

maladie d'oreille, m'ont montré qu'en général les personnes faibles, facilement irritables, nerveuses et anémiques sont affectées désagréablement par certains sons ou bruits, plus souvent que les individus forts, bien portants. Chez certaines personnes, cette sensibilité n'est que temporaire; elle se montre surtout le soir, si le système nerveux est déprimé par un travail de tête, ou le matin après une nuit d'insomnie. Le malaise corporel augmente souvent beaucoup cette sensibilité chez des personnes qui, dans d'autres circonstances, ne sont que légèrement sensibles aux sons.

L'hyperesthésie du nerf acoustique se rencontre parfois, à un degré élevé, dans les maladies de l'organisme qui affectent particulièrement le système nerveux. Déjà, pour de fortes congestions de la tête, il y a parfois de la sensibilité pour de grands bruits. J'ai observé quelquefois une hyperesthésie grave du nerf acoustique au début de la méningite, en même temps que la photophobie; dans l'encéphalite, soit au début, soit pendant la convalescence; dans quelques cas de tumeurs de la base du cerveau et de l'encéphale et dans des affections de la moelle épinière. La sensibilité pour les bruits n'était pas moins prononcée dans quelques névralgies du trijumeau et pendant la convalescence de maladies graves. Dans la migraine, l'hyperesthésie du nerf acoustique atteint rarement un degré élevé.

Le plus souvent l'hyperesthésie acoustique s'observe dans les maladies de l'organe auditif lui-même. Les affections inflammatoires du conduit externe n'amènent que très rarement l'hyperesthésie du nerf acoustique, et alors l'hyperhémie s'est propagée jusqu'aux parties profondes de l'oreille, ou bien il y a une action réflexe des ramifications nerveuses du méat sur le nerf acoustique¹.

Au contraire, les maladies de la caisse ont souvent pour suite ce symptôme nerveux. Les inflammations aiguës de la membrane tympanique sont rarement accompagnées d'hyperesthésie. Quand cela a lieu, l'affection n'est ordinairement pas limitée à la membrane, mais elle est combinée avec le gonflement et l'hyperhémie du tympan et l'hyperhémie consécutive du labyrinthe. Ce n'est qu'en cas de rupture de la membrane, à la suite d'un coup sur l'oreille, que j'ai observé le plus souvent l'hyperesthésie du nerf acoustique; mais certainement cette rupture n'est pas la cause déterminante du phénomène; il est dû à l'ébranlement des ramifications du nerf auditif dans le labyrinthe par le coup reçu sur l'oreille.

J'ai observé l'hyperesthésie très souvent au début des affections aiguës de la caisse, mais surtout dans le cours d'otites moyennes adhésives chroniques. Dans cette dernière forme de maladie, le symptôme de l'hyperesthésie ne se produit souvent qu'au début de la maladie, alors qu'il n'y a pas encore dureté d'oreille, ou seulement à un faible degré, et que le patient ne perçoit qu'un faible bourdonnement; mais souvent aussi il ne se montre qu'alors que l'audition est fortement diminuée, et fréquemment de tels malades protestent contre un parler trop haut, et évitent même de se servir du tube acoustique, parce que le son leur cause une sensation pénible, douloureuse.

La production fréquente de l'hyperesthésie dans les affections chroniques de l'oreille moyenne est due probablement à des modifications secondaires du labyrinthe; les affections lentes, aboutissant à l'ankylose de l'étrier, accompagnées généralement d'épaississement ou d'atrophie du labyrinthe membraneux, avec dépôt abondant de sels calcaires et de pigment amorphe, donnent surtout lieu à l'hyperesthésie acoustique.

La sensation douloureuse produite par des sons ou des bruits ne reste pas toujours limitée à l'oreille, elle est accompagnée assez souvent d'une série de phénomènes réflexes. Ainsi des personnes se plaignent en même temps de malaises, de tremblements, elles évitent les rues bruyantes, les réunions tumultueuses, l'opéra et les concerts à grand orchestre. Beaucoup accusent de la torpeur et des maux

¹ Voir mon mémoire « Ueber subjective Gehörsempfindungen. » *Wiener med. Wochenschrift*, 1865.)

de tête, et de l'irritation nerveuse, si elles subissent longtemps l'action du son qui les affecte désagréablement.

L'hyperesthésie acoustique n'a aucun rapport avec les bruits subjectifs de l'oreille. Tous deux peuvent exister simultanément; mais souvent il y a de forts bruits subjectifs sans trace d'hyperesthésie, ou bien hyperesthésie sans bruits subjectifs simultanés.

L'hyperesthésie acoustique peut aussi, comme je l'ai observé, exister avec la *surdité complète*. Pour expliquer ce fait, il faudrait peut-être admettre que le nerf acoustique, tout en possédant surtout des fibres dont l'excitation par les ondes sonores détermine la perception du son, en renferme d'autres qui ne sont également excitées que par le son, mais en donnant lieu à une sensation douloureuse spéciale sans perception sonore.

Parmi les symptômes qui accompagnent les maladies de l'oreille, nous devons signaler encore ici la douleur, la sensation de pression, de plénitude et d'engourdissement dans l'oreille, la stupeur et le vertige.

Pour ce qui concerne la *douleur* dans l'oreille, ce symptôme sera étudié en détail quand nous décrirons les diverses formes de maladies de l'organe auditif. On sait que la douleur accompagne généralement les inflammations aiguës, quelquefois aussi les inflammations chroniques de l'oreille externe et moyenne; elle est aussi parfois le symptôme d'une névralgie du conduit auditif externe ou du plexus tympanique, qui peut être localisée ou dépendre d'une névralgie du trijumeau. Dans quelques cas elle est irradiée, comme dans la carie dentaire ou les affections du larynx ou du pharynx. — Les douleurs qui accompagnent l'inflammation du conduit auditif externe et plus particulièrement celle de l'oreille moyenne, sont rarement concentrées dans la seule région de l'oreille; elles rayonnent le plus souvent vers le crâne, parfois aussi vers les parties latérales du cou jusqu'à l'épaule, ou vers le derrière de la tête et les dents. La douleur est particulièrement intense dans les inflammations aiguës de la membrane tympanique et de l'oreille moyenne; chez l'enfant, dans les inflammations purulentes aiguës de la caisse, avant la perforation de la membrane du tympan; enfin dans la carie du temporal. Ce n'est pourtant pas un symptôme constant des affections inflammatoires de l'oreille, et son intensité n'est pas en rapport avec le degré et l'étendue du processus pathologique. Il n'est pas rare, en effet, dans les affections purulentes de l'oreille moyenne, de trouver une destruction considérable de la membrane tympanique avec érosion partielle des osselets, sans que le malade ait éprouvé la moindre douleur dans l'oreille. De même, dans les suppurations prolongées de l'oreille moyenne, il peut y avoir fonte purulente circonscrite du tissu osseux entourant la caisse, sans que la moindre douleur se fasse sentir pendant tout le cours de la maladie.

Les sensations anormales que le malade désigne sous le nom de *pression*, de *plénitude*, de *pesanteur* et d'*engourdissement* dans l'oreille, ne sont pas un symptôme constant de l'inflammation et exsudation de l'organe auditif.

Dans certains cas, la sensation de plénitude et d'engourdissement correspond à l'obstruction du conduit auditif externe ou de la trompe d'Eustache, à l'accumulation d'exsudat dans l'oreille moyenne, ou à la tension anormale de la membrane du tympan et des osselets de l'ouïe. Mais le plus souvent,

en pareil cas, les symptômes de pression et de plénitude dans l'oreille font complètement défaut. J'ai montré le premier que la sensation de réplétion et de gêne était fréquemment indiquée par les malades chez qui la trompe d'Eustache n'est que légèrement gonflée et l'accumulation de liquide dans l'oreille moyenne peu considérable; tandis que l'imperméabilité de la trompe, avec fort gonflement de sa muqueuse et accumulation copieuse de liquide dans la caisse, ne produit qu'une sensation de gêne beaucoup plus faible ou même nulle.

Le *vertige*, que l'on observe parfois dans les maladies de l'oreille, est produit par des affections du labyrinthe, par hyperhémie, exsudation ou extravasation. Cependant il n'est pas rare d'observer des accès temporaires ou prolongés de vertige dans les maladies de l'appareil de transmission du son, par suite d'une augmentation excessive de la pression labyrinthique, due aux produits pathologiques ou aux rapports anormaux de tension de l'oreille moyenne.

A ces symptômes se rattache un groupe d'altérations de l'ouïe qui se produisent parfois avec les formes les plus diverses des affections de l'oreille, et intéressent le spécialiste par leurs particularités. Ce sont la *paracousie du lieu*, la *paracousie de Willis* et la *diplacousie*.

PARACOUSIE DU LIEU (*Paracousis loci*)

On désigne sous le nom de *paracousie du lieu* ou locale, l'impuissance d'indiquer le lieu ou la direction de la source sonore. Déjà, dans l'état normal de l'organe auditif, nous ne possédons qu'imparfaitement la faculté de juger de la direction du son, car ce n'est pas un acte de la perception elle-même, mais un résultat du jugement provenant de l'expérience. Nous plaçons la source sonore dans l'une ou l'autre direction, suivant que le son atteint plus fortement l'une ou l'autre oreille; au contraire, notre jugement sur la direction du son est tout à fait incertain, si les deux oreilles ont la même position par rapport à la source sonore. L'observation de ce phénomène chez des personnes atteintes de maladie d'oreille, qui, non seulement n'étaient pas en état d'indiquer la direction de la source sonore, mais assez souvent la plaçaient dans une direction directement opposée, m'a conduit à faire, sur un grand nombre de personnes, les unes ayant l'ouïe normale, les autres atteintes de maladies d'oreille, une série de recherches propres à donner l'explication de la paracousie du lieu dans les affections de l'oreille¹.

Si une montre à fort tic tac est déplacée dans le plan du sommet du crâne, d'avant en arrière, au-dessus de la tête de personnes entendant normalement et qui ont les yeux fermés, elles ne sont pas en état d'indiquer exactement si la montre se trouve devant, dessus ou en arrière; mais dès qu'une oreille est fermée, le tic tac passe du côté de l'oreille restée ouverte; il est aussi projeté dans la direction de l'oreille non fermée, quand la place où l'on tient la montre, dans le plan du crâne, est vue par la personne soumise à l'expérience. Si, les yeux étant fermés, la montre est déplacée d'avant en arrière, suivant un demi-cercle, dans le plan horizontal, le tic tac de la montre, tenue devant la tête, est encore entendu du côté de l'oreille ouverte, quand la montre avance un peu vers l'oreille fermée; mais plus l'on s'approche de la direction du conduit auditif fermé, plus l'indication devient incertaine, plus elle présente le caractère conjectural. Chez certaines personnes, les indications gagnent en certitude après une épreuve prolongée. (CHIMANI.)

Il résulte de ces expériences, que *notre jugement sur la direction du son est déter-*

¹ Voir mes « Studien über Paracousis loci. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. XI.)

miné surtout par l'audition avec les deux oreilles; nous avons fait déjà la remarque, que notre appréciation, dans l'état normal, n'est pas parfaitement sûre, mais ce qu'elle possède en sûreté est dû à l'audition binauriculaire.

Ces phénomènes observés sur l'homme sain, en bouchant l'un des méats, se produisent chez un certain nombre de malades, qui, non seulement ne peuvent pas reconnaître la direction du son, mais indiquent souvent une direction exactement opposée. On a attribué cette anomalie à une maladie du labyrinthe, spécialement des canaux semi-circulaires; on supposait que leur position les mettait à même de faire apprécier la direction du son. Mais cette opinion n'est justifiée ni par l'expérimentation, ni par l'observation clinique. Il n'est pas rare qu'en présence d'une maladie évidente du labyrinthe, la faculté de reconnaître la direction du son persiste; tandis que très souvent l'appréciation exacte fait défaut dans des cas où l'affection a son siège dans l'appareil de transmission du son et où l'épreuve de l'ouïe montre le nerf auditif intact.

La paracousie du lieu se rencontre, dans les maladies de l'oreille, plus fréquemment qu'on ne l'admet généralement; cependant ce symptôme est rarement indiqué spontanément par le malade, qui n'en fait mention le plus souvent qu'à la demande du médecin. Quand le symptôme est prononcé, l'erreur est d'autant plus marquée que le malade s'attend moins à l'excitation sonore et qu'elle se produit du côté de l'oreille dure. Mais il y a aussi des malades qui, avec la plus grande attention, ne sont pas en état de reconnaître d'où vient le son, avant de s'être renseignés par la vue ou par la rotation répétée de la tête. J'ai observé cela, de la manière la plus marquée, chez des chasseurs atteints d'une affection de l'oreille; même avec la plus grande attention, ils percevaient souvent le bruit du gibier ou l'appel du coq de bruyère dans une direction opposée, surtout si l'oreille dure était tournée vers l'endroit où se produisait le bruit. D'autre part, il y a des malades qui n'ont jamais observé spontanément leur paracousie du lieu, bien que les expériences faites sur eux avec la montre et le langage montrent ce symptôme très développé.

La paracousie locale s'observe surtout en présence d'obstacles à la transmission du son sans affection simultanée du labyrinthe, dans le cas d'exostose et de polypes dans le conduit auditif externe, dans les affections de l'oreille moyenne avec ou sans perforation de la membrane tympanique, plus rarement dans les maladies du labyrinthe. Cette anomalie se rencontre de préférence avec la dureté d'ouïe unilatérale; cependant je l'ai observée assez souvent dans les maladies bilatérales de l'oreille, même quand les deux organes étaient atteints à peu près au même degré.

Enfin nous devons appeler l'attention des médecins militaires sur le point de vue pratique de ce sujet. L'exclusion, dans certains pays, du service militaire actif, des individus atteints de dureté d'ouïe d'un seul côté, paraît en effet justifiée par ce qui précède. Dans les services de nuit d'avant-poste, si importants pendant la guerre, où la sentinelle avancée doit surveiller les mouvements d'approche du camp ennemi, elle ne peut le faire que par le sens de l'ouïe, et, en cas de surdité unilatérale, une appréciation erronée de la direction du son peut avoir des conséquences fâcheuses.

PARACOUSIE DE WILLIS

On appelle *paracousie de Willis* une amélioration notable de l'audition, chez des personnes très dures d'oreille, par l'action de grands bruits. Cette amélioration au milieu du bruit s'observe surtout dans les voitures au roulement lourd ou dans les trains de chemin de fer, dans les usines et ateliers bruyants, près d'une forte musique instrumentale, etc.; et le phénomène est d'autant plus remarquable, qu'au milieu de ces bruits les malades comprennent le langage beaucoup plus facilement et de plus loin que les personnes à l'ouïe normale. Ce symptôme curieux était connu déjà des anciens otologistes, et l'on trouve dans la littérature spéciale un

grand nombre d'exemples intéressants, qui mettent en évidence la paracousie de Willis¹.

On a cherché à expliquer ce phénomène en disant, que si les malades entendent mieux la parole dans le bruit, c'est que l'on parle plus fort. Mais je ne puis admettre cette explication, après les expériences que j'ai faites dans un certain nombre de cas de ce genre en voiture et en chemin de fer. J'ai trouvé, en effet, que non seulement la parole, mais aussi le son de mon acoumètre, dont la perception, comme je l'ai dit déjà, peut être exactement contrôlée, est perçu par ces malades à une plus grande distance; j'ai même observé quelquefois que le chuchotement était compris en voiture à une plus grande distance pendant la marche que la voix haute pendant le repos. v. TRÖLTSCH pense qu'il s'agit peut-être, en pareil cas, d'une interception légère de la conductibilité du son dans la caisse du tympan, par exemple d'une séparation de l'étrier et de l'enclume, et que les bruits intenses poussent la membrane tympanique en dedans, la font vibrer d'une façon notable et rapprochent ainsi les osselets l'un de l'autre. Comme j'ai observé la paracousie de Willis surtout dans les otites moyennes adhésives, je serais d'avis que la meilleure audition au milieu du bruit est due à l'ébranlement des osselets devenus rigides, cet ébranlement les écartant de leur position d'équilibre et les rendant plus aptes à la transmission du son.

Au point de vue du pronostic, j'attache une grande importance à la paracousie de Willis, parce que j'ai trouvé ce symptôme presque exclusivement dans les formes inguérissables des affections de l'oreille moyenne.

PARACOUSIE DOUBLE

Sous le nom de *paracousie double* ou *diplacousie*, on désigne une anomalie de l'ouïe, en somme assez rare, dans laquelle toute excitation sonore ou seulement certaines notes ou resonances sont entendues doubles. Jusqu'ici je n'ai observé que trois fois cette altération de l'ouïe, une fois dans une otite moyenne aiguë sans perforation de la membrane, une fois dans le cours d'une suppuration chronique de l'oreille moyenne avec perforation de la membrane tympanique, et dans une otite moyenne chronique avec exsudation. Dans les trois cas, le symptôme ne fut que temporaire; dans les deux premiers cas, les sons, ainsi que le langage, étaient dits être entendus doubles; dans le troisième cas, il y avait plutôt, au dire du malade, perception d'un son secondaire faible, d'un écho.

La diplacousie était connue déjà des anciens médecins auristes; des cas analogues ont été publiés par ITARD, SAUVAGES, BECK, WITTICH, MOOS et KNAPP, qui ont aussi cherché à expliquer ce phénomène. BRESSLER² parle d'un cas intéressant d'audition double, que GUMPERT a observé sur lui-même. L'audition double se produisit après guérison d'une affection inflammatoire de l'oreille, sur laquelle il ne donne pas d'autres détails. Il entendait les paroles prononcées, comme si elles provenaient de deux endroits différents. Les deux mots étaient perçus sans intervalle; le second n'était pas une résonance du premier, et il ne les distinguait que par leur différence de ton. En fermant hermétiquement l'oreille intacte, on pouvait constater nettement que l'oreille malade seule entendait double. La diplacousie aurait complètement disparu à la suite d'instillations d'huile de jusquiame.

PROCÉDÉ A SUIVRE EN INTERROGEANT ET EXAMINANT LES MALADES

L'appréciation des données anamnésiques et des symptômes pathologiques les plus importants, rapprochés des résultats de l'exploration objective,

¹ Voir v. TRÖLTSCH, *Lehrb. der Ohrenheilk.*, 1877, p. 233.

² *Die Krankheiten des Gehörorgans*, 1840.

suffira dans la plupart des cas pour juger de la nature de l'affection de l'oreille et de son pronostic dans un cas donné. Il reste encore à exposer l'ordre dans lequel le médecin doit procéder à l'examen et à l'inspection des malades, ainsi que les faits les plus importants qui doivent fixer son attention.

Le procédé à suivre dans l'examen du malade est en général le suivant : on demande d'abord l'âge et l'occupation du malade, la durée de la maladie et ses causes présumées (refroidissements, catarrhes naso-pharyngiens, maladies générales, hérédité, etc.); puis on se renseigne sur les symptômes présentés au début, pendant le développement de la maladie et au moment de l'examen. Il faut s'attacher surtout au genre et mode de production, d'augmentation ou de diminution lente de la dureté d'ouïe, du bourdonnement d'oreille, des douleurs et des autres symptômes subjectifs; demander en outre sous quelles influences et à quels moments il s'est produit des modifications. Nous devons ensuite chercher à savoir s'il y a eu antérieurement un écoulement de l'oreille; de quelle durée et de quelle nature était cet écoulement; s'il y a eu enflure de la région externe de l'oreille, de l'apophyse mastoïde; et enfin si un traitement a été subi déjà et quel traitement.

L'inspection objective du malade commencera par le *pavillon de l'oreille*, le *conduit auditif externe* et la membrane tympanique. On ne négligera jamais, avant d'introduire le spéculum dans l'oreille, d'examiner le pourtour de l'orifice externe et la partie du méat visible directement, parce que certaines modifications limitées à cette région peuvent être couvertes par le spéculum et échapper ainsi facilement à la vue. Après l'introduction du spéculum, le conduit est exploré au point de vue de sa capacité et courbure, du caractère de sa sécrétion, de sa richesse vasculaire; on constate par l'inspection, et éventuellement avec la sonde, la nature des obstacles présents, tels que ceux causés par l'accumulation d'exsudat normal ou pathologique, par des champignons, des polypes, exostoses ou autres processus pathologiques produisant la stricture du méat.

Si l'inspection de la membrane tympanique n'est pas empêchée, on examinera, en déplaçant légèrement le spéculum, les diverses parties de la membrane, sous le rapport de la couleur, de l'éclat, de la transparence et de la courbure. On reconnaîtra le degré et l'étendue de l'injection des vaisseaux, la grandeur et la couleur des opacités et dépôts calcaires existants; la forme, position et étendue des perforations, des productions cicatricielles et des places atrophiées; et l'on constatera la présence des bombements en dehors, généraux ou partiels, qui peuvent être dus à une infiltration, à la formation de vésicules et d'abcès, ainsi qu'à des granulations et des excroissances polypeuses. Il faut aussi examiner les bombements en dedans, totaux et partiels, de la membrane du tympan et leurs relations avec l'articulation de l'enclume et de l'étrier et avec la paroi interne de la caisse.

On note en outre la position et l'inclinaison du manche du marteau, la grandeur et la saillie de la courte apophyse et du pli postérieur de la membrane tympanique, la forme et l'étendue du cône lumineux, les modifi-

cations pathologiques de la caisse, la couleur et l'extension de l'exsudat visible par transparence, ainsi que l'aspect rougeâtre du promontoire ; et, quand il y a perforation, l'état de la paroi interne visible du tympan. S'il y a des anomalies de courbure de la membrane tympanique, on ne devra pas négliger l'examen à l'aide du spéculum de Siegle, pour reconnaître la tension et la motilité de cette membrane.

Après constatation de l'état de la membrane, on procède à l'épreuve de la fonction auditive, en mesurant d'abord l'acuité de l'ouïe pour l'acoumètre ou la montre, la distance de l'audition pour le langage, et la perception par les os de la tête pour la montre, l'acoumètre et le diapason.

Vient ensuite l'examen de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan, par l'expérience de VALSALVA, par la douche d'air d'après mon procédé, et, si ces deux méthodes ne donnent pas de résultat positif, par le cathéter. Ici il faut surtout faire attention aux bruits d'auscultation dans l'oreille moyenne, aux modifications de la membrane perceptibles après l'insufflation, particulièrement aux changements de couleur et de courbure de la membrane et à la position du manche du marteau.

L'examen de l'oreille moyenne terminé, l'épreuve de l'ouïe est reprise, pour constater la différence de l'audition avant et après la douche d'air. Ceci est de la plus grande importance, aussi bien au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du pronostic. Car, généralement, on peut conclure d'une forte augmentation de la distance de l'audition à une forme de maladie permettant un pronostic favorable (gonflement et sécrétion de l'oreille moyenne, anomalies de tension, etc.) ; tandis que, dans les cas où il n'y a pas d'amélioration ou seulement une amélioration peu importante de l'ouïe après la douche d'air, le pronostic sera plus défavorable, parce qu'on peut admettre avec vraisemblance que l'altération de l'audition est due à des produits pathologiques déjà organisés, non susceptibles d'être écartés, ou à des modifications du labyrinthe.

Dans les inflammations de l'oreille moyenne, particulièrement dans les suppurations aiguës et chroniques de la caisse, l'examen de la région de l'apophyse mastoïde est indispensable, parce que les inflammations qui s'étendent à cette partie, en atteignant la lame osseuse externe, le périoste ou le revêtement, y provoquent des modifications palpables qu'il est très important de constater à temps pour le traitement à appliquer. On examine donc, par une pression modérée de la pointe du doigt, s'il y a gonflement de l'os, infiltration du périoste et de la couche cutanée externe ; s'il y a fluctuation ; si l'os est douloureux sous la pression et dans quelle étendue ; à quel endroit de l'apophyse mastoïde est indiquée la plus forte douleur pendant la pression ; et s'il n'y a pas une ouverture fistuleuse ou une cicatrice osseuse à la suite d'une rupture antérieure. Dans les inflammations du conduit auditif externe et de l'oreille moyenne, particulièrement dans les affections purulentes, les glandes du cou et les glandes lymphatiques de la région mastoïdienne sont souvent gonflées et infiltrées ; il faut donc les examiner aussi de temps en temps, car la diminution de l'infiltration peut en général être considérée comme un signe favorable.

On examine ensuite l'espace naso-pharyngien sous le rapport de la rougeur, du gonflement, de la sécrétion, des excroissances muqueuses, des ulcérations et surtout de l'état des orifices des trompes. Tout en renvoyant, pour les détails de l'exploration, au chapitre spécial des affections naso-pharyngiennes, nous ferons remarquer ici que l'examen rhinoscopique est surtout indiqué si l'ensemble des symptômes (modifications des parties directement visibles de la cavité naso-pharyngienne, accroissement de la sécrétion, obstacles palpables dans cette cavité, respiration difficile par le nez) en fait pressentir l'utilité. Dans les cas d'obstacles au passage de l'air par le nez, une expression particulière, idiote, pourrait-on dire, du visage du malade, résultant de la respiration par la bouche largement ouverte, appellera fréquemment notre attention et nous avertira de la présence d'une affection naso-pharyngienne.

Bien que le résultat de l'examen objectif de l'oreille et des organes voisins, rapproché des données anamnésiques, suffise ordinairement pour établir le pronostic et déterminer le traitement, il est souvent nécessaire aussi de tenir compte de l'état de santé de l'organisme général. Mais nous ne sommes pas de l'avis de ces spécialistes qui regardent comme urgent, sur tout malade atteint d'une affection de l'oreille, de faire l'exploration précise des organes de la respiration, circulation, etc. Avec le temps, déjà long, que demandent l'examen à faire subir au patient et l'inspection objective complète de l'oreille, une telle exploration des autres organes, faite sans motif apparent, ne serait qu'une perte de temps inutile. On ne procédera donc à l'examen des autres organes que dans les cas où les données anamnésiques, par exemple l'indication de la présence fréquente de catarrhes pulmonaires, de crachements de sang, de battements de cœur, l'indication d'une maladie syphilitique antérieure, ou l'aspect du malade, etc., feront reconnaître la nécessité d'une inspection générale.

Avant de terminer ce chapitre, qui est destiné à servir au médecin praticien d'introduction à la partie spéciale et à lui en faciliter l'intelligence, je dois encore faire remarquer qu'il est très important d'inscrire les résultats de l'examen objectif et de l'épreuve de l'ouïe, pour pouvoir, quand revient le patient, constater les modifications survenues avec autant d'exactitude que possible. On se sert commodément pour ces inscriptions d'un schéma particulier, et je vais indiquer ici celui que j'emploie dans ma pratique. Il est reproduit ci-contre dans une forme un peu modifiée, par suite de l'espace fixé au texte par le format de ce volume (le format réel a 13° de largeur sur 13 c. 1/2 de longueur) et chaque page de format in-8° contient deux formulaires¹. Par l'emploi d'abréviations, de quelques initiales et de certains signes², que chacun peut choisir à sa guise, toute l'histoire d'un cas de maladie peut tenir parfaitement dans l'espace donné, et servir de guide pendant la maladie et plus tard si le malade revient ; on y trouvera aussi les éléments de communications scientifiques.

¹ Les formulaires lithographiés, reliés en forme de livres, sont livrés par la librairie Rosner (Vienne) au prix de 1 1/2 fl. ö. W. pour 1000 notices de malades.

² Voir les signes et abréviations proposés par ZAUFAL dans le n° 25 de la *Prager med. Wochenschrift*, 1876.

J. T. SCHENK : *Dissertatio inaug. de tinnitu aurium*, 1669. — DU VERNEY : *Traité de l'organe de l'ouïe, etc.*, 1683. — J. H. HOFMEISTER : *Diss. inaug. de organo auditus et ejus vitiis*, 1741. — J. HAAS : *De audit. vitiis, surditatem et difficilem auditum producentibus*, 1782. — E. DANN : *Commentatio de paracusi et de auditus hallucinationibus*, 1830. — C. G. LINCKE : *Sammlung auserlesener Abhandlungen, etc.*, 1835. — Les traités et manuels d'ITARD, LINCKE, KRAMER, WILDE, RAU, TOYNBEE, TRIQUET, BONNAFONT, V. TRÖLTSCH, MOOS, DE ROSSI, ROOSA, L. TURNBULL, MIOT. — A. POLITZER : « Ueber subjective Gehörsempfindungen. » (*Wiener med. Wochenschrift*, 1865.) — SCHWARTZE : « Ueber subjective Gehörsempfindungen. » (*Berliner klin. Wochenschr.*, 1866.) — CH. DELESTANCHE fils : *Étude sur le bourdonnement de l'oreille*, Bruxelles, 1872. — A. POLITZER : « Zur Theorie der Hyperästhesia acustica. » (*Arch. f. Ohr.*, vol. V.) — LE MÊME : « Studien über Paracusi loci. » (*ibid.*, vol. XI.) — BRUNNER : « Ueber den bei Krankheiten des Gehörorgans vorkommenden Schwindel. » (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, vol. II.) — W. KROLL : *Ueber Schwindelsufälle bei Ohrenkrankheiten*, Inaugural-Dissertation. Halle, 1872. — KNAPP : « Fall von Doppelthören bei Otit. med. purul. » (*Arch. Aug. u. Ohr.* vol. II.)

N° du Journal Date	Nom, Age, État, Demeure							Diagnos- tic
	Durée	Cause	Marche	Bruits	Douleur	Otorrhée	Remarques	
Renseignements anamnésiques	à droite							
	à gauche							
Status præsens	à droite	Conduit auditif	Membrane tympanique	Trompe	Espace naso- pharyng.	Distance de l'audition	Percep tion par les os	Distance de l'ouïe après la douche
		langage	diapas.	acoum.	montre	acoum.	langage	acoum.
	à gauche	Conduit auditif	Membrane tympanique	Trompe	Espace naso- pharyng.	Distance de l'audition	Percep tion par les os	Distance de l'ouïe après la douche
		langage	diapas.	acoum.	montre	acoum.	langage	acoum.
Traitement							Distance de l'ouïe à la fin	
Développement et issue :							à droite langag. acoum.	à gauche langag. acoum.