bonnes. Examen du sang : leucocytes, 14.400; polynucléaires, 84 %.

Examen ophtalmologique : Vision à droite,  $2/3$ ; hyperémie du nerf optique. Astigmatisme hypermétropique de 1 D. A gauche, V. :  $2/3$ ; hyperémie du nerf optique.

Les rayons X dénotent un sinus latéral superficiel. Pas d'exsudat intra-cellulaire.

Examen neurologique : Yeux ouverts, démarche est normale; yeux fermés, légère ataxie. Pupilles égales, réagissant normalement. Pas de nystagmus, ni l'ophtalmoplégie externe. Réflexes abdominal et crémastérien sont normaux. Jambe gauche faible par rapport à la jambe opposée. Réflexes rotuliens normaux. Pas de Babinski. Hémianesthésie gauche.

Diagnostic hésite entre abcès du cerveau vrai et pseudo-abcès cérébral de nature névropathique et cela malgré les signes négatifs.

On fait une trépanation exploratrice à droite et on ne trouve absolument rien. Le lendemain, plus d'hémianesthésie, ni vertige. L'acuité auditive redevient normale à droite.

Il s'agit ici d'une algie mastoïdienne compliquée de troubles faisant songer à des complications endocrâniennes. Nous pensons qu'il aurait été possible d'éviter l'intervention inutile en

se basant sur certains symptômes présentés par le sujet, dont l'aspect portait l'empreinte névropathique.

Tout d'abord, le début de l'algie succédant immédiatement à un traumatisme, puis l'excessive intensité de la douleur, pouvait faire douter de la nature organique des phénomènes. La surdité bilatérale contrastant avec l'intégrité objective des deux oreilles, était également un indice contredisant l'existence de véritables complications. Enfin, les éléments fournis par l'examen du système nerveux montraient assez nettement qu'on avait affaire à un sujet hystérique. Tous ces indices permettaient de supposer, temporairement du moins, qu'il s'agissait de troubles purement névropathiques et indiquaient l'essai d'un traitement psychothérapique.

### III. — Troubles à type cérébelleux.

#### OBSERVATION I (Personnelle).

E... (André), 34 ans, manœuvre. Adressé à la clinique du professeur Moure le 11 mai 1923, par le professeur Abadie, pour examen labyrinthique. Le malade raconte qu'étant soldat, en 1916, il a eu une otite moyenne aiguë suppurée droite compliquée de mastoïdite et qu'il a été trépané à Avignon par le docteur S... A la suite de cette intervention, les phénomènes douloureux avaient cessé; par contre, les bourdonnements et les troubles de l'équilibre qu'il avait également présentés n'avaient point disparu. Depuis cette époque, il lui arrive de temps en temps de tomber et ses chutes se produisent toujours à gauche. De plus, il souffre, de temps à autre, de céphalées à type frontal.

On procède ce même jour à un examen auriculaire complet qui donne les résultats suivants :

#### Audition :

P. C. D. = 12300 O. D. = contact. R. D. = + fort.

P. C. G. = 12345 O. G. = 30 cm. R. G. = + 12''.

Le diapason vertex latéralisé à gauche.

*Examen labyrinthique : Nystagmus spontané : quelques petites secousses en vision oblique à droite.*

*Nystagmus provoqué* : a) *Rotatoire* : tours positifs : 25''; tours négatifs : 15'';

b) *Calorique* (eau froide) : O. G = Nystagmus de 2 minutes de durée; O. D. = Nystagmus sous forme de quelques secousses rares.

*Epreuves stato-cinétiques* : Station les yeux ouverts est normale, que ce soit sur un ou deux pieds. Les yeux fermés, par contre, il y a chute en arrière et à gauche dans les deux cas. La marche en avant est rapidement déviée à droite, si les yeux sont fermés. Dans les mêmes conditions, la marche à reculons est déviée à gauche. On note aussi quelques déclanchements labyrinthiques. Le malade n'a pas de sensations vertigineuses proprement dites, il ne voit pas tourner les objets lorsqu'il se sent tomber.

Deux mois et demi plus tard, le 25 juillet 1923, on fait revenir le malade à la clinique pour une démonstration d'examen labyrinthique aux assistants du « cours de perfectionnements ». L'examen de l'audition, les épreuves rotatoires et coloriques donnent des résultats sensiblement les mêmes que ceux du premier examen. Mais quelle n'est pas la surprise de ceux qui avaient assisté au précédent examen du patient de le voir présenter une série de troubles impressionnants faisant penser au syndrome cérébelleux.

En effet, il avance dans la salle assez difficilement, car tout son corps tend à se pencher à gauche et en arrière. Il élargit sa base de sustentation et de la main cherche à trouver un point d'appui. Difficile les yeux ouverts, la marche et la station debout deviennent impossibles les yeux fermés : le malade croule de suite et cela toujours à gauche et en arrière. Les mouvements actifs des membres supérieurs ont perdu leur assurance. Le signe de l'index nettement positif indique de l'hypermétrie; le signe de l'agenouillement est également net. L'adiadococinésie de Babinski existe de même : il est impossible d'obtenir l'exécution du mouvement de « marionnettes ». Le signe de la main morte semble également positif. La parole est légèrement hésitante et le nystagmus spontané se manifeste sous forme de quelques légères secousses horizontales à direction indéterminée.

Devant ces signes, apparaissant à un examen relativement sommaire, l'idée se présente d'une complication cérébelleuse de l'ancienne suppuration auriculaire. Cette idée est d'autant plus plausible

qu'après le premier examen, deux mois et demi auparavant, on avait demandé des renseignements complémentaires à l'autorité militaire d'Avignon et que celle-ci avait reconnu que l'intéressé avait bien été opéré en 1916 et que l'opération avait consisté en une mise à nu assez large de la loge cérébelleuse qui a découvert un important abcès intradural. La présomption en faveur d'une complication cérébelleuse a donc sa raison d'être; aussi le malade est-il dirigé sur l'hôpital du Tondu pour observation détaillée et intervention possible.

A son entrée à l'hôpital, le 30 juillet 1923, il ne présente aucune modification de température et de pouls. Urines normales, poids : 65 kilos. Se plaint de violentes céphalées généralisées dans toute la tête et refuse de manger. Il est nerveux et il faut user de persuasion et de douceur pour arriver à le calmer et le décider à s'alimenter.

L'examen du système nerveux, à la date du 31 juillet : Le malade se présente debout, mais ce qui frappe au premier abord, c'est une instabilité et la déviation du tronc vers la gauche et en arrière.

*Tête* : Yeux : Pas de paralysie oculaire. Impossibilité absolue d'une lecture suivie. Pupilles égales et persistance de réflexe à la lumière et à l'accommodation. Puissance d'accommodation diminuée. Le champ visuel concentriquement rétréci pour les deux yeux. Pas de nystagmus spontané en vision directe. En position oblique, plutôt une instabilité des globes oculaires se traduisant objectivement par une trémulation extrêmement rapide et de faible amplitude. Bouche : Langue normale. Hypoesthésie marquée du pharynx. Parole lente. Pas de paralysie faciale.

Le *cou* ne présente rien de spécial.

*Membres supérieurs* : Pas d'atrophie ni de tremblements au repos. L'avant-bras et la main à droite sont en pronation complète à l'encontre du membre supérieur gauche qui est en position intermédiaire normale. Anesthésie à la piqûre de tout le membre droit. Sensibilité au contact conservée. Sens stéréognostique conservé.

Le membre supérieur gauche ne présente pas de troubles de la sensibilité. Réflexivité normale des deux côtés. Mouvements passifs, signe de la main morte, négatifs. Mouvements actifs : pas de tremblement intentionnel. On note simplement une légère hésitation de la main qui plane au-dessus de l'objet avant de le saisir. Quand on demande

au sujet de fléchir l'avant-bras sur le bras et que l'on s'oppose à cette flexion, on a l'impression qu'il ne déploie qu'une très minime partie de ses forces. En lâchant brusquement l'avant-bras, on ne note pas d'hypermétrie. L'action consistant à se verser un verre d'eau et à boire s'accomplit bien.

Signe de l'index est normal: pas d'adiadococinésie. On note seulement une certaine lenteur dans l'exécution de ces mouvements qui est par ailleurs parfaite.

*Tronc et abdomen* : Rien à signaler.

*Membres inférieurs* : Pas d'amaigrissement. Tous les mouvements positifs sont possibles. Pas d'hypermétrie (signes du talon, de l'agenouillement négatifs). Sensibilité normale à gauche; à droite, la sensibilité à la piqure est abolie au niveau de tout le membre. Réflexes sont normaux. Pas de Babinski. Station debout : oscillations de tous les côtés. Démarche hésitante mais non ébrieuse. Le malade marche les mains un peu écartées du corps et cherche des points d'appui. Ni titubation, ni hypermétrie au cours de la marche. Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier liquide ne présente aucune modification cytologique.

3 août 1923. Depuis que le malade se trouve dans le service, il est devenu bien plus calme. Il va et vient dans la salle et aide les infirmières. Il est capable de dévisser, nettoyer et revisser le pulvérisateur de Lucas-Championnière. Mais, en marchant, il penche toujours très visiblement en arrière et à gauche. Il n'est pas tombé une seule fois depuis son hospitalisation.

4 août. Le professeur Moure ayant posé le diagnostic de manifestations labyrinthocérébelleuses de nature psycho-névropathique, décide de faire de la psychothérapie. On fait essayer au sujet les verres de différentes couleurs. Celui-ci déclare que c'est avec les lunettes vertes qu'il se sent le plus stable.

15 août. Le malade quitte le service ne présentant plus aucun trouble de l'équilibre. Nous ne l'avons plus revu.

Dans cette observation il s'agit encore d'un ancien opéré, mais celui-ci ayant fait, quelques années, auparavant, de véritables complications endocraniennes, quoique extra-dure-mé-

riennes. C'est un cas comparable à celui de la malade à la récurrence d'abcès cérébral dont nous avons rappelé l'histoire en parlant de la pauvreté fréquente de la symptomatologie des abcès cérébraux droits. Il avait déjà eu une propagation vers l'endocrâne de sa suppuration auriculaire; les troubles dont il est cette fois-ci porteur ne sont-ils pas dus à un foyer oublié qui se serait développé d'une façon latente et qui, cette fois, aurait franchi la barrière dure-mérienne et aurait atteint le cervelet lui-même ? Telle était la question qui se posait au moment où le malade, examiné pendant le cours de perfectionnement, présentait ces troubles d'équilibre accompagnés d'une série de symptômes en apparence cérébelleux.

L'examen de l'audition montrait une acuité auditive à peu près normale à gauche. A droite, par contre, les épreuves, habituellement pratiquées, concouraient pour indiquer qu'il s'agissait d'une atteinte partielle de l'appareil de réception. L'examen fonctionnel vestibulaire s'accordait, lui aussi, pour indiquer que le labyrinthe du côté droit était hypoexcitable, ce qui, dans le cas de notre malade, traduisait une lésion labyrinthique.

Troubles de l'équilibre par ancienne lésion du labyrinthe, tel est le diagnostic qu'on était en droit de poser après le premier examen fait au mois de mai. Mais lors du deuxième examen, au mois de juillet, il y avait plus que ce diagnostic de lésion labyrinthique à faire; il fallait s'expliquer la nature de quelques troubles nouvellement apparus.

Tout d'abord, cette tendance du corps à se pencher et à tomber en arrière et à gauche. Elle ne s'accompagnait pas, comme dans les lésions labyrinthiques, de sensations vertigineuses proprement dites, le malade ne voyait pas les objets tourner autour de lui, mais se sentait simplement entraîné à la chute. Et, quoique cette instabilité se trouvât augmentée par l'occlusion des yeux, il n'était pas possible devant ce déséquilibre particulier de ne pas penser à quelque chose de cérébelleux. Cela devenait d'autant plus naturel, que la recherche rapide des éléments du syndrome cérébelleux montra l'existence de quelques-uns de ces derniers. Le peu d'assurance qu'avait le

malade à exécuter les différents mouvements, le signe de l'index, de l'agenouillement, l'impossibilité d'exécuter le mouvement des « marionnettes » ou du « moulinet », le nystagmus spontané, étaient autant de faits plaçant en faveur de l'existence d'un abcès cérébelleux. Comme, d'autre part, l'histoire du malade mentionnait une opération sur la région cérébelleuse avec découverte d'une collection purulente extra-durale, la présomption en faveur de l'abcès ne put se trouver qu'accrue.

Une intervention pratiquée d'urgence n'aurait pas manqué de démontrer que, malgré toutes ces apparences, notre patient n'avait pas la moindre trace d'abcès cérébelleux, mais l'aurait exposé à une opération pour le moins inutile. Attendre et réexaminer le malade était plus sage, ce qu'un avenir très proche démontra. Quelques jours plus tard, en effet, lorsque cet homme se trouva soumis à une meilleure hygiène psychique aussi bien que corporelle, la plupart des symptômes alarmants disparurent. Seules, l'instabilité et la tendance à la chute en arrière et à gauche persistèrent, quoique notablement améliorées. Et comme, en ce moment-là, l'examen complet du système nerveux était achevé, le professeur Moure n'hésita plus à étiqueter le malade : psycho-névropathe.

Si, pour la jeune fille de la première observation, le diagnostic de manifestations névropathiques fut posé par exclusion de celui d'une lésion organique du cerveau, ici le diagnostic de troubles psycho-névropathiques fut posé d'une manière plus positive. C'est que l'examen du patient avait fait découvrir certains éléments capables de donner de la certitude. L'insensibilité de la cornée, l'hypoesthésie du pharynx, l'insensibilité à la piqûre de tout le membre supérieur et inférieur du côté droit, le rétrécissement concentrique assez prononcé du champ visuel des deux côtés étaient autant de symptômes qu'il est classique, depuis longtemps, de considérer comme des stigmates de l'hystérie. Ce renseignement sur l'état du terrain joint aux autres résultats de l'observation clinique, permirent donc de revenir sur le diagnostic ou plutôt l'impression de la première heure et de déclarer qu'il s'agissait là de *manifestations psycho-névropathiques* simulant des troubles cérébelleux.

La psychothérapie qu'un tel diagnostic réclamait fut appliquée. Remarquons seulement que celle-ci s'exerça surtout sous forme de bonne hygiène psychique, car le malade était déjà presque guéri lorsqu'on lui prescrivit les lunettes vertes. Celles-ci n'auraient pu lui servir que de moyen d'empêcher le retour de troubles. N'ayant pas pu revoir depuis notre patient, nous ne pouvons dire ce qu'il est devenu au point de vue auriculaire.

## OBSERVATION II

Résumé de l'observation I de A. BOUYER fils, publiée dans son travail sur les troubles cérébraux d'apparence otogène, chez les malades porteurs d'algies mastoïdiennes hystériques.

Jeune fille de 22 ans, se présentait à la clinique otologique de M. Moure parce que, atteinte d'otite double, elle accusait depuis deux jours d'intolérables douleurs dans son oreille droite, une céphalée continue, paroxystique et un état vertigineux des plus pénibles.

L'interrogatoire ne révèle pas grand chose; les antécédents héréditaires sont sans signification et dans le passé de la malade on ne trouve que ses lésions auriculaires consécutives à une rougeole survenue à l'âge de 5 ans, compliquée d'otite moyenne suppurée double, passée à l'état chronique.

*Examen fonctionnel de l'oreille* : P. C. D. : nulle; P. C. G. : conservée. La montre n'est pas entendue à droite; à gauche, elle n'est perçue qu'au contact. Par contre, la voix chuchotée est perçue à 60 cm. environ. Rinne : 0 à droite; à gauche il est négatif. Diapason vertex latéralisé à gauche.

*Examen objectif* : A droite, volumineux cholestéatome s'étant vidé dans le conduit. Après le nettoyage de cette oreille on constate que le cholestéatome a fait de lui-même une véritable cure radicale en établissant une large communication en bissac entre la caisse et l'antra. Le facial est indemne.

A gauche, on constate un réchauffement de l'otorrhée avec écoulement abondant.

Rien à la palpation de la mastoïde gauche. Par contre, la mastoïde droite tout entière est très douloureuse. Le moindre frôlement exagère cette douleur et fait tressaillir la malade.

A ces signes locaux se joignent les symptômes récents : la *céphalée intense*, un *état vertigineux* presque permanent se manifestant sous forme de titubations incoordonnées, un état d'apathie physique touchant en apparence à de la prostration. La malade demeure immobile, les yeux mi-clos, fuyant la lumière qui exaspère sa céphalée, répondant lentement aux questions posées, paraissant étrangère au monde extérieur et inconsciente de ce qui se passe autour d'elle.

La température est normale, le pouls régulier, les réflexes conservés sans modification. Le fond de l'œil absolument sain. Les urines normales.

La douleur mastoïdienne avait tous les caractères d'une algie mastoïdienne névropathique. Elle était survenue brusquement, bruyante dès le début, superficielle, ne présentant pas les points électifs antral et apical, s'étendant au-delà de l'apophyse sur le cuir chevelu, la racine du cou et la région scapulo humérale, exquise comme sensibilité et s'exaspérant au moindre frôlement. A ce niveau, pas de modifications de la peau ni du relief osseux.

Devant cette algie mastoïdienne, l'hystérie est soupçonnée et la malade mise en observation.

Champ visuel extrêmement rétréci pour la vision simple aussi bien que pour la vision des couleurs; le surlendemain, une héli-hyperesthésie complète de tout le côté droit se produisait, noyant ainsi complètement l'hyperesthésie mastoïdienne. En même temps, sous l'influence du traitement local, les lésions intra-otiques s'amendaient.

L'oreille droite se trouvait complètement détergée des pellicules cholestéatomateuses. La suppuration de l'oreille gauche se tarissait sous l'influence de pansements et à travers une large perforation du tympan, on pouvait apercevoir une cicatrisation régulière de la caisse et l'absence de tout bourgeonnement.

La malade n'en accusait pas moins encore les mêmes symptômes généraux. Le vertige subsistait avec une égale intensité; l'état d'apathie et la prostration persistaient toujours. La céphalée était toujours tenace mais, comme le fit remarquer M. Moure, elle n'avait pas été exaspérée par le port d'un pansement circulaire et légèrement constrictif placé autour de la tête et recouvrant les oreilles.

Durant les 15 jours d'observation qui ont suivi, l'état général est

resté parfait. Il n'y a jamais eu de fièvre, le pouls a toujours été régulier, l'appétit s'est conservé. Aucun des symptômes signalés ne s'est modifié. Le vertige prédomine sans systématisation; la malade ne peut se livrer au travail. Aucun bruit subjectif dans les oreilles. Lorsque la malade est couchée, la sensation vertigineuse se calme et diminue très notablement lorsque la malade, en marchant, sent près d'elle le moindre point d'appui.

M. Moure, soupçonnant la névrose dans ce tableau clinique d'apparence cérébelleuse, écarta toute idée d'intervention chirurgicale immédiate. On plaça la malade en observation dans le service de M. Pitres. Durant un mois, les mêmes symptômes persistèrent (vertige, céphalée, vomissements, algie mastoïdienne gauche), sans grand changement. Le vertige seul se modifia un peu dans ce sens qu'il commença à se manifester même en position couchée. Les vomissements étaient à peu près constants et presque incoercibles. La sensation vertigineuse, s'accompagnait de sifflements et de bourdonnements, mais les sifflements existaient tantôt à droite, tantôt à gauche. Toujours pas de systématisation du vertige. La céphalée se calmait par le repos au lit, surtout la nuit. Le visage de la malade, quoique exprimant la douleur, s'éclairait à l'occasion de plaisanteries d'un rire franc. La température était normale, le pouls régulier, algie toujours persistante, plus ou moins diffusée.

Environ un mois et demi après le début de ces accidents, un changement brusque s'opéra dans l'évolution de tous les symptômes. M. Pitres ayant placé des lunettes à verres violets devant les yeux du sujet, on vit se produire une atténuation progressive et rapide du vertige et de la céphalée. Un changement à vue s'est opéré, mais il suffisait de priver la malade de ses verres de couleur pour voir s'installer de nouveau des troubles vertigineux intenses. L'algie mastoïdienne seule persistait, mais se transférait à gauche.

Voici donc le cas d'une jeune fille dont les oreilles suppuraient depuis longtemps et qui brusquement, se mit à souffrir de l'oreille droite, tout en présentant quelques symptômes inquiétants, ayant l'apparence de complications cérébelleuses de la suppuration auriculaire. On examina ses oreilles et

on découvrit que les lésions dont elles sont le siège (à droite surtout) sont précisément celles qui figurent le plus souvent dans l'étiologie des complications endocraniennes des otites. Dès lors la question se posait de savoir si on se trouvait en réalité devant l'une d'elles : l'abcès du cervelet.

M. Moure écarta toute idée d'intervention chirurgicale. Pourquoi ?

De tous les symptômes, un surtout, la douleur de la mastoïde avait éveillé les soupçons. Au lieu de se présenter comme est en général la douleur mastoïdienne des mastoïdites aiguës vraies, organiques, avec ses deux points classiques, antral et apical, cette douleur se manifestait avec tous les caractères des algies mastoïdiennes névropathiques. Son début brusque, d'emblée bruyant, sa diffusion en dehors des limites anatomiques de l'apophyse mastoïde, vers la région temporale et vers le cou, sa trop grande intensité qui faisait que le moindre frôlement des téguments l'exaspérait, enfin son aspect de douleur superficielle, sont autant de particularités qui plaidaient en faveur de sa nature névropathique. Dès lors il était naturel de se demander si les autres symptômes, eux aussi, n'étaient pas dus à ce même état névropathique du sujet.

L'étude des antécédents héréditaires et personnels s'imposait alors, mais elle ne donna rien qui puisse dévoiler un terrain psycho-névropathique. Par contre, l'examen du système nerveux fournissait des éléments précieux et très significatifs dans ce sens. Le rétrécissement du champ visuel, l'hémihyperesthésie complète du côté droit survenue dès le premier jour de la mise en observation contribuaient suffisamment à la démonstration de l'état névropathique de la jeune malade.

Un autre fait plaidait également dans le même sens : c'est la persistance des troubles à type cérébelleux malgré une marche très favorable des lésions auriculaires.

Enfin, le manque d'altération de l'état général, l'absence de température et de modification du pouls, conservation de l'appétit et du poids de la malade, venaient, eux aussi, appuyer la thèse des troubles psycho-névropathiques.

Quant aux troubles en apparence cérébelleux, eux aussi, quoique à un degré moindre, présentaient certains caractères susceptibles de mettre en lumière leur manque de substratum organique. Les vertiges redoublaient dès que la malade se trouvait loin de tout objet pouvant lui servir d'appui; venait-on près d'elle, se trouvait-elle à proximité d'un meuble, le vertige diminuait notablement et la malade marchait avec plus d'assurance. Il y avait là évidemment un élément phobique très net.

La céphalée continue et paroxystique, surtout temporale, ressemblait bien à celle que l'on rencontre dans les abcès cérébelleux vrais. Toutefois, une remarque est à faire. Il arrive souvent, comme le dit M. Moure, que les malades faisant des complications cérébrales ou cérébelleuses des suppurations auriculaires, se plaignent que leur bandeau, pourtant moyennement serré autour de leur tête, les serre trop et exagère le mal de tête (signe du bandeau). Chez la jeune malade de cette observation, le signe du bandeau était négatif et cela aussi, jusqu'à un certain degré, permettait d'éliminer l'idée de complications vraies.

Voilà donc quelles étaient les raisons sur lesquelles M. Moure se basait pour refuser une intervention d'urgence. L'évolution de la maladie donna raison à cette manière de voir. La psychothérapie sous forme de prescription de lunettes de couleur amena la diminution d'abord, la disparition ensuite, de tous les symptômes inquiétants et confirma ainsi l'exactitude du diagnostic de manifestations psycho-névropathiques simulant un abcès cérébelleux.

### OBSERVATION III

Cas de FILIPPI, publié dans les *Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, décembre 1922.

Femme de 30 ans, à passé névropathique (boule œsophagienne, céphalées répétées, surtout dans les périodes menstruelles). Elle fut un jour jetée à terre après avoir reçu un fort coup de poing dans la Spalatkovitch

région auriculaire droite. Une otorragie droite et un bourdonnement intense suivirent ce choc. Se rendant chez elle assez péniblement, elle avait une certaine tendance à tomber du côté droit. Quatre jours après le traumatisme, elle fut prise brusquement d'un vertige violent, avec vomissements. Mise au lit, elle présenta de l'obnubilation intellectuelle, sans perte de connaissance. Envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de labyrinthite, les faits observés furent les suivants : Température 37°6. Poulx bon, plutôt ralenti (62), rythmique. Station debout impossible, aussi bien les yeux ouverts que fermés, avec tendance à tomber en arrière. La marche est incertaine, chancelante. Après quelques pas, si la malade n'est pas soutenue, elle tombe en arrière. Dans l'oreille droite, où la malade accuse un fort bourdonnement à tonalité élevée, on note la présence d'un caillot de sang au fond du conduit et quelques gouttes de pus provenant d'une déchirure du tympan dans son quadrant postéro-inférieur. L'acuité auditive est réduite de moitié à droite. Cette diminution porte également sur les tons élevés et sur les tons graves. A gauche, signes légers d'otite moyenne catarrhale chronique. Rinne négatif à droite. Weber non latéralisé. Réflexe d'accommodation biauriculaire conservé. Quelques secousses nystagmiques horizontales. La malade, qui se plaint de céphalée occipitale violente, ne présente pas de phénomènes morbides à la charge d'organes internes. Examen des urines négatif.

Les faits ci-dessus firent poser le diagnostic d'otite moyenne purulente aiguë droite consécutive à la rupture traumatique du tympan, avec phénomènes labyrinthiques et troubles à *type cérébelleux*. On prescrivit : vessie de glace en permanence sur la tête, lavements, diète lactée, détersion soignée du conduit et mèche iodoformée. On tint la malade en observation. Les recherches et examens pratiqués ensuite donnèrent les résultats suivants : secousses nystagmiques, spontanées, inconstantes, plus manifestes après cinq ou six mouvements rotatoires et plus appréciables en déviation latérale forcée, souvent accompagnées de blépharospasme. Pupille un peu dilatée, mais réagissant bien à la lumière et l'accommodation; pas de stase papillaire.

Dans la station debout la malade tombe en arrière. Cette tendance à la chute n'est pas augmentée par la fermeture des yeux. Marche chancelante, ébrieuse. Réflexes tendineux légèrement accusés. Le réflexe

pharyngien est aboli. Le réflexe cornéen est affaibli. Sensibilité conservée. Les épreuves de lésion fonctionnelle cérébelleuse sont négatives (hypermétrie, adiadococinésie, asynergie). Pas de troubles de la parole, pas de tremblement intentionnel. Dans la recherche du vertige galvanique on obtient des résultats normaux des deux côtés, avec réaction assez vive et déplacement anodin.

Bien que dans ce cas on eût des symptômes cérébelleux assez nets, les recherches poursuivies exclurent une véritable lésion du cervelet et firent penser à de légers symptômes d'irritation labyrinthique avec phénomènes hystériques à allure cérébelleuse. On soumit alors la malade à un traitement psychique (manœuvres suggestives, Franklinisation) et la céphalée occipitale, les troubles de l'équilibre, les vertiges disparurent en cinq jours.

Otite moyenne aiguë suppurée droite, consécutive à un traumatisme, tel était le diagnostic de la malade. Mais à peine quatre jours s'étaient écoulés, que la malade présenta un ensemble de symptômes des plus inquiétants, parmi lesquels le vertige accompagné de vomissements tenait la première place. La malade ne peut se tenir debout, même les yeux ouverts, et se sent entraînée en arrière. Essaie-t-elle de marcher, elle chancelle et, dès qu'on la lâche, tombe en arrière. Ajoutons à cela le pouls ralenti, une légère exagération de la température, quelques secousses nystagmiques et la violente céphalée occipitale et l'on a ainsi un tableau clinique ressemblant assez au syndrome cérébelleux. Quoi de plus logique alors que de songer que cela pourrait bien être une complication cérébelleuse de la lésion auriculaire ?

Cependant on ne peut dissimuler une surprise. Il est classique aujourd'hui de dire que les affections otitiques aiguës donnent surtout des complications aiguës, méningites, par exemple, alors que les affections auriculaires chroniques font surtout des complications chroniques, lentes, nécessitant quelque temps pour se réaliser. En effet, il est compréhensible qu'une otite moyenne aiguë suppurée puisse toucher les méninges et les faire réagir violemment grâce à la trop grande

virulence de l'infection ou à une disposition anatomique spéciale (déhissences, etc.). L'attaque est brusque, les méninges réagissent bruyamment et les lésions ne vont pas plus loin, l'affection se terminant par la mort ou encore, mais bien rarement, par la guérison. Au contraire, les lésions auriculaires chroniques, chorrhée par exemple, travaillent lentement,minent silencieusement les organes endocraniens. Les méninges ont tout leur temps pour réagir et créer les adhérences qui mettent le malade à l'abri de méningite généralisée, mortelle. Alors l'infection auriculaire toujours active franchit l'étape méningée et l'abcès de l'encéphale est formé.

Nous avons donc le droit d'être surpris de voir cette otite aiguë donner lieu à un ensemble de symptômes que ne peut expliquer qu'une lésion cérébelleuse longuement préparée.

L'analyse serrée des symptômes s'imposait. Le vertige qui dominait le tableau symptomatique avait-il des caractères spéciaux qui eussent pu orienter le diagnostic ? Il était violent et était survenu très brusquement. De plus, il s'accompagnait de vomissements et jamais de perte de connaissance. La malade tombait constamment en arrière; cette chute avait lieu aussi bien lorsque la malade avait les yeux ouverts que lorsqu'elle les fermait. C'est là un caractère qui est plutôt en faveur d'une lésion cérébelleuse que d'une lésion labyrinthique. Cette idée de vertige d'origine centrale trouve un autre appui dans le fait que l'audition de ce côté, quoique réduite de moitié, n'en existait pas moins. Or, s'il s'était agi d'une labyrinthite aiguë par propagation de la suppuration, le vestibule n'aurait pas été le seul lésé, mais il y aurait eu également une surdité complète avec Rinne absent ou positif pathologique et non pas négatif, comme c'est le cas ici. De même le vertige galvanique n'aurait pas pu être également normal des deux côtés.

Il est donc impossible d'attribuer ce vertige, en totalité du moins, à une labyrinthite aiguë. Tout au plus pourrait-on rattacher à une excitation labyrinthique les bourdonnements à tonalité élevée que la malade accusait dans son oreille droite. On ne pouvait donc expliquer cette instabilité si marquée de la

station et de la marche que par une lésion cérébelleuse, et alors il s'agissait de confirmer l'existence et la nature de celle-ci par un examen neurologique fouillé, de rechercher plus spécialement les symptômes bien connus aujourd'hui depuis leur mise au point par Babinski, symptômes faisant partie de ce qu'on appelle le syndrome cérébelleux.

M. Filippi s'y appliqua et constata qu'il s'agissait là d'un syndrome cérébelleux tout à fait incomplet puisqu'il lui manquait certains troubles de mouvements actifs tels que l'hypermétrie, l'adiodococinésie, l'asynergie, les signes de l'hypertension endocranienne, tels que la stase papillaire et encore toute une série de troubles, tels que catalepsie, tremblements intentionnels, troubles de la parole, de l'écriture, etc.

En somme, la malade présentait les symptômes cérébelleux assez nets, mais le syndrome de la lésion du cervelet était très incomplet. Devant un tel fait, deux idées s'offraient à l'esprit : ou bien il s'agit d'une simulation consciente, intéressée; ou bien, on est en présence d'une simulation inconsciente, hystérique. L'histoire même de la malade faisait rejeter la première idée. Il restait encore la seconde, celle qui suppose une simulation hystérique et cela en vertu de la loi générale de Picqué qui veut que l'hystérie peut simuler, mais jamais entièrement, la symptomatologie d'une maladie.

Mais le seul fait de ne pas être complet ne suffit pas pour que l'on puisse conclure à la nature hystérique du syndrome. L'étude des antécédents de la malade, la recherche des stigmates hystériques proprement dits, ainsi que des caractères névropathiques des symptômes en question, est nécessaire pour pouvoir affirmer avec quelque certitude que c'est bien l'hystérie et elle seule qu'il faut incriminer.

Or, dans le cas présent, le passé apparaissait assez nettement névropathique et quoique la recherche des stigmates hystériques proprement dits ne montrait pas autre chose qu'une anesthésie pharyngée et une diminution de la sensibilité de la cornée, la nature névropathique des symptômes observés apparaissait avec une assez grande certitude. Quant au vertige

lui-même, sur les caractères duquel nous avons déjà insisté, lui aussi vient contribuer au diagnostic des manifestations névropathiques.

Enfin, une dernière preuve de certitude, indiscutable, est apportée par le succès d'un traitement purement psychique.

#### OBSERVATION IV

Cas de FILLIP<sup>1</sup> publié dans les *Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, décembre 1922.

Jeune fille de 23 ans, à passé bacillaire héréditaire et familial. On relève également des antécédents des troubles névropathiques évidents : céphalée, clou hystérique, ovarialgie, accès convulsif, otorrhée droite depuis 7 ans. Présente à son entrée une destruction complète du tympan, une carie du marteau et des granulations dans la partie postéro-supérieure de la caisse. Cette otite fut reconnue de nature tuberculeuse.

La malade présentait une abolition du réflexe pharyngien, une exagération des réflexes tendineux et eutanés, une ovarialgie bilatérale et des zones d'hyperesthésie au cuir chevelu et au thorax. Aucun trouble de l'équilibre. Après dix jours de traitement local (gaze iodofornée, curettage des granulations), on pratique la cure radicale. Sept jours après l'intervention, la malade est prise brusquement de nausées, de vomissements, de vertige, de céphalée occipitale interne. Elle ne peut s'asseoir dans son lit. Debout, elle tombe en arrière. Ces phénomènes ne sont pas exagérés par l'occlusion des yeux. Les pupilles sont légèrement dilatées, mais réagissent à la lumière et à l'accommodation. Pas de stase papillaire. Légères secousses de nystagmus horizontal. Il existe un certain degré d'asynergie musculaire. Poids entre 64 et 70. On prescrit : diète absolue, potion de Rivière, vessie de glace à la tête, et l'on soupçonne un abcès cérébelleux. La ponction lombaire ne révèle rien d'anormal. Certains symptômes s'amentent (vomissements, vertige), mais les troubles de l'équilibre persistent. Devant l'absence d'adiadococinésie, d'hypermétrie, la stase papillaire, on écarte le précédent diagnostic et l'on pense à des troubles fonctionnels d'ordre hystérique, opinion confirmée deux jours après par le succès du traitement psychique (persuasif et suggestif).

Cette malade avait donc une affection chronique déjà vieille de l'oreille droite. On lui fit une cure radicale dont les suites opératoires étaient normales pendant neuf jours, et le dixième jour, brusquement et sans raison aucune, la malade présenta des symptômes dont les caractères donnaient l'impression très nette qu'il s'agissait d'une complication cérébelleuse. En effet, le vertige n'a point les caractères des vertiges labyrinthiques, mais se présente, au contraire, comme étant d'origine centrale (il n'est pas modifié par l'occlusion des yeux). De plus, les céphalées sont nettement localisées à l'occiput.

On prescrit le nécessaire en attendant d'intervenir. Mais au bout de quelques jours les symptômes rétrocedent et il ne persiste plus que les troubles de l'équilibre.

Cette régression des symptômes infirmait sérieusement le diagnostic de l'abcès du cervelet qui semblait tout d'abord s'imposer. Il est vrai que dans les abcès cérébelleux les compensations se font assez vite, surtout chez les êtres situés en haut de l'échelle animale, l'homme en tête : le cerveau et les labyrinthes arrivent vite à suppléer fonctionnellement le cervelet lésé et le malade ne présente plus ou ne présente que peu de symptômes. Mais dans le cas particulier, cette régression semble trop rapide pour pouvoir être attribuée à la « compensation ».

L'examen complet du système nerveux du malade montrait ici encore un syndrome cérébelleux incomplet. Il y avait bien les troubles de l'équilibre à type cérébelleux, les céphalées occipitales, les vomissements, du nystagmus horizontal et même un certain degré d'asynergie musculaire; mais il manquait l'adiadococinésie, la stase papillaire, le ralentissement du pouls, etc. De plus, le nystagmus était constitué par des secousses irrégulières, accompagnées de blépharospasme qu'Erbsn croit caractéristique du nystagmus hystérique.

On conclut à une simulation hystérique d'un abcès du cervelet d'autant plus que les antécédents héréditaires et personnels de la malade montrent que le terrain est nettement névropathique. Enfin, le diagnostic de troubles fonctionnels d'ordre

hystérique était pleinement confirmé deux jours plus tard par le succès complet du traitement psychique.

OBSERVATION V

Cas de Carlos Goris publié dans les *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*,  
15 février 1922.

Jeune fille d'une vingtaine d'années, atteinte d'otite moyenne purulente double, persistant depuis quatre mois. Des maux de tête, localisés dans la moitié droite du crâne, des vertiges, des nausées et quelques vomissements, nécessitent une trépanation de la mastoïde qui ne change rien à la situation.

C'est alors que la malade vient consulter M. C. Goris. Elle présente une surdité droite totale — le réflexe chochléo-palpébral est absent — l'oreille gauche est guérie, la brèche mastoïdienne droite est en voie de cicatrisation, le tympan est cicatrisé et le facial intact. Pas de nystagmus spontané, mais troubles de l'équilibre.

La marche est difficile et continuellement déviée vers la gauche, même les yeux ouverts. En position de Romberg, chute toujours à gauche et en arrière. En variant la position de la tête, aucune modification : malade tombe toujours en arrière et à gauche.

*Signe indicateur* : Qu'il soit fait à droite ou à gauche, avec pour levier le bras, l'avant-bras ou le poignet, la déviation se fait toujours à gauche. Il en est de même pour les membres inférieurs.

*Réactions vestibulaires* : 1° *Fauteuil tournant* : Impossible de faire plus de trois tours dans aucun sens, la malade s'inclinant tellement fortement à gauche qu'elle risque de tomber du siège; 2° *Eau froide* : le labyrinthe droit (côté de l'oreille opérée) ne réagit pas, même après une irrigation de plus de deux minutes avec de l'eau à 20°. La marche reste déviée à gauche, Romberg et signe indicateur pour les deux bras également. Donc, le labyrinthe droit est détruit. Le labyrinthe gauche (côté de l'oreille saine) réagit normalement. Mais alors que le Romberg est nettement dirigé à gauche, comme cela doit régulièrement se présenter, le signe indicateur, lui, ne latéralise plus et cela des deux bras; 3° *Vertige voltaïque* : inclinaison vers la gauche, quel que soit le pôle employé (10 milliampères).

*Examen du système nerveux* : Réflexes oculaires, rotuliens, achilléens sont normaux. Pas de clonus du pied, ni de la rotule, ni Babinski. Ponction lombaire normale. Formule leucocytaire normale.

*Parole* est par moments difficile. *Écriture* régulière. Pas de troubles oculaires. La *marche* est lente, prudente, incertaine, la base de sustentation est élargie. *Epreuve de résistance de Hohnès* est positive. *Travail manuel* (la couture) est impossible; la malade renverse et casse fréquemment les objets qu'elle touche.

Il s'agissait là d'une jeune malade en voie de guérison après une antrotomie, chez qui l'examen objectif de l'oreille et de la cicatrice rétro-auriculaire montrait un état satisfaisant. On aurait pu considérer la patiente comme guérie si seulement les symptômes fonctionnels, ayant nécessité l'opération, avaient disparu ou tout au moins rétrocedés. Mais ceux-ci persistaient comme avant la trépanation : l'opérée présentait toujours des troubles évidents de l'équilibre avec tendance à la chute à gauche et en arrière, la céphalée au côté droit de la tête, une surdité totale du même côté. Il fallait donc s'expliquer la persistance de ces manifestations, de découvrir leur substratum organique.

De quoi pouvait-il s'agir ?

La bonne voie de guérison de la plaie opératoire et la disparition de la suppuration de la caisse faisaient éliminer de suite l'idée d'une mauvaise technique opératoire ayant laissé des points d'os frappés d'ostéite.

Il fallait alors songer à la possibilité d'une complication labyrinthique ou cérébelleuse de la suppuration auriculaire.

L'examen vestibulaire montrait la destruction complète de l'oreille interne dans sa portion chochléaire aussi bien que vestibulaire : il y avait, en effet, surdité totale droite, inexcitabilité complète du labyrinthe du même côté et absence de nystagmus spontané. Mais la connaissance de cette destruction du labyrinthe ne pouvait pas satisfaire le clinicien, car elle seule n'expliquait nullement les troubles observés. Force était alors de songer à une complication cérébelleuse, car les symptômes

qu'il sagissait d'expliquer esquisaient assez nettement un syndrome cérébelleux.

Cette présomption demandait à être confirmée, aussi les autres éléments du syndrome cérébelleux étaient-ils recherchés. Ce nouvel examen fait découvrir l'existence du signe indicateur qui est dévié à gauche pour les membres supérieurs et inférieurs des deux côtés. Quant au reste de l'examen du système nerveux, il ne fournissait aucun autre élément capable d'appuyer l'idée d'un abcès cérébelleux.

En résumé, la possibilité d'une complication du côté du cervelet s'appuyait : sur l'histoire de la maladie, sur l'existence d'autres complications de l'otite (telles que la destruction de l'oreille interne) et la mastoïdite ayant motivé la trépanation, sur la demande de la malade et surtout sur la tendance à la chute à gauche et en arrière et la déviation spontanée du signe indicateur.

Malgré tous ces faits il n'était pas possible de poser le diagnostic d'abcès cérébelleux, car toute une série d'autres symptômes s'y opposait. D'abord les symptômes négatifs : absence d'élévation thermique, de modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien, des troubles oculaires, ainsi que l'état normal des réflexes. Puis des signes positifs : alors qu'un cérébelleux vrai tombe brusquement et sans en avoir conscience, la jeune malade, elle, ne faisait que menacer de tomber et évitait toujours la chute par un mouvement rapide du corps. De plus, sa démarche était trop prudente, recherchée, surveillée, la déviation spontanée dans le même sens portait sur les deux bras et les deux jambes

On voit, ce sont là autant d'éléments contredisant l'existence d'un abcès cérébelleux. Quand même on aurait été tenté d'y souscrire, il aurait été difficile de diagnostiquer l'hémisphère atteint. Car l'indicateur dévié à gauche est incompatible avec l'existence d'une lésion de l'hémisphère droit du cervelet, étant donné que la latéropulsion est toujours homonyme avec la lésion. D'autre part, il ne pouvait pas s'agir d'un abcès de l'hémisphère gauche, l'oreille de ce côté étant absolument saine

objectivement et fonctionnellement et cela dans toutes ses portions.

Cette impossibilité de fixer le siège de l'abcès est une autre contradiction et non la moindre qui, ajoutée aux autres, faisait éliminer définitivement la possibilité d'une complication vraie, organique, dans le cervelet.

Il ne restait plus qu'un seul diagnostic possible, celui qui rattache les manifestations pseudo-cérébelleuses observées à des troubles d'ordre psycho-névropathique et cela malgré l'absence de symptômes positifs capables de mettre en lumière un état névropathique du terrain. L'évolution de la maladie devait démontrer, d'ailleurs, le bien-fondé de ce diagnostic. Soignée uniquement par la psychothérapie, la malade a très bien guéri.

#### OBSERVATION VI

Cas de Carlos Gonis publié dans les *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*,  
15 février 1922.

Jeune fille de 25 ans, atteinte de vieille otorrhée gauche, sans ostéite. Elle présente depuis six mois des céphalées, et depuis deux mois des vertiges, avec quelques nausées et un vomissement.

*Examen* : Pas de nystagmus spontané. Romberg à gauche et en arrière, quelle que soit la position de la tête. Un signe indicateur dévié à gauche pour les deux membres supérieurs. Aucun des deux vestibules ne réagit à une irrigation de 3 1/2 minutes à l'eau à 48°. Fauteuil tournant : à droite, 20''; à gauche, 15''. Après l'une des épreuves au fauteuil, la malade fait une « syncope », si l'on peut dire ainsi, car la malade garde sa face rose. Fistel-symptôme ne donne rien, mais l'épreuve terminée et au moment où on enlève la poire du conduit, la malade fait une crise nerveuse manifestement hystérique, avec raideur du corps entier, véritable état cataleptique.

Ponction lombaire : liquide normal, formule leucocytaire est normale, tous les réflexes normaux.

Ici, on était en présence d'une ancienne otorrhéique présentant des vertiges, des nausées et des céphalées. L'examen fonc-

tionnel du labyrinthe s'imposait. Il faisait constater l'absence de réaction à une irrigation à l'eau froide. Il n'y avait pas, non plus, de nystagmus spontané. Donc : destruction complète du labyrinthe. Mais alors se trouvaient inexpliqués les troubles présentés par la malade. Il fallait bien songer à la possibilité de complications cérébelleuses. L'examen dirigé dans ce sens démontrait, en effet, l'existence d'un Romberg à gauche et en arrière et un signe indicateur dévié à gauche pour les deux membres supérieurs. Mais il n'y avait aucune modification du liquide céphalo-rachidien et les réflexes étaient tous normaux. La recherche plus détaillée du syndrome cérébelleux était rendue impossible par le fait de la destruction du labyrinthe.

De ce qui précède il était difficile de découvrir la véritable nature des phénomènes présentés par la malade. Pourtant, quelques faits surajoutés, tels que la pseudo-syncope laissant la face rose et la crise nerveuse à type cataleptique qu'a eues la malade à la suite de l'épreuve du fistel-symptôme, montraient nettement que le terrain était hystérique. Il était permis, alors, de supposer que les manifestations observées étaient de nature psycho-névropathique. Mais on ne pouvait que le supposer, pensons-nous. Seul, le succès d'un traitement psychothérapique aurait été capable de confirmer qu'il s'agissait réellement de troubles psycho-névropathiques, vu qu'une hystérique est bien capable d'avoir des lésions cérébelleuses vraies. Mais l'observation ne donne pas ce détail.

#### OBSERVATION VII

Cas de LEMAITRE et HALPEN publié dans le travail de LEMAITRE sur les abcès cérébelleux d'origine auriculaire, *Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie*, mai 1922.

Une jeune fille fait une otite légère; elle accuse une telle douleur de la mastoïde, une telle céphalée, qu'on pratique une trépanation mastoïdienne au cours de laquelle toutes les cellules apparaissent normales. A quelque temps de là, cette jeune fille qui accuse toujours des phénomènes douloureux, puis des vertiges, des troubles de l'équi-

libre, subit, dans une autre clinique, un évidement pétro-mastoïdien, avec mise à nu des méninges; cette fois encore on ne trouve rien. C'est alors que la malade, qui est venue habiter Paris, est dirigée sur notre service. Elle présente très nettement les signes suivants : troubles de l'équilibre statique, démarche en étoile, déviation spontanée de l'index en dehors; cette déviation est unilatérale; elle n'existe que pour le membre correspondant à l'oreille malade. En l'absence de signes objectifs, nous hésitons à intervenir; nous pratiquons une ponction lombaire qui nous montre une lymphocytose discrète avec hyperalbuminose très nette (60 à 70 centigrammes). L'exploration, en tous sens, du cervelet, ne donne aucun résultat. Cependant, le lendemain de l'opération, l'état est parfait : la température qui était à 39° revient à la normale. Quelques jours après, elle remonte en même temps que réapparaissent les céphalées et les vertiges. A ce moment, la première supercherie est découverte : on a la preuve que la malade fait monter elle-même son thermomètre. Une enquête nous apprend que, dans la clinique où elle a été opérée la première fois, la malade a déjà été surprise à tromper son entourage. Dès qu'elle se voit suspectée, elle accuse une amélioration notable et, sa plaie étant cicatrisée, elle quitte l'hôpital.

Voici donc une malade déjà opérée à deux reprises et qui présente des symptômes cérébelleux très nets : troubles de l'équilibre statique, troubles de la marche (démarche en étoile ou signe de Babinski-Weil), déviation spontanée de l'index en dehors.

Mais l'examen du système nerveux ne révèle aucun autre symptôme faisant partie du syndrome cérébelleux classique. Seule une lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien nettement hyperalbuminosique, laisse croire qu'il s'agit, malgré l'insuffisance de symptômes, d'un abcès du cervelet et décide à intervenir. Malgré l'exploration systématique du cervelet, celle-ci, une fois de plus, ne révèle rien de ce que l'on pouvait attendre.

Pour expliquer les symptômes observés, il fallut arriver à surprendre la malade en train de faire monter son thermomètre.

tre; cela décida à entreprendre une enquête sur les antécédents de la malade. Ceux-ci nous semblent assez significatifs et quoi qu'on n'y retrouve aucun stigmate proprement hystérique (l'observation du moins est muette à ce sujet), ils nous montrent chez la malade un état d'esprit spécial, rencontré souvent chez les femmes hystériques.

En somme : le manque de lésions lors des trois interventions; les caractères de la douleur qui a décidé la première opération (douleurs trop exagérées et diffusées en dehors de la mastoïde dans presque toute la tête) et qui semblent indiquer qu'il s'agissait là d'une algie névropathique; enfin, l'état mental spécial de la malade, semblent expliquer l'existence de ces symptômes cérébelleux sans lésions organiques et permettre de porter le diagnostic de manifestations cérébelleuses psychopathiques en apparence otogènes. Bien entendu, il est indispensable de se renseigner auparavant s'il ne s'agit pas simplement d'une simulation consciente et intéressée, chose qui, dans ce cas particulier, paraît peu probable, car la malade n'aurait certainement pas pu pousser la simulation jusqu'à s'exposer à trois opérations, dont une n'était pas sans de gros risques.

L'amélioration de la malade et son départ de l'hôpital à la suite de la découverte de la supercherie, semblent également plaider en faveur d'une disposition mentale que l'on peut qualifier de névropathique.

Un seul fait reste à expliquer : la modification du L. C. R. qui décida de la troisième opération. Il est peu probable qu'elle fut simulée, elle aussi; par contre, son existence pouvait s'expliquer, comme le dit Lemaitre, par la mise à nu des méninges, lors de la seconde intervention. Il est donc nécessaire, avant de l'attribuer à la lésion présumée, de s'assurer qu'aucune autre disposition ou lésion surajoutée ne puisse l'expliquer.

**IV. — Considérations générales sur les pseudo-complications otitiques endocraniennes d'origine psychonévropathiques.**

Les plus intéressantes de toutes les manifestations psychonévropathiques touchant l'otologie sont incontestablement celles qui simulent des complications endocraniennes telles que méningites, abcès cérébraux ou cérébelleux, car elles risquent d'entraîner un acte opératoire important.

Il peut arriver, en effet, qu'après avoir posé le diagnostic d'une de ces complications, on soit amené à trépaner le malade; on se trouve surpris de ne pas trouver les lésions supposées malgré une exploration soigneuse dans toutes les directions. Puis on renouvelle l'examen clinique (à moins qu'une fâcheuse complication de l'intervention n'emporte l'opéré) et l'on découvre « après coup » qu'il s'agit d'un névropathe aux antécédents plus ou moins chargés, présentant même parfois des stigmates hystériques nets. On en conclut, mais après avoir exposé le patient à une intervention grave, qu'il s'agissait tout simplement des manifestations psychonévropathiques ayant simulé la symptomatologie propre aux complications endocraniennes des otites.

Les troubles de cet ordre ne sont pas rares, comme on peut le voir des observations que nous avons réunies et qui, certainement, ne sont pas les seules. Toutefois, les manifestations simulantes des complications méningées nous paraissent assez rares.

Les pseudo-complications otitiques endocraniennes peuvent apparaître dans les deux sexes, mais le sexe féminin semble plus particulièrement sujet à de tels accidents. L'âge vers lequel elles s'observent le plus souvent est l'adolescence et la première partie de l'âge adulte. Nous n'avons trouvé, en effet, aucun cas de ce genre chez des enfants, pas plus que chez des personnes très âgées.

Quant aux malades qui présentent ces accidents, ce sont des

sujets névropathes. Mais alors que chez les uns on peut retrouver non seulement dans les antécédents héréditaires et personnels, mais aussi dans l'examen complet du système nerveux, des indices très nets, donnant de fortes présomptions sur la nature des phénomènes observés chez d'autres, au contraire, les accidents pseudo-endocraniens existent à l'état isolé. Inutile de dire que de tels cas exigent bien plus de sagacité pour l'établissement de leur diagnostic.

Ces manifestations pseudo-endocraniennes n'auraient aucun intérêt, pour l'otologiste du moins, si elles ne coïncidaient pas avec des lésions auriculaires qui leur donnent l'apparence de leurs complications organiques, alors qu'en réalité elles n'en sont que des complications psychiques.

Quant à leur symptomatologie, ses manifestations simulent plus ou moins fidèlement, plus ou moins complètement, la physionomie clinique des complications vraies, organiques, à tel point que le malade est presque toujours pris au sérieux et l'erreur du diagnostic n'est reconnue qu'après un examen très complet auquel vient s'ajouter le renseignement fourni par l'évolution même de la maladie.

La loi de Picqué veut que l'hystérie ne simule jamais entièrement la symptomatologie d'une lésion donnée. Cela est vrai dans la majorité des cas. Néanmoins, nous ferons observer qu'en ce qui concerne les manifestations endocraniennes psychonévropathiques, le fait de se trouver en présence d'un syndrome boîteux, incomplet, ne nous permet pas de conclure qu'il ne s'agit pas de quelque chose d'organique, mais bien de psychique. Nous savons trop que la grande majorité de cas de complications endocraniennes se présente avec une symptomatologie incomplète; aussi croyons-nous qu'il ne faut tabler sur cette loi pour indiquer l'état psychonévropathique du sujet qu'autant que les autres éléments de l'examen le permettent.

Parmi ces éléments de diagnostic, les antécédents héréditaires et personnels jouent un rôle très important dans la mise en lumière de l'état psychonévropathique du patient. Malheureusement ceux-ci ne sont pas toujours significatifs et dans ces

conditions il ne reste plus que l'examen clinique du malade qui puisse nous aiguiller vers la découverte du véritable diagnostic. C'est précisément parce que nous avons observé un certain nombre de malades guéris par un traitement psychothérapique, donc psychopathes, mais n'ayant eu rien qui puisse trahir leur état, sauf les caractères propres des manifestations en question, que nous avons adopté, suivant le conseil du professeur Moure, l'appellation de troubles psycho-névropathiques.

L'examen clinique du malade doit porter d'abord sur les lésions auriculaires, puis sur les manifestations endocraniennes elles-mêmes. Enfin, on doit faire une comparaison des deux, afin de se rendre compte si les lésions auriculaires sont bien capables d'avoir donné les complications qu'on leur suppose. Très fréquemment, on observe une véritable contradiction entre les symptômes auriculaires et leurs complications endocraniennes présumées.

Nous ne reviendrons pas sur l'étude de tous les symptômes particuliers et la recherche de leurs caractères capables de les faire attribuer à un état psycho-névropathique. Nous ferons remarquer seulement que le diagnostic est particulièrement facilité lorsqu'il existe concomitamment une algie mastoïdienne psycho-névropathique, car ses caractères névrosiques sont généralement bien nets. Nous avons vu, en effet, en étudiant les algies mastoïdiennes névropathiques, qu'elles ont des caractères propres capables de trahir leur nature psychopathique : la douleur, apparue brusquement, atteint d'emblée son maximum d'intensité; elle est diffusée en dehors de la région mastoïdienne et le sujet ne présente plus les points douloureux classiques au niveau de l'antre et de la pointe. La douleur est par trop exagérée, mais, si l'on arrive à distraire le patient, la pression du doigt peut ne plus provoquer de réaction de défense. Or, nous avons vu que la plupart des cas sont compliqués d'algie mastoïdienne qui, en réalité, facilite le diagnostic.

Le pronostic est évidemment favorable, car, une fois reconnue, la maladie guérit généralement sous l'influence d'un trai-

tement psychothérapique. Nous ne connaissons qu'un seul cas de récidives.

En fait de psychothérapie, tous les procédés décrits sont bons, à condition d'être appliqués avec tact. Il est préférable de ne pas nier aux patients qu'ils sont malades, mais, au contraire, de les mettre en confiance en leur disant que leur maladie n'est pas grave et que, par un traitement approprié, médical ou chirurgical, ils guériront sûrement. Il ne faut pas oublier, en effet, que *la confiance* est la première condition de réussite auprès de ces malades et que la moindre imprudence dans le langage peut la compromettre.

---

## CONCLUSIONS

---

Il existe donc de multiples troubles psycho-névropathiques intéressant l'otologie. On peut en donner la classification suivante :

I. — Les manifestations auriculaires ne sont que l'épiphénomène d'un état psycho-névropathique général; c'est le *syndrome otique de l'hystérie*. Il peut exister :

- 1° Chez les hystériques n'ayant pas de lésions auriculaires;
- 2° Chez les hystériques avec lésion de l'oreille (externe, moyenne ou interne).

II. — Les manifestations auriculaires proprement dites :

1° Disparition complète ou diminution seulement du fonctionnement de l'oreille :

- a) Anesthésie (pavillon, conduit auditif externe, tympan, région mastoïdienne);
- b) Hypoesthésie (pavillon, conduit auditif externe, tympan, région mastoïdienne);
- c) Surdité (uni- ou bilatérale, complète ou partielle, pure ou associée à la cécité ou à la muti-cécité);

2° Fonctionnement exagéré de l'oreille ou phénomènes surajoutés :

- a) Hyperesthésie sensitive;
- b) Hyperesthésie sensorielle vraie (rare); hyperacousie douloureuse;
- c) Zones hystérogènes (pavillon, conduit auditif externe, tympan, caisse, trompe, mastoïde; hyperacousie hystérogène);

- d)* Bourdonnements ;
- e)* Otalgie ;
- f)* Algie mastoïdienne ;
- g)* Manifestations à formes labyrinthiques (pseudo-labyrinthiques ; maladie de Menière psycho-névropathique) ;
- h)* Paralysie faciale pseudo-otitique ;
- i)* Manifestations méningées pseudo-otitiques ;
- j)* Troubles cérébraux en apparence d'origine otitique) ;
- k)* Troubles cérébelleux en apparence d'origine otitique) ;
- l)* Otorragies (menstruelles ou indépendantes des règles) ;
- m)* Hystéro-traumatisme de l'oreille (perte ou diminution de l'audition seule ou accompagnée de mutité, etc., etc.).

Le plus souvent, plusieurs de ces troubles se trouvent associés. Les algies mastoïdiennes sont celles qu'on trouve alors le plus fréquemment.

L'importance pratique de ces différentes manifestations auriculaires est inégale. Les plus importantes à connaître sont :

- a)* Les algies mastoïdiennes ;
- b)* Les pseudo-complications faciales ;
- c)* Les manifestations à type labyrinthique ;
- d)* Les pseudo-complications méningées ;
- e)* Les pseudo-complications cérébrales ;
- f)* Les pseudo-complications cérébelleuses.

Elles sont susceptibles de simuler les complications otitiques vraies, organiques, et peuvent exposer ainsi à des interventions chirurgicales graves et inutiles. Il importe donc qu'elles soient connues et par les otologistes, et par les chirurgiens généraux.

Au point de vue pathogénique, certaines manifestations sont nettement hystériques ; d'autres surviennent chez des personnes névropathes, impressionnables, mais qu'il est impossible de taxer d'hystériques. C'est pour cela qu'il est préférable d'adopter

l'appellation plus générale de *troubles psycho-névropathiques* plutôt qu'hystérique, jusqu'ici employée.

La symptomatologie varie selon qu'il s'agit de sujets ayant des lésions auriculaires ou n'en ayant aucune.

Le diagnostic sera basé sur les caractères propres des manifestations, les antécédents, la comparaison des troubles observés avec l'état et l'évolution des lésions auriculaires quand il y en a.

Les récidives possibles seules exigent une réserve du pronostic.

Le traitement sera psychique, basé sur la confiance du malade.

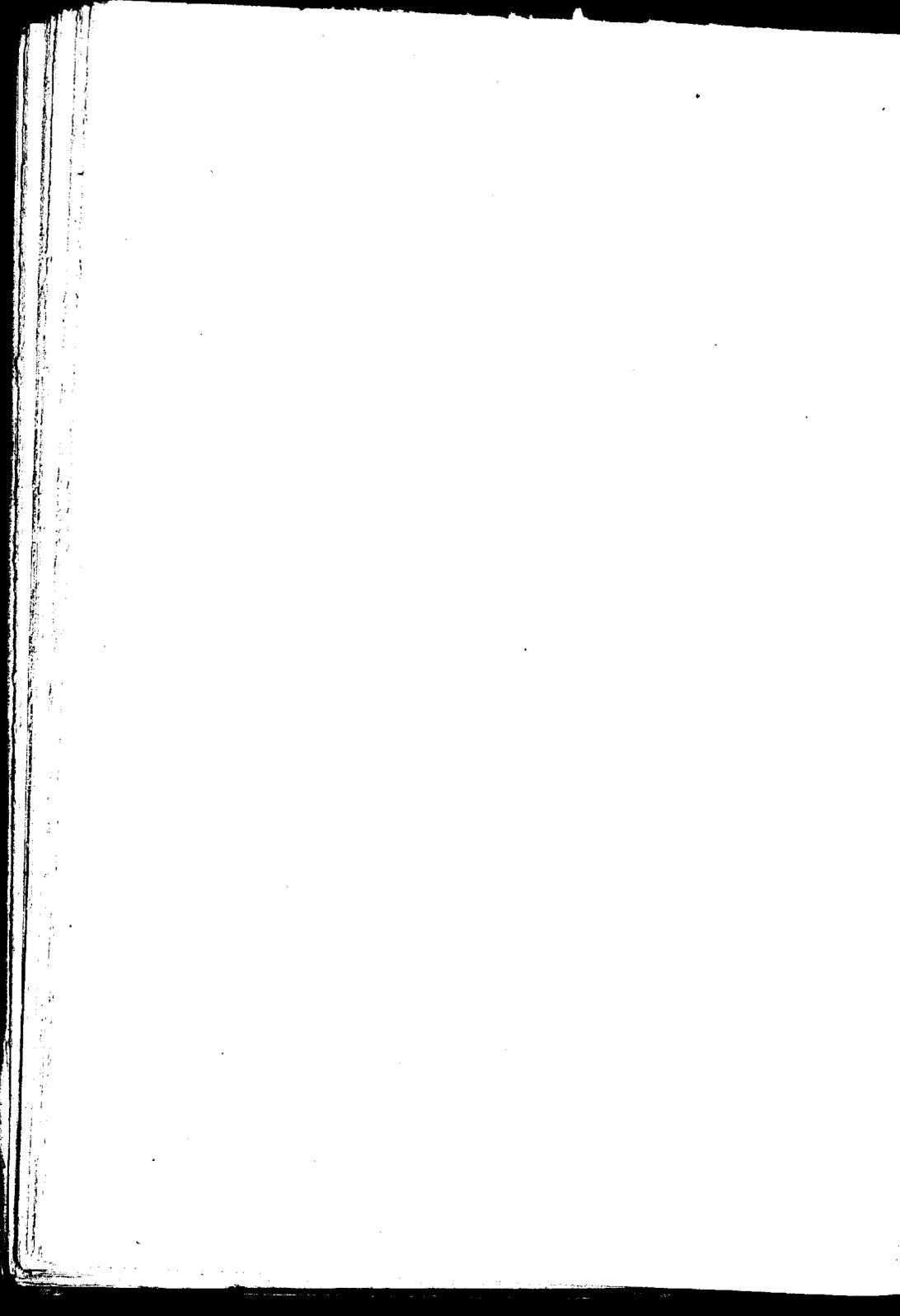
VU : *Le Doyen,*  
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :  
*Le Président,*  
E.-J. MOURE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :  
Bordeaux, le 11 avril 1924.  
*Le Recteur de l'Académie,*

F. DUMAS.

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

Cette bibliographie est établie pour les travaux publiés depuis 1901 jusqu'à ce jour. Pour les ouvrages antérieurs à l'année 1901, consulter la bibliographie très complète dans la thèse de Chavanne, Lyon, 1901.

1901. LIARAS (G.) et BOUYER (A.). — Des algies hystériques de la mastoïde (pseudo-mastoïdites). *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1901.
- LANNOIS. — Hystérie grave déterminée par la présence d'une aiguille dans l'oreille. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, octobre 1901.
- BOUYER (A.). — Pseudo-vertige de Ménière et algie mastoïdienne hystérique associés. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1901.
- CHAVANNE (F.). — Thèse de Lyon, 1901.
- Syndrome otique de l'hystérie. *La Parole*, n° 9, Paris, septembre 1901.
- HAMMERSCHLAG. — Symptomatologie de l'hyperesthésie acoustique hystérique. *Monats. f. Ohrenh.*, n° 9, Berlin, septembre 1901.
- VOSS. — Des affections de l'oreille dans l'hystérie. *Zeits. f. Ohrenh.*, Band XL, Heft I, 1901.
1902. CHAVANNE (F.). — Surdité hystérique unilatérale datant de cinq ans chez une malade atteinte d'épilepsie jacksonienne. *Annales des maladies de l'oreille*, juillet 1902.
- THOMAS (Harris). — Cas de douleur mastoïdienne ayant persisté après l'opération. Académie de médecine de New-York (otologie), séance du 9 octobre 1902.

- MOLL. — Présentation d'une malade atteinte de surdité hystérique. Société hollandaise d'otologie, X<sup>e</sup> Congrès, 1902.
- GLEASON. — La neurasthénie et l'hystérie dans les affections de l'oreille. *Intern. med. Magaz.*, New-York, février 1902.
- GELL  (G.). — Un cas d'algie mastoïdienne hystérique. *Archives internationales de laryngologie*, 1902.
1903. BOUYER (A.). — Contribution à l'étude de l'hystérie. Troubles cérébraux d'apparence otogène chez des malades porteurs d'algies mastoïdiennes. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1903.
- ESPEZEL. — Un cas d'hystérie auriculaire monosymptomatique. *Marseille médical*, n<sup>o</sup> 4, février 1903.
- Un cas d'hystérie auriculaire monosymptomatique. *Marseille médical*, mars 1903.
- ROPKE. — Phénomènes hystériques dans le cours des otites ou des mastoïdites suppurées. Société allemande d'otologie, 29 et 30 mai 1903.
- BARTH (E.). — Les manifestations auriculaires dans l'hystérie traumatique. *Arch. of otology*, XXXII, 6.
1904. BOUYER (A.). — Otite scléreuse et algie hystérique associées. Société de médecine de Bordeaux, janvier 1904.
- Sur un cas de syndrome labyrinthique hystérique. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1904.
- Les algies hystériques de la mastoïde en chirurgie auriculaire. VII<sup>e</sup> Congrès international d'otologie, Bordeaux, 1904.
- SZENES. — Manifestations hystériques au cours d'une otite moyenne aiguë. VII<sup>e</sup> Congrès international d'otologie, Bordeaux, 1904.
- FREY. — Un cas de surdité temporaire hystérique. Société autrichienne d'otologie, 31 octobre 1904.
1905. DUPOND (G.). — Otite moyenne grippale et algie mastoïdienne hystérique. *Revue heb. de laryng.*, 1905.
- CHAMPEAU (DE). — Attaques hystériformes consécutives à une lésion de l'oreille. *Revue heb. de laryng.*, 1905.

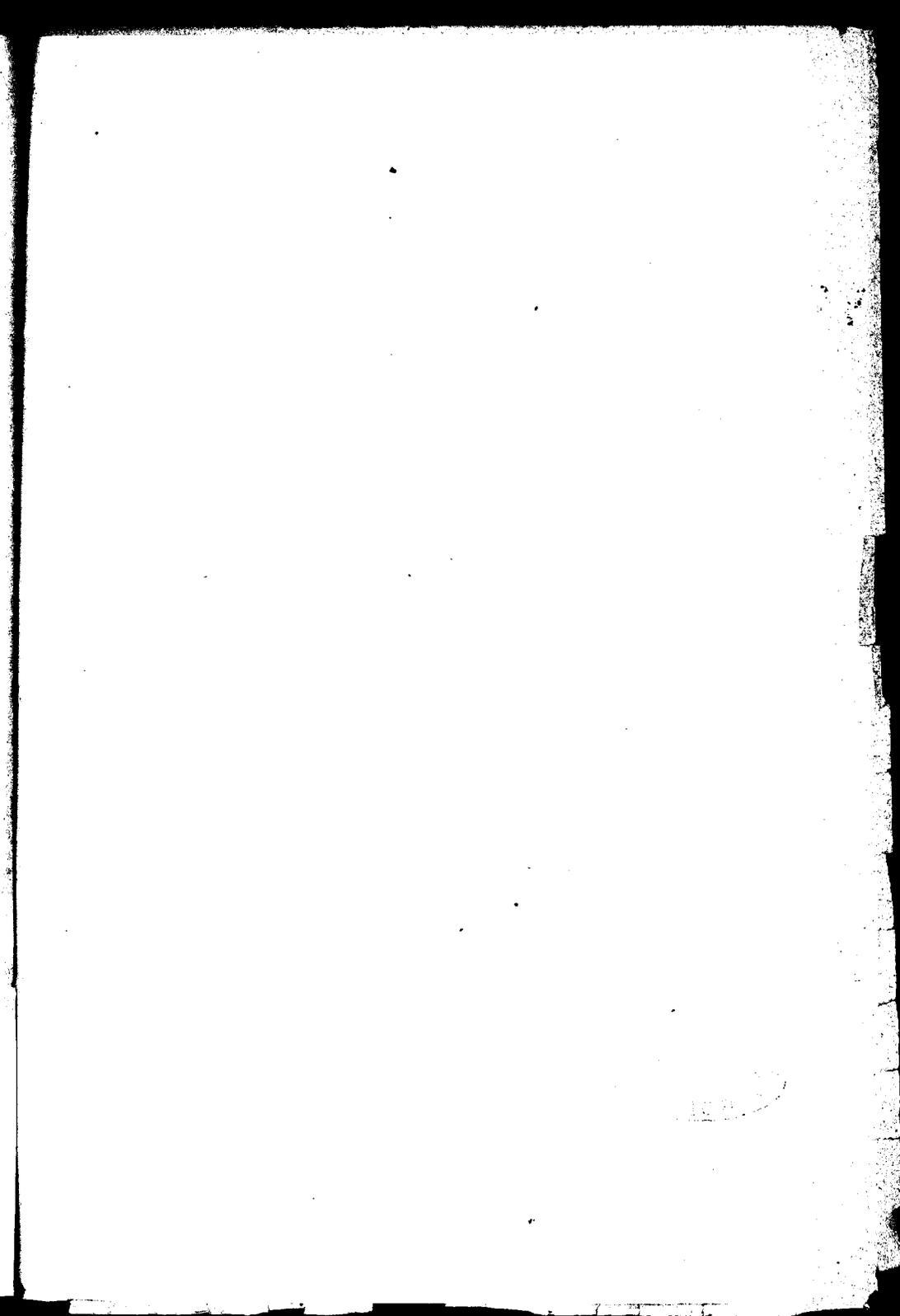
- TANISCH (M.). — Un cas de surdité hystérique. Société de laryngologie et d'otologie de Munich, 1905.
- DOMINGUEZ. — Douleurs dans les masto ides. Thèse de Bordeaux, 1905.
- BOUVIER. — Traumatisme cranien. Algie masto idienne gauche. Aphasie. Diagnostic d'abcès cérébral. Guérison pendant les préparatifs d'une trépanation. *Journal de médecine de Bordeaux*, 26 mars 1905:
1906. POLAK. — Surdité nerveuse au cours d'une tuberculose pulmonaire. Analyse in *Revue hebd. de laryng.*, 1906, n  7.
- MOLL. — Surdité hystérique. *Revue hebd. de laryng.*, 26 mai 1906.
- MC BRIDE. — De la surdité hystérique. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 16 juin 1906.
- Surdité due à l'hystérie. *British med. J.*, mai 1906, p. 391.
- GLOWER-LANGWORTHY. — Algie masto idienne hystérique sans troubles fonctionnels. *Arch. of otolog.*, octobre 1906.
- WIENER (A.). — Hystérie simulant un abcès du cerveau après trépanation pour mastoïdite secondaire. *Arch. of laryng.*, août 1906.
- CHAVANNE (F.). — L'audition dans l'anesthésie hystérique totale. *Arch. de laryng.*, 1906.
- PAGET (S.). — Pseudo-mastoïdites. *British med. J.*, 22 septembre 1906, p. 694.
1907. FERRERI. — Contribution à l'étude des névroses auriculaires accidentelles et de leurs simulations. *Archives internationales de laryngologie*, 1907, n  1.
- STELLA (DE). — Hystéro-traumatisme de l'oreille. *Archives internationales de laryngologie*, nés 5 et 6, 1907.
1908. GRANT (D.). — Surdité nerveuse hystérique unilatérale à début brusque avec hémianesthésie et autres stigmates associés.
- Cas de surdité nerveuse unilatérale chez un homme âgé. Société royale de médecine de Londres (otologie), 2 mai 1908.

- LAFITE-DUFONT. — Algie hystérique de l'oreille. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, 19 janvier 1908.
- LANNOIS et CHAVANNE. — Formes cliniques des syndromes de Ménière. *Archives internationales de laryngologie*, 1908.
1909. BARANY. — Contribution au diagnostic différentiel entre les troubles de l'équilibre cérébelleux et hystériques. Société autrichienne d'otologie, 29 novembre 1909.
- CHAVANNE. — État actuel de la question « oreille et hystérie ». *Archives internationales de laryngologie*, 1909.
1910. ABERCROMBIE et MACKENZIE (Dan). — Surdité hystérique avec réactions vestibulaires actives. Société royale de médecine de Londres (otologie), 7 mai 1910.
- BÖHM. — Cure radicale suivie de symptômes hystériques. Société de laryngologie et otologie de Munich, 44<sup>e</sup> session.
- CLAUS. — Surdité hystérique et aphonie. *Passows Beiträge*, Band III, S. 333; *Anal. in Internat. Zentralbl. f. Ohr.*, mars 1910.
- TORRIGIANI. — Sur un cas rare de simulation chez une hystérique. *Rivista crit. di clin. med.*, n° 93, 1910.
- KETVIST (O.). — Hémorragie hystérique par les oreilles, le tympan étant intact. *Revue neurologika*, 1910, n° 1.
- WILSON. — Otalgie. *Quart. Bull. Northwest Univ. Med.*, S. de XI, 211-221, 1918.
1911. TORRINI (V.-L.). — De l'otalgie. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1911, nos 17, 18, 19.
- FEDELI. — Anurie et otorragie simulées dans l'hystérie. *Rivista crit. di clin. med.*, 1911, n° 23.
- HACHLEIN. — Dernières publications sur les otopathies hystériques. *Med. Klinik.*, 21 mai 1911.
- CANEPELE (A.). Les algies mastoïdiennes. XIV<sup>e</sup> Congrès de la Société italienne d'otologie, 1911.
- MACKENZIE (Dan). — Un cas de surdité hystérique diagnostiquée et guérie par l'épreuve vestibulaire calorique. Société royale de médecine de Londres (otologie), 20 octobre 1911.

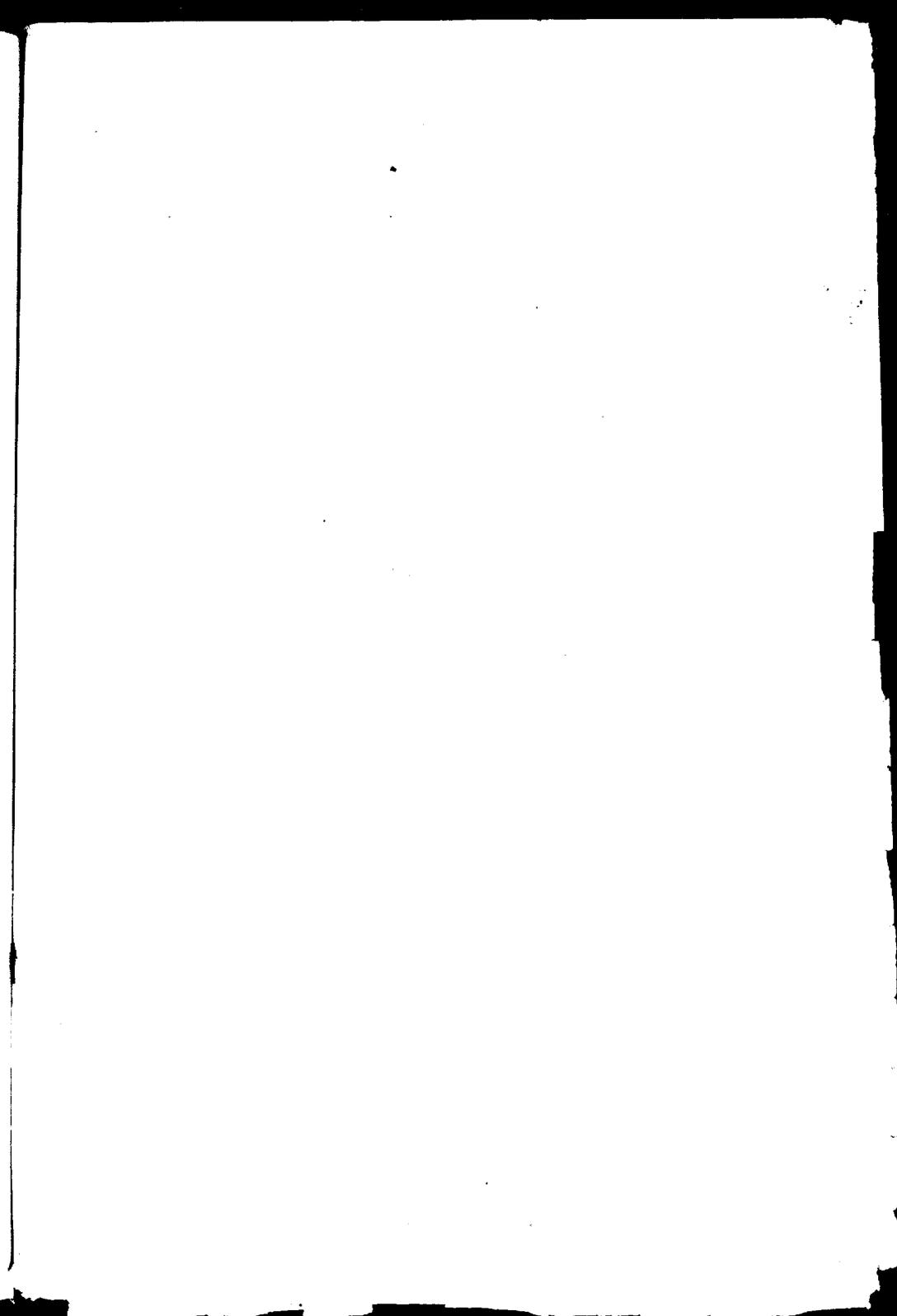
- GEREDO. — Trois cas de surdi-mutité hystérique. *El Siglo medico*, décembre 1911.
1912. BOENNINGHAUS. — Troubles de l'oreille dans les névroses traumatiques. *Allgem. Wiener med. Zeitung.*, 1912.
- Sur la fatigue malade de l'ouïe dans les névroses soi-disant traumatiques. *Klin. therap. Wochens.*, 1912, n° 36.
- MARBAIN. — Surdité hystérique avec double conscience. *Presse oto-laryngologique belge*, septembre 1912.
- MAC CLEN SMITH. — Hystérie simulant la mastoïdite avec soupçon d'abcès cérébral. *Ann. of otol.*, décembre 1912.
- SANTALO. — Un cas de surdi-mutité et d'aphonie hystérique. *Archives de laryngologie*, mai-août 1912.
- RAMIREZ-SANTALO. — Un cas de surdi-mutité et d'aphonie hystérique. *Rivista de sanidad militar*, 1912.
- FIORI-RATTI. — Vertiges auriculaires d'origine hystérique lors des règles. *Ass. clin. oto-rhin.*, 1912.
- DOLGER (R.). — Surdité absolue hystérique (fonctionnelle) bilatérale. *Deutsch. med. Woch.*, n° 36, 1912.
1913. BRUHL. — Un cas de surdité hystérique bilatérale. Société d'otologie de Berlin, 21 février 1913, in *Monats. f. Ohr.*, 1913, Heft X.
- FIORI-RATTI. — Contribution à l'étude de la surdité hystérique absolue par contagion morale. *Atti. clinica otol.*, Roma, 10<sup>e</sup> année.
- JONES (Arnold). — Surdité hystérique chez les enfants. *Med. Chronicle*, octobre 1913.
- NICOLAÏ. — Un cas de surdité verbale hystérique pure d'origine pithiatique. *Rivista crit. di clin. medica*, 3 octobre 1913.
- LANG. — Vertige hystérique. *Casopis lekaruv ceskych*, 1913, n° 11, 3.
1916. BRINDEL. — Valeur de l'examen complet de l'appareil auditif dans la surdité hystérique. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 1916.
1920. COLLET. — Algies mastoïdiennes hystériques. *Lyon médical*, 25 octobre 1920.

1921. UDVARHELYI (K.). — Surdité hystérique. Société de médecine de Budapest (otologie). *Int. Zentral. f. Ohr.*, 1921.
1922. MOURET et CAZEJUST. — Contribution à l'étude des psychonévroses en oto-rhino-laryngologie. *Oto-rhino-laryngologie internationale*, janvier 1922.
- BLOCH (A.). — Manifestations auriculaires chez les pithiatiques. X<sup>e</sup> Congrès international d'otologie.
- LEMAITRE (F.). — Introduction à l'étude des abcès cérébelleux d'origine otique. *Archives internationales de laryngologie*, mai 1922.
- FILIPPI. — Deux cas d'otite moyenne purulente avec syndrome cérébelleux hystérique. *Archives internationales de laryngologie*, décembre 1922.
- IRIBARNE. — La psychothérapie en otologie. *Le Courrier médical*, 30 avril 1922.
- GORIS. — Deux cas de syndrome cérébelleux d'origine hystérique. *Annales de l'Institut de chirurgie de Bruxelles*, 15 avril 1922.
- SCHWARTZ (E.-M.). — Hystérie après mastoïdectomie simulant un abcès du cerveau. *New-York med. Journal and med. Record*, septembre 1922.
1923. LEIDLER et L EWY. — Le vertige dans les névroses. *Monats f. Ohr.*, t. LVII, 1923.
- LILLIE (H.-I.). — L'otalgie et la masto dalgie ne sont pas des indications d'ouverture de la mastoïde. *Journal A. M. A.*, t. LXXIX, n<sup>o</sup> 6, p. 431.
- IRIBARNE. — Le vertige auriculaire chez les névropathes. *Revue de psychothérapie appliquée*, décembre 1923.
1924. SPALAIKOVITCH (R.). — A propos des complications endocraniennes otiques d'origine psycho-névropathique. *Revue de laryngologie*, n<sup>o</sup> 7, 1924.









80  
40  
—  
120