

ROSSI, ROOSA, L. TURNBULL, DUPLAY et des travaux spéciaux déjà relatés dans le texte de O. WOLF, v. CONTA, MAGNUS, LUCAS, DENNERT, KNAPP et moi, il y aurait encore à ajouter ici : A. HARTMANN : « Ueber Hörprüfung und POLITZER'S einheitlichen Hörmesser. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, vol. VI.) — GARRIGOU-DESARÈNES : « Recherches sur la transmission à l'oreille. etc. » (*Gaz. d. Hôp.*, 1867.) — PROUT, *Boston medical and surgical Journal*, 1872. — A.-H. BUCK : *Test-Sentences for determining the hearing power. Report of the first Congress of the intern. otolog. Society.* — URBANTSCHITSCH : « Ueber die von der Höhe des Stimmgabeltones und von der Applicationsstelle abhängige Schalleitung durch die Kopfknochen. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. XII.) — E. MORPURGO, *Rivista otologica, Giornale veneto di Scienze mediche*, vol. XXIII, ser. III. — E. SCHURIG : *Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde*, 1875 et 1877.

INTRODUCTION A LA PARTIE SPÉCIALE

REMARQUES GÉNÉRALES SUR L'ÉTIOLOGIE, LA DURÉE ET LA MARCHE DES MALADIES D'OREILLES, AVEC INDICATIONS SPÉCIALES RELATIVES A L'EXAMEN DES MALADES

ANALYSE DES SYMPTOMES LES PLUS IMPORTANTS DE CES MALADIES

MÉTHODE A SUIVRE DANS L'EXAMEN DU MALADE

Après avoir décrit, dans ce qui précède, les méthodes d'exploration de l'organe auditif, nous allons nous occuper, dans ce chapitre, des points les plus importants à considérer en interrogeant le malade, et de leur signification au point de vue du diagnostic et du pronostic. Dans certains cas, l'établissement du diagnostic est possible, sans données anamnésiques précises, par l'exploration objective seule du malade. Mais, dans la plupart des cas, il est absolument nécessaire de tenir compte de ces données, car c'est seulement en les rapprochant de l'état présenté objectivement, que l'on peut fixer le diagnostic et le pronostic de la maladie.

Contrairement à l'avis des spécialistes, qui n'attachent aux renseignements anamnésiques qu'une faible valeur pratique, nous les regardons, en beaucoup de cas, comme un des facteurs les plus importants pour déterminer la marche de l'affection.

En recueillant les données anamnésiques, il importe surtout, au point de vue du pronostic, de se renseigner sur la *durée de l'affection de l'oreille*; en général, le pronostic est d'autant plus favorable, que l'affection dure depuis moins longtemps. Dans les cas où la maladie d'oreille se développe d'une manière aiguë, avec des symptômes subjectifs marqués ou la production subite de la dureté d'ouïe, nous obtiendrons généralement des indications précises sur le début de la maladie; mais beaucoup de malades ne sont pas en état de donner des renseignements, même approximatifs, sur l'origine de leur affection. Ceci est vrai surtout de ces maladies d'oreille *unilatérales*, à marche lente, qui se développent sans phénomènes subjectifs importants, c'est-à-dire sans douleur, ni bruits subjectifs, et sans attirer l'attention du

malade ; celui-ci les fait dater ordinairement du moment où le hasard lui découvre l'altération fonctionnelle de l'oreille malade, par la fermeture de l'oreille normale. Dans les affections bilatérales à marche lente de l'oreille moyenne, l'altération fonctionnelle peut aussi n'être remarquée que lorsqu'elle a atteint un degré suffisant pour troubler, d'une façon notable, les relations habituelles ; il en est ainsi particulièrement chez les personnes dont la position sociale ou les occupations ne demandent pas de grands services à l'organe auditif, et qui, par suite, font à peine attention à de légers troubles de l'ouïe. De même, le début d'une altération de l'audition déjà ancienne, mais inaperçue, peut être daté de l'époque postérieure, où se sont produits des bruits subjectifs ; il n'est pas rare non plus d'observer des personnes qui disent n'être atteintes que depuis peu d'une maladie d'oreilles, tandis que l'exploration objective fait découvrir des pertes considérables de substance, des dépôts calcaires et des formations cicatricielles, de date ancienne, sur la membrane tympanique, sans que les malades aient le moindre soupçon d'une affection antérieure de l'oreille.

Non moins importante pour le pronostic est la *détermination des causes occasionnelles* de la maladie d'oreille. Nous en sommes souvent réduits, sous ce rapport, aux indications du malade, qui n'ont pas toujours une grande valeur. Cependant, nous pouvons assez fréquemment découvrir la cause de la maladie, en analysant avec soin les circonstances rapportées. Partant de là, que les modifications anatomo-pathologiques doivent seules fournir la base du traitement à appliquer, quelques spécialistes refusent toute valeur pratique aux renseignements sur les circonstances originelles. Mais nous verrons dans la suite que, pour des altérations de l'organe auditif, analogues en apparence objectivement, le pronostic et le traitement diffèrent beaucoup, suivant que l'affection est indépendante, ou qu'elle provient, par exemple, de la scarlatine, de la syphilis ou d'autres maladies générales.

Parmi les données étiologiques de l'affection de l'oreille, il faut examiner à part les influences qui agissent directement ou par continuité sur l'organe auditif, et celles qui proviennent d'une maladie générale ou d'une affection d'autres organes.

Au nombre des *influences directes* évidentes, viennent d'abord les *actions traumatiques*, soit qu'elles atteignent directement l'organe auditif, soit qu'elles s'adressent à d'autres parties du crâne ; une *action excessive du son* sur l'organe auditif ; les *brûlures* par l'eau chaude et par le feu et les *congélation*s de l'oreille ; enfin les *végétations parasitaires* (*aspergillus*), qui provoquent parfois de violentes inflammations.

Les causes qui agissent par voie de continuité et de contiguïté sont, en première ligne, les *affections naso-pharyngiennes aiguës et chroniques* ; elles se propagent vers l'oreille moyenne et produisent des altérations fonctionnelles de degrés divers. Plus rarement, l'oreille est affectée par des maladies externes, dans l'*érysipèle* et l'*eczéma* de la peau du visage et de la tête.

Nous devons, en outre, compter parmi les causes nocives directes, bien

que non toujours certaines, les *influences atmosphériques*, que l'on désigne généralement sous le nom de *refroidissements*. Tout en regardant le refroidissement comme une des causes occasionnelles, nous ne pouvons admettre qu'il le soit aussi fréquemment que beaucoup le pensent. Aux questions adressées au malade sur la cause de sa maladie d'oreille, il répond souvent, il est vrai, qu'elle est due *probablement* à un refroidissement. Mais l'expérience nous apprend que c'est là une expression usuelle des malades pour désigner une cause inconnue et seulement conjecturée. Nous pouvons cependant accepter le refroidissement comme cause de la maladie, lorsque celle-ci se produit peu de temps après l'action du froid ; si, par exemple, une personne nous dit que, par un vent froid, l'oreille malade a été exposée longtemps à l'action de l'air et si nous constatons, peu de temps après, une inflammation intense de la membrane tympanique ou du revêtement de l'oreille moyenne, avec douleurs vives, lancinantes ; si ces phénomènes se produisent à la suite d'un bain froid, de l'exposition du corps à l'humidité ou à un abaissement subit de température.

Un autre groupe de causes occasionnelles est constitué par les maladies de l'organisme général et celles de certains organes. Parmi les premières, il faut compter la scarlatine, la rougeole, la variole, le typhus, la syphilis, la tuberculose, la scrofule, le rhumatisme aigu et la goutte ; parmi les dernières, la pneumonie, l'état puerpéral, le mal de Bright et les troubles de la circulation, tels que ceux qui résultent de désordres valvulaires, d'anévrysmes, de la scrofule et de la coqueluche. En outre, certaines affections intracrâniennes, méningite simple, méningite cérébro-spinale épidémique, hydrocéphalie aiguë et chronique, encéphalite, sclérose du cerveau, tumeurs du cerveau (BENEDIKT), puis le mal de Pott (*tabes dorsalis*) (ROSENTHAL) et l'hystérie, produisent des altérations plus ou moins graves de l'ouïe, par extension du processus pathologique à l'organe auditif même, ou au tronc du nerf acoustique. Enfin, il y aurait encore à citer certains médicaments, comme la quinine, l'acide salicylique et autres, qui, absorbés intérieurement, donnent lieu à des altérations temporaires ou permanentes de l'audition ; de même que les intoxications chroniques qui se produisent dans diverses industries, par le plomb, l'arsenic, le phosphore.

Nous devons noter encore une cause occasionnelle très importante, la *disposition héréditaire*. On sait que la dureté d'oreille est héréditaire dans quelques familles, dont elle atteint soit tous les membres, soit plusieurs d'entre eux.

L'hérédité se montre dans la descendance directe, ou plus fréquemment encore, d'après mon expérience, dans la seconde génération. Cependant on n'est autorisé à admettre chez un malade une disposition héréditaire, comme cause de l'affection de l'oreille, que si la maladie se développe sur plusieurs membres de la même famille, avec des symptômes analogues et sans autre cause connue. Ce serait aller trop loin que de vouloir, dans un cas spécial, admettre une disposition héréditaire, — qui aggrave toujours le pronostic — comme cause de l'affection, parce qu'un membre de la ligne ascendante

ou un enfant des mêmes parents est atteint d'une maladie d'oreille; car si l'on considère la fréquence de ces affections, on comprend facilement que plusieurs personnes de la même famille puissent être affligées du même mal sans qu'il y ait pour cela disposition héréditaire.

Bien que nous puissions assez souvent rattacher la maladie à l'une des causes énumérées, nous devons avouer aussi que très fréquemment la cause occasionnelle nous échappe. Il en est ainsi, non seulement pour un certain nombre d'inflammations aiguës, purulentes, de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, mais surtout pour les affections lentes de l'oreille moyenne, sans réaction violente, où l'altération fonctionnelle présente une marche progressive. Cela n'est pas surprenant, car nous savons que, d'une manière générale, en médecine, on ne connaît encore rien de certain sur la pathogénèse et les causes de la plupart des maladies, surtout pour les maladies chroniques.

Une circonstance importante à relever dans les renseignements fournis par le malade, c'est son *état* et ses *occupations*. Comme dans les maladies des autres organes, le processus pathologique est aggravé par les influences nocives qu'entraînent la profession et l'occupation habituelle. L'expérience montre également que dans les formes guérissables d'otite moyenne, aiguë ou chronique, les chances du retour à l'état normal sont beaucoup plus défavorables chez les personnes obligées de rester exposées aux influences fâcheuses provenant de leurs occupations, que chez celles qui sont en position de s'y soustraire.

L'influence de l'occupation habituelle sur l'affection de l'oreille se fait sentir particulièrement dans certains métiers, par exemple chez les cochers, maçons, tanneurs, pêcheurs, marins, soldats en campagne, etc., en un mot chez les individus exposés d'une façon persistante à l'action des intempéries du temps, au froid et à l'humidité. Les affections de l'oreille accompagnées de sensations subjectives de l'ouïe, d'irritation et de paralysie du nerf acoustique, sont aussi certainement aggravées par les bruits *agissant d'une manière permanente sur l'organe auditif*. C'est ainsi que chez les serruriers, forgerons, tonneliers, meuniers, ouvriers d'usines pleines de bruits, etc., on observe, par suite de l'excitation excessive du nerf acoustique, une persistance opiniâtre des bruits subjectifs, un accroissement des bruits et de la dureté d'ouïe. L'action fâcheuse du son sur le nerf acoustique malade, se fait sentir ici évidemment de la même manière que celle de la lumière vive sur la rétine malade¹. Que le climat, l'habitation, le genre de vie du malade, l'abus des spiritueux, etc., puissent influencer sur la marche de l'affection de l'oreille, cela est hors de doute et n'a pas besoin d'être développé davantage.

¹ Il est certain que les métiers accompagnés de bruits persistants, non seulement agissent d'une manière fâcheuse sur les affections d'oreille déjà existantes, mais donnent lieu à la production de maladies d'oreille. Dans les recherches que j'ai faites à ce sujet, parmi les divers ouvriers, j'ai trouvé les altérations de l'ouïe les plus fréquentes chez les serruriers, puis chez les chaudronniers et les tonneliers. Chez ces derniers notamment, d'après le dire des ouvriers eux-mêmes, le son produit par le cerclage des tonneaux, ce qu'ils appellent le « coup creux », agit d'une façon si assourdissante, que la plupart deviennent sourds avec le temps, s'ils n'abandonnent pas ce métier.

Au point de vue du pronostic, il y a place ici pour quelques remarques relatives à la *fréquence* des affections de l'oreille aux *différents âges*, et à l'influence de l'âge sur la marche et l'issue des maladies d'oreille. Pour ce qui concerne l'*enfance*, il est certain que quelques affections de l'oreille datent de la vie intra-utérine. Peu de temps après la naissance, la transformation rapide qui se produit dans l'oreille moyenne et l'action des influences extérieures sur la muqueuse hyperhémisée de l'oreille moyenne, favorisent la production d'inflammations. Dans l'âge infantile, les exanthèmes aigus et les affections naso-pharyngiennes, survenant dans cette période de la vie, amènent souvent des maladies de l'oreille. La fréquence des affections de l'oreille diminue dans l'*âge moyen* de la vie, pour augmenter de nouveau d'une manière notable dans l'*âge avancé*. Non seulement, dans cette dernière période de la vie, l'énergie du nerf auditif diminue, à la suite de modifications régressives dans l'organe de l'ouïe, comme d'une manière générale dans les organes des sens, mais, fréquemment aussi, il survient des otites moyennes chroniques, à marche lente, qui amènent l'épaississement du revêtement de l'oreille moyenne et immobilisent les osselets de l'ouïe. L'influence de l'âge sur la marche et l'issue des maladies d'oreille se fait sentir ici comme pour les autres organes, et l'intervention thérapeutique chez les vieillards donne des résultats bien moins favorables que chez les individus plus jeunes.

Il importe aussi, pour formuler un jugement sur un cas particulier, de tenir compte du *développement* et de la *marche* de l'affection de l'oreille; on pourra souvent en tirer une conclusion sur la nature de la maladie. Il faut donc tâcher de savoir, dans chaque cas, si le mal est survenu subitement, au milieu de phénomènes inflammatoires aigus, ou sans réaction prononcée; avec diminution rapide de la fonction auditive, ou si la maladie a pris une marche plus lente, avec accroissement progressif de la dureté d'ouïe; si en outre une série de symptômes, comme des bruits subjectifs, le vertige, la douleur, la pression dans l'oreille, que nous examinerons plus loin en détail, se sont présentés ou subsistent encore; enfin, s'il y a eu ou non, d'une façon passagère ou constante, un écoulement purulent de l'oreille.

En interrogeant le malade sur la marche de l'affection de l'oreille, il faut demander si la faculté auditive est soumise ou non à des oscillations importantes. L'expérience montre, en effet, qu'en général de fortes oscillations dans la distance de l'ouïe s'observent surtout dans les cas d'obstruction temporaire de la trompe, de gonflement et d'accumulation d'exsudat dans la caisse, c'est-à-dire dans des affections de l'oreille moyenne susceptibles de résolution. Au contraire, dans l'otite moyenne adhésive, à marche lente, sans gonflement ni exsudation, qui donne lieu à des altérations permanentes de l'ouïe par la fixation des osselets, l'audition n'est soumise qu'à de très faibles variations. Des oscillations considérables de la fonction auditive peuvent donc en général être regardées comme un signe pronostique favorable. Parfois cependant les variations de la distance de l'ouïe peuvent résulter aussi d'une altération du nerf auditif lui-même, non seulement dans les maladies primitives, mais aussi dans les maladies consécutives du

labyrinthe, à la suite d'affections aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne et dans les affections du nerf auditif qui sont dues à des maladies du cerveau. Ici pourtant les oscillations de l'audition sont rarement aussi considérables que celles observées dans les cas de gonflement de la trompe et de la caisse du tympan.

Nous allons décrire maintenant une série de *symptômes subjectifs*, qui ont dans beaucoup de cas une grande importance pour le diagnostic et le pronostic.

SENSATIONS SUBJECTIVES DE L'OUÏE

Parmi les phénomènes subjectifs qui accompagnent les maladies de l'oreille, les *sensations subjectives de l'ouïe* occupent une place prépondérante, par suite, non seulement de leur grande fréquence, mais aussi de l'impression souvent très pénible qu'elles produisent sur l'individu, déprimant ses forces physiques et morales, et conduisant même parfois au suicide. L'importance du sujet justifiera donc l'exposition détaillée qui suit.

Les bruits subjectifs de l'oreille, toujours amenés par un état d'irritation du nerf acoustique, résultent soit de maladies de l'organe auditif lui-même, soit d'une transmission réflexe des nerfs du cerveau et de la moelle épinière au nerf auditif. Ces sensations subjectives doivent être distinguées de ce qu'on appelle les bruits internes de l'oreille. Ceux-ci sont perceptibles objectivement pour le malade et le médecin, et résultent de divers états pathologiques dans l'intérieur de l'oreille (bruits musculaires, bruits vasculaires, barbotements muqueux).

Sous le rapport de la *localisation de la perception*, nous trouvons une notable différence entre les bruits subjectifs et les sensations subjectives de l'œil.

Dans les maladies de l'œil, les sensations subjectives de la vue, sauf de rares exceptions, sont projetées au dehors; les mouches volantes, les étincelles et flammes, les anneaux et taches colorés, qui se montrent dans les maladies de l'œil, sont toujours vus par le malade en dehors de l'œil. Il en est autrement des sensations subjectives de l'oreille. Celles-ci sont perçues le plus souvent *dans l'oreille même*, parfois *dans l'intérieur de la tête, dans l'occiput*, dans la *région temporale* ou vers le *crâne*. Rarement la sensation auditive est localisée *en dehors*, et cela ordinairement au début de la production des bruits subjectifs; l'étrangeté et la nouveauté de la sensation peut en ce cas donner lieu à des erreurs, sans que l'on soit autorisé à les regarder comme des hallucinations de l'ouïe. J'ai vu une malade chez qui se produisit subitement un fort bruit de souffle; elle le prit d'abord pour un coup de vent dans la cheminée, jusqu'à ce qu'elle se fût aperçue que c'était une sensation subjective. Dans d'autres cas, des bruits retentissants sont pris pour le roulement d'une voiture dans la rue. Les bruits subjectifs peuvent ainsi donner lieu, au début, à de fausses interprétations, qui cessent dès que le jugement intervient pour contrôler le phénomène et rectifier l'image représentée. Des hallucinations de l'ouïe se présentent en somme rarement chez les personnes atteintes de maladies d'oreilles, s'il n'y a pas en même temps une modification dans l'état du cerveau¹.

Dans les cas de bruits subjectifs persistants, la sensation peut aussi être localisée *au dehors*, mais le malade ne se fait pas de représentation fautive, il sait qu'il s'agit d'une sensation subjective. Ainsi, il y a des malades qui entendent un grondement ou un mugissement tout contre l'oreille, ou à quelques centimètres de distance, ou

¹ Voir Кōппе, Arch. f. Ohr., vol. IX.

qui disent entendre le bruit d'une chute d'eau ou une sonnerie à quelque distance d'eux. J'ai observé un malade qui, à côté des bruits les plus divers dans l'oreille même, disait entendre aussi des voix humaines inarticulées et des aboiements de chien dans la rue.

Si l'on questionne un grand nombre de malades sur la *nature des bruits qu'ils perçoivent*, on obtient des indications très diverses. Toutes ne sont pas exactes, il est vrai, car ce que l'un appelle mugissement, l'autre peut l'appeler bouillonnement ou bourdonnement, et certains malades avouent franchement qu'ils ne sont pas en état de comparer leurs sensations subjectives à n'importe quel bruit objectif.

Le plus souvent les malades indiquent des bruits de bouillonnement d'intensité diverse, puis fréquemment un bruit semblable à celui de l'eau bouillante, le bruissement et mugissement d'une chute d'eau, le bourdonnement d'un essaim d'abeilles ou d'une coquille appliquée devant l'oreille, le bruit du vent sur les feuilles dans la forêt, la sonnerie aiguë d'une petite cloche ou le bourdonnement qui suit le battement d'une grosse cloche, un tintement métallique d'intensité diverse, un grondement ou sifflement dans l'oreille, le roulement d'un train de chemin de fer, le grésillement du grillon, le gazouillement des oiseaux.

À côté de ces phénomènes, les bruits les plus bizarres sont souvent perçus, tels que des voix humaines inarticulées, des aboiements de chien, le fracas des vitres, l'émouillage de ciseaux, la rupture de poutres dans la tête, le bruit éclatant des trompettes, le son d'une corde de violon basse ou aiguë, des sons musicaux chaotiques, un craquement et froissement dans l'oreille, des coups de pistolet, un bruit de cliquetis et la sensation de vent sortant de l'oreille, le choc d'un marteau, le bruit d'un moulin, le coassement des grenouilles, etc.

Chacune des nombreuses sensations subjectives énumérées peut persister isolément et sans modification, ou bien plusieurs bruits sont entendus en même temps dans la même oreille et nettement distingués, ou bien certains bruits alternent entre eux, soit temporairement, soit d'une manière définitive. J'ai vu des malades, chez qui il y avait en même temps bourdonnement, bouillonnement, tintement et grondement. Dans le cas que j'ai cité, il y avait en outre audition d'aboiements de chien et de voix humaines confuses dans la rue. Parfois des bruits persistants très intenses cessent pendant ce qu'on appelle le tintement d'oreille, qui se produit aussi chez les individus à l'ouïe normale, pour reparaitre avec l'intensité antérieure après la disparition de ce dernier.

Les bruits subjectifs de l'oreille résultent, comme il a été dit, de maladies de l'organe auditif, parfois de causes situées en dehors de cet organe. Nous verrons, en décrivant les diverses maladies de l'oreille, que les maladies du conduit auditif interne, et plus souvent encore les maladies de l'oreille moyenne, sont accompagnées de bruits subjectifs. Les sensations subjectives qui surviennent dans les maladies de l'oreille moyenne sont particulièrement importantes pour le praticien; elles sont dues souvent, il est vrai, à des modifications pathologiques simultanées du labyrinthe, mais fréquemment aussi elles proviennent d'un accroissement anormal de la pression labyrinthique. Cet accroissement de pression est causé par les masses d'exsudat qui chargent les fenêtres du labyrinthe, ou par des anomalies de tension des osselets de l'ouïe; nous apprendrons dans la suite à distinguer les bruits dus à un accroissement de pression dans l'oreille moyenne et ceux produits par des modifications pathologiques du labyrinthe lui-même. Cette distinction est d'une grande importance pratique, parce que, d'après l'expérience, les bruits dus à un accroissement de pression peuvent souvent être amenés à disparaître complètement.

Les bruits subjectifs sont *continus* ou *intermittents*. On peut dire en général, qu'ils sont beaucoup plus souvent continus dans les affections de l'oreille moyenne sans perforation de la membrane tympanique, que dans les otites moyennes purulentes perforatives.

Si les bruits sont continus, leur intensité est rarement uniforme; elle est soumise le plus souvent à des oscillations produites par le processus pathologique lui-même, ou, plus fréquemment, par l'action des influences extérieures et par les modifications de l'état général du malade.

Parmi les influences extérieures qui produisent une augmentation des bruits subjectifs, il faut noter : les variations du temps et de la température ; quand survient un temps pluvieux, souvent même un peu avant, les bourdonnements d'oreille augmentent généralement ; une forte chaleur fait croître les bruits beaucoup plus qu'un froid violent ; chez un grand nombre de personnes, ils augmentent fortement par l'entrée de l'air froid dans une chambre chaude ; et généralement la plupart des bruits sont perçus avec moins de force à l'air libre que dans les espaces clos. Les distractions, les occupations font souvent oublier des bruits intenses ; aussi, chez beaucoup de personnes, le bourdonnement n'est pas perçu pendant le jour, tandis que dans des endroits tranquilles, le soir avant de s'endormir, pendant le décubitus (WILDE, RAU), il ressort nettement. Les bruits objectifs couvrent souvent complètement les bruits subjectifs, de sorte que des personnes ne s'aperçoivent pas de leurs bourdonnements d'oreilles, quand elles sont en voiture, en chemin de fer, dans des lieux bruyants ; mais ils deviennent ordinairement d'autant plus forts, quand le silence se fait au dehors. Cependant j'ai vu des personnes qui percevaient leurs bruits subjectifs au milieu du plus grand vacarme : une dame ayant une perforation de la membrane tympanique, disait qu'au théâtre, pendant le jeu de l'orchestre, elle entendait son tintement de cloches subjectif vers l'occiput aussi bien que dans le silence.

Dans certains cas où il n'y a pas de bourdonnements continus, des bruits extérieurs, et seulement certains bruits, éveillent des sensations subjectives de l'ouïe, qui durent seulement pendant le bruit objectif, ou qui persistent longtemps après. Chez quelques malades, le son d'une pendule, par exemple, éveille les bourdonnements ; certains entendent les coups résonner à l'intérieur de l'oreille, d'autres sont atteints, à l'instant, de bourdonnements confus, qui persistent plus ou moins de temps. Des phénomènes semblables sont produits quelquefois par le gazouillement des oiseaux, le froissement du papier ou la voix du malade lui-même. Il faut noter aussi l'impossibilité de saisir un bruit extérieur qui a de la ressemblance avec le bruit subjectif du malade. Aussi, beaucoup de malades, dans l'épreuve de l'ouïe ne peuvent dire s'ils entendent le tic tac d'une montre, lorsqu'ils perçoivent subjectivement un bruit analogue. Un malade, avec catarrhe prononcé de la trompe et de la caisse, qui disait entendre constamment le chant du grillon en dehors de l'oreille, ne pouvait reconnaître comme bruit objectif, bien que sa dureté d'oreille fut légère, ce chant que j'imitais avec la bouche près de lui.

Souvent aussi des bruits subjectifs sont provoqués ou renforcés beaucoup par des altérations temporaires de l'organisme. Un effort corporel ou intellectuel, la position penchée maintenue quelque temps, le parler prolongé, la toux et l'éternuement, souvent les seuls mouvements de la mastication, la rotation et l'ébranlement de la tête, les veillées nocturnes ou le sommeil trop prolongé, l'usage des spiritueux, en particulier du vin, le surchargement de l'estomac, et d'une manière générale tout ce qui peut surexciter le système nerveux, augmentent habituellement, d'une manière notable, les bruits de l'oreille.

Non moins souvent, des bruits subjectifs sont renforcés, si l'individu tombe malade, s'il est pris d'un malaise ; l'excitation provenant d'affections morales, pendant la menstruation, la grossesse et l'état puerpéral, amène le même résultat. Les bruits subjectifs sont perçus d'une manière moins intense dans l'état de bien-être corporel, de repos de l'esprit, de gaieté, par un beau temps.

La modification des bruits subjectifs qui se produit quand on exerce avec le doigt une pression sur l'apophyse mastoïde ou sur la première vertèbre cervicale, présente un intérêt particulier. Ce fait a été observé pour la première fois par TÜRK (voir sa « Spinalirritation »), mais le phénomène n'avait pas attiré l'attention. BENEDIKT s'en est occupé récemment, et je peux aussi confirmer, par de nombreuses expériences, les indications de TÜRK. Dans des cas de modifications pathologiques constatées dans l'oreille moyenne, ainsi que dans d'autres où l'absence de symptômes objectifs laissait le diagnostic indécis entre une maladie de l'oreille moyenne et une affection du labyrinthe, j'ai observé fréquemment une diminution, plus rarement un renforcement du bourdonnement, aussi longtemps que persis-

taient la pression sur l'apophyse mastoïde. Le plus souvent, il n'est même pas nécessaire d'interroger le malade au sujet de la modification des bourdonnements ; il dit spontanément que le bruit est plus faible ou plus fort, ou, comme je l'ai observé quelquefois, que le bruit (bouillonnement ou sifflement) augmente de hauteur ou cesse complètement pendant la pression.

L'intensité des bourdonnements d'oreille est modifiée également quand on ferme le conduit auditif externe avec le doigt. Des bruits, souvent si faibles que le malade y fait à peine attention, se perçoivent aussitôt, si le conduit auditif est fermé. Cela s'explique, en partie par le changement de la pression labyrinthique dû à la pression du doigt dans le conduit auditif, en partie par l'exclusion des bruits externes qui fait ressortir plus nettement les bruits subjectifs. Un phénomène remarquable, dont nous ne pouvons donner aucune explication, se présente fréquemment chez des personnes dures d'oreille d'un seul côté. En fermant l'oreille normale avec le doigt, il se produit dans l'oreille malade un bruit subjectif, qui, d'après le malade, est souvent d'une intensité très grande, et qui cesse aussitôt que l'oreille normale est ouverte.

Il reste encore à dire ici quelques mots sur la *signification des bruits subjectifs pour le pronostic des maladies d'oreille*. A ce point de vue, il est très important de savoir si les bruits subjectifs sont intermittents ou permanents. L'expérience montre, en effet, que dans des cas analogues sous les autres rapports, le pronostic est plus favorable si les bruits sont absents ou seulement temporaires ; au contraire, le pronostic est généralement défavorable, si les sensations subjectives de l'ouïe sont continues. Dans un cas d'affection chronique de l'oreille moyenne, avec bourdonnement constant, quand on obtient une amélioration éclatante de l'audition, sans que les bruits subjectifs aient été modifiés par le traitement, on peut s'attendre à ce que le résultat ne persiste pas, à ce qu'il y ait tôt ou tard une rechute, une diminution de l'acuité de l'ouïe. Le pronostic est encore défavorable si l'affection de l'oreille commence avec des bruits subjectifs faibles, continus, allant toujours en augmentant, et si ce n'est qu'après des années que l'ouïe a diminué au point que le langage soit difficilement compris à proximité. Ici également le traitement ne produira pas d'amélioration de l'audition, ou n'amènera qu'une amélioration légère.

Nous allons donner maintenant la description de l'*hyperesthésie acoustique* qui se rattache à ce qui précède.

HYPERESTHÉSIE ACOUSTIQUE

Nous désignons sous le nom d'*hyperesthésie acoustique*, une sensation désagréable, douloureuse, provoquée dans l'oreille par des sons ou des bruits. D'une façon générale, les sons les plus élevés qui peuvent être produits provoquent une sensation douloureuse chez presque tout individu ayant l'oreille normale¹. Toutefois le degré de sensibilité pour certains sons varie individuellement ; il varie aussi, chez le même individu, pour les états du corps les plus divers, accompagnés d'irritation du système nerveux général. Les expériences faites à ce sujet, sur des individus sans

¹ APPUN et PREYER ont atteint, comme note la plus élevée, $m_{10} = 40960$ vibrations, à l'aide de petits diapasons frottés par un archet. Ces notes sont indiquées comme très douloureuses et désagréables. Des hauteurs de son analogues peuvent être fournies par les baguettes sonores de KÖNIG (cylindres d'acier à notes musicales).