

pilules de Meglin (oxyde de zinc, racines de valériane, extrait de jusquiame noire, à 10,0; pour cent pilules; on va en augmentant d'une à trente puis en diminuant).

Parmi les médicaments externes, les vésicatoires sur l'apophyse mastoïde et les frictions emdermiques avec les pommades de morphine ou de véraltrine, les emplâtres narcotiques se montrent parfois actifs. Aussi bien dans les formes aiguës opiniâtres que dans les formes chroniques, l'essai du traitement galvanique est indiqué, car il amène fréquemment une grande amélioration, là où tous les autres remèdes ont échoué. D'après ERB, la galvanisation doit se faire en mettant le pôle cuivre à l'oreille et le pôle zinc à la nuque. Les courants faradiques ne sont pas à conseiller, à cause de l'hyperesthésie simultanée fréquente de la peau.

Dans plusieurs cas, où la douleur s'étendait à toute la région de l'oreille et augmentait spécialement par la pression exercée sur la région située entre la branche de la mâchoire inférieure et l'apophyse mastoïde, correspondant au parcours de la trompe cartilagineuse, j'ai observé, à la suite du massage répété, une amélioration considérable et même la disparition complète de l'otalgie au bout de quelques jours. J'applique maintenant ce procédé à la place indiquée, également dans les catarrhes de la trompe d'Eustache, naturellement en combinaison avec les douches d'air par mon procédé ou le cathétérisme, et cela avec une utilité évidente.

Parfois dans l'hémicranie, il survient une douleur sourde dans l'oreille et son pourtour, qui est accompagnée d'une hyperhémie et d'une sensation de chaleur et de brûlure sur le pavillon et les tempes. EULENBURG et MÖLLENDORF, qui ont donné à cette forme le nom d'hémicranie angio ou neuro-paralytique, l'attribuent à une affection du grand sympathique.

L'anesthésie des nerfs de l'oreille atteint le plus fréquemment le pavillon, et alors généralement les rameaux du trijumeau de sa surface antérieure. Elle se présente rarement comme affection isolée, mais plus souvent comme symptôme partiel d'une diminution de la sensibilité de la moitié correspondante de la tête, en particulier dans certaines maladies du cerveau.

L'anesthésie du conduit auditif externe est peu connue. Par contre il n'est pas rare d'observer, comme je l'ai fait remarquer déjà antérieurement (*Wien. med. Wochenschr.*, 1863), une diminution de la sensibilité de la muqueuse de l'oreille moyenne, en particulier dans les affections adhésives chroniques, non accompagnées de sécrétion.

NÉVROSES MOTRICES

Parmi elles on compte :

1° *Les contractions spasmodiques des muscles du pavillon*, qui se présentent le plus souvent comme symptôme partiel de la *crampe mimique de la face* (tic convulsif), plus rarement comme névrose isolée. — Dans un cas observé par ROMBERG, où la névrose motrice était limitée aux rameaux auriculaires du nerf facial, il se produisait plusieurs fois par jour des contractions des deux pavillons, qui s'élevaient et s'abaissaient pendant cinq à dix minutes. — Qu'à la suite d'injections dans le con-

duit auditif, comme VOLTOLINI l'a observé, des contractions spasmodiques des muscles du pavillon puissent aussi se produire par voie réflexe, c'est ce que je puis confirmer par de nombreuses expériences personnelles.

2° *Des contractions spasmodiques des muscles internes de l'oreille*. Les observations assez rares jusqu'ici (SCHWARTZE, LUCAS, SCHAPPRINGER, BRUNNER et L'AUTEUR) se rapportent à des contractions spasmodiques du muscle tenseur tympanique. Elles se reconnaissent soit à un mouvement nettement visible de la membrane du tympan, soit à l'aide d'un manomètre adapté hermétiquement au conduit auditif, dans lequel le liquide, à chaque contraction du muscle, éprouve une forte oscillation négative. — Les contractions se traduisent subjectivement par un fort craquement, perceptible aussi objectivement, ou par un battement sourd dans l'oreille. L'épreuve de l'ouïe, que j'ai faite dans un cas, montra que, pendant les contractions, la distance de l'audition diminue, que les sons bas sont amortis et deviennent indistincts et que les sons élevés augmentent en hauteur d'environ un quart de ton.

Partant de ce fait, que de fortes contractions du muscle orbiculaire des paupières déterminent aussi des contractions du muscle stapédus (LUCAS), GOTTSTEIN (*Arch. f. Ohr.*, XVI) croit pouvoir admettre, dans un cas observé par lui, comme cause du blépharospasme, dont les accès étaient accompagnés d'un bruissement dans les deux oreilles, une *crampe clonique du muscle stapédus*.

3° *Une crampe clonique des muscles de la trompe d'Eustache*. Elle a été observée jusqu'ici par SCHWARTZE, BRUNNER, TODD et L'AUTEUR dans quelques cas. Dans deux cas de ma pratique, le craquement provoqué par les contractions des muscles de la trompe ressemblait au tic-tac irrégulier d'une montre, entendu de loin, qui persistait aussi pendant le sommeil et ne pouvait être interrompu volontairement. A chaque craquement on pouvait observer une contraction correspondante du voile du palais. Le bruit s'arrêtait si l'on poussait en haut, avec le doigt, le voile du palais. Dans un cas, la guérison fut obtenue par le traitement galvanique.

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DU SON

Les lésions du pavillon se présentent, suivant le mode de violence subie, sous forme de piqûres, fentes, coupures, déchirures et plaies contuses. Leur importance dépend de l'intensité de l'action traumatique et de l'étendue de la blessure. Les meurtrissures superficielles, limitées à la peau guérissent toujours sans laisser de traces visibles, tandis que les lésions profondes, atteignant le péri-chondre ou le cartilage, comme nous l'avons vu dans l'othématome, ont pour suites de fortes hémorragies, l'inflammation et la déformation du pavillon. La marche s'établit le plus favorablement pour les coupures du cartilage, comme il s'en présente souvent dans les batailles, les duels, etc., en tant que, même pour de grandes solutions de continuité (v. TRÖLTSCHE, TRAUTMANN), après avoir réuni les bords de l'incision par suture et par un traitement antiseptique, on obtient dans la plupart des cas la guérison par première intention. L'issue est moins favorable pour les déchirures, plaies contuses et morsures¹, car, après la chute par nécrose des parties blessées de la peau, le dépouillement du cartilage peut amener la production d'ulcères, dont la cicatrisation est ordinairement accompagnée du resserrement et de la défor-

¹ D'après E. HOFMANN (*Lehrb. der gerichtl. Med.*, 1881), l'arrachement du pavillon par les dents n'est pas rare dans le Tyrol, car, dans un espace de temps relativement court, il a eu l'occasion d'examiner trois cas de ce genre.

mation du pavillon (KIRCHNER). BURNETT et KNAPP ont vu des cas de division du lobule de l'oreille à la suite de tractions violentes sur les pendants d'oreilles.

Les *blessures du conduit auditif externe* atteignent plus souvent la partie osseuse que la partie cartilagineuse. Les *lésions du conduit auditif cartilagineux* sont limitées à ce dernier ou combinées à des lésions du pavillon. Dans un cas que j'ai observé, à la suite d'une chute, il y eut une fracture de la paroi inférieure du méat cartilagineux, accompagnée d'une forte hémorragie de l'oreille; la guérison eut lieu sans suppuration. Le plus souvent le revêtement de la partie cartilagineuse, rarement le cartilage lui-même est blessé par des tentatives brutales d'extraction de corps étrangers, sans qu'il en résulte des altérations profondes.

Les *blessures du conduit auditif osseux* peuvent se produire par action violente directe ou indirecte. Les blessures directes atteignent seulement le revêtement du méat ou aussi la paroi osseuse. Ici encore viennent en première ligne, comme cause de la blessure, les essais d'extraction forcée de corps étrangers. Puis le conduit auditif est blessé le plus souvent par des objets durs, introduits pour le grattage dans les cas de prurit violent, et cela parfois de cette façon : pendant le grattage, un choc inattendu sur le bras pousse violemment l'instrument contre la paroi du méat. J.-P. CASSELS (*Glasg. med. Journ.*, VIII) parle d'une piqûre, au point de réunion du conduit auditif osseux et du conduit cartilagineux, par un ressort d'acier, qui provoqua non seulement une otite externe traumatique, mais aussi une inflammation de l'apophyse mastoïde. — Des fractures limitées au conduit auditif osseux, à la suite d'une action violente directe, sont très rares.

Les *fractures du conduit auditif* à la suite d'actions violentes indirectes sont plus fréquentes. Ou bien ce sont des fissures du crâne dues à un coup, un choc ou une chute, qui se continuent sur les parois du méat, ou bien des blessures produites par un choc violent sur la mâchoire inférieure, dont l'apophyse articulaire est poussée avec une grande force contre la paroi du conduit auditif.

La localisation de la blessure dépend de la place du traumatisme. Quand l'action violente est exercée sur le *sommet du crâne*, il y a généralement une fissure de la *paroi supérieure*, si l'*occiput* est atteint, de la *paroi postérieure du méat*, et, par un choc sur la *mâchoire inférieure*, c'est la *paroi antérieure* qui est blessée. Par action indirecte il se produit non seulement des fissures, mais aussi des fractures [comminutives, de telle sorte que des éclats osseux sortent avec le pus du conduit auditif ou en sont extraits. (JAKUBASCH, *Monatsschr. f. Ohr.*, 1878; TRAUTMANN, *Arch. f. Ohr.*, XV; KIRCHNER, *Verh. der phys.-med. Ges. in Würzb. N. F.*, vol XVI). BURNETT (*Am. Journ. of Otol.*, II) a vu dans trois cas, à la suite de traumatismes sur la mâchoire inférieure, se produire une carie et nécrose de la paroi antérieure blessée du conduit auditif. KIRCHNER affirme du reste que, par action violente sur la mâchoire inférieure, il peut se produire également, sans fracture de la paroi osseuse du méat, des inflammations du revêtement du conduit auditif et de l'oreille moyenne.

Les issues des fractures du conduit auditif peuvent être la guérison sans difformité consécutive, ou la carie et nécrose de la paroi atteinte, avec exfoliation de séquestres et rétrécissement persistant du méat. Des fissures de la paroi postérieure conduisent à l'inflammation traumatique des cellules mastoïdiennes, qui peut avoir une issue funeste par complication avec une thrombose de sinus. De même, des fissures de la paroi supérieure peuvent amener la mort par méningite, quand la dure-mère est atteinte. Nous allons rapporter ici brièvement un cas intéressant de guérison d'une fissure de la paroi supérieure du méat.

P. E., âgé de vingt-neuf ans, reçut le 24 juillet 1881 un tel coup de bâton sur le *côté gauche du crâne*, qu'il tomba aussitôt sans connaissance. Quand, au bout de douze heures, il revint à lui, il était complètement sourd et l'*hémorragie de l'oreille gauche* résultant du traumatisme dura encore quelque jours. Quatorze jours après la blessure, il se produisit à gauche une forte amélioration de l'ouïe, tandis que l'*oreille droite* resta sourde et ne perçut les sons que quelques mois plus tard. A l'exploration faite le 24 novembre de la même année, je trouvai la *membrane tympanique gauche intacte*. Du bord postéro-supérieur de l'anneau tympanique jusqu'à la réunion du conduit auditif osseux avec le conduit cartilagineux, *court un sillon large de 1^m/2, allant en s'élargissant un peu en dehors*, qui montre au sondage une profondeur de près de 1^m. Distance de l'audition : acoumètre = 1/2 m.; langage = presque normale. — La membrane tympanique droite n'est pas modifiée; acoumètre = au contact, langage = 1/8 de mètre; perception du diapason par le crâne plus forte à gauche. — Bruits subjectifs seulement à droite, marche incertaine en fermant les yeux.

Ainsi, dans ce cas, le coup sur la région gauche du crâne produisit une fissure de la paroi supérieure gauche du méat, qui guérit sans laisser d'altération avec une dépression de l'os, tandis que *par contrecoup* il y eut un *ébranlement du labyrinthe droit* avec dureté persistante de l'ouïe.

En somme pourtant les fractures du conduit auditif sont rarement limitées à cette partie, mais le plus souvent *combinées avec des fissures de la paroi supérieure et interne de la cavité tympanique, de l'apophyse mastoïde, de la pyramide du rocher et de la base du crâne*¹. Dans la plupart de ces cas, on trouve la membrane tympanique déchirée et la blessure est accompagnée d'une hémorragie profuse (voir pag. 213). Si la fissure s'étend à la capsule labyrinthique ou à la cavité crânienne, il en résulte un écoulement d'oreille séreux, abondant, qui présente les caractères chimiques du liquide cérébro-spinal.

Des blessures compliquées de ce genre amènent généralement la mort par méningite consécutive. Cependant la possibilité de la guérison n'est pas exclue, même dans les cas de symptômes cliniques graves.

SCHWARTZE (*Arch. f. Ohr.*, XVII) décrit un cas de *piqûre* de l'oreille gauche avec une aiguille à tricoter, qui perfora la membrane tympanique et probablement la portion antérieure du toit du tympan et la dure-mère, et dans lequel, sans hémor-

¹ Buck (*Am. Journ. of Otol.*, II) affirme que les fractures du temporal se produisent le plus facilement au point de réunion des parties squameuse, tympanique et pétreuse, comme cela résulte de quatorze cas qu'il a observés.

rhagie, il survint aussitôt après la blessure un écoulement séreux abondant (liquide cérébro-spinal) de l'oreille, qui dura huit jours, au milieu des symptômes de vertige, céphalalgie, délire et fièvre. Malgré le pronostic défavorable, la guérison eut lieu au bout de sept mois, en laissant des bourdonnements permanents, de la surdité et céphalalgie. — KÖRNER (*Arch. f. Ohr.*, XVII) rend compte d'une blessure d'arme à feu, dans laquelle le projectile pénétra dans les parties profondes, en passant juste derrière l'orifice externe de l'oreille, et, après avoir détruit la membrane tympanique, resta fixé à l'entrée de l'antra mastoïdien. Par suite de la fracture de la paroi du labyrinthe, il y eut écoulement du liquide cérébro-spinal au milieu des mêmes symptômes que dans le cas précédent. La guérison eut lieu au bout de cinq semaines, sans que le projectile ait été extrait. — Un cas de fissure de la pyramide, de la paroi supérieure du conduit auditif et de rupture de la membrane tympanique (par choc d'un timon de voiture), avec écoulement du liquide cérébro-spinal et issue en guérison, a été publié par TRAUTMANN (*Arch. f. Ohr.*, XIV).

J.-P. CASSELS (*Glasg. med. Journ.*, VIII) décrit une *blessure de l'apophyse mastoïde*, par action violente directe. Une jeune fille de sept ans fut atteinte d'un coup de sabot de cheval sur le côté droit de la tête, qui lui fit une plaie osseuse de l'apophyse mastoïde, communiquant avec le conduit auditif, d'où sortit un jet de sang de la grosseur du doigt, provenant probablement du sinus latéral blessé. Guérison après exfoliation de plusieurs fragments d'os.

O. WOLF (*Arch. f. Aug. u. Ohr.*, II) rend compte d'un cas intéressant de *blessure de la trompe d'Eustache par une arme à feu*. Le projectile pénétra en-dessous de l'arcade zygomatique, à travers la mâchoire supérieure gauche, dans la trompe d'Eustache et y resta enclavé. Par suite d'une forte hémorragie nasale, on dut faire la ligature de la carotide. Il se produisit des symptômes de fermeture de la trompe : traction en dedans de la membrane tympanique, surdité et bruits subjectifs, qui ne furent améliorés que d'une façon passagère par la paracentèse répétée de la membrane du tympan.

Dans un cas que j'ai observé, où le projectile traversa la *parotide, le conduit auditif et l'apophyse mastoïde*, et ressortit sur le segment postérieur de cette dernière, il resta comme résidu de la blessure une *stricture de la partie moyenne du méat*, une *fistule salivaire*, débouchant dans le conduit auditif, et une *paralysie du nerf facial*.

Les *fractures du manche du marteau* comptent parmi les blessures plus rares de l'appareil auditif. Elles sont produites par action violente directe sur la membrane tympanique et peuvent guérir, par formation d'un cal, comme dans les cas décrits par MENIÈRE (*Gas. méd.*, 1856), l'AUTEUR (*Beleuchtungsbild. d. Trommelfells*, pag. 119) et TURNBULL (*The med. and surg. Rep.*, Philadelph., 1879), ou bien les morceaux restent séparés, comme dans un cas observé par WEIR (*Transact. of the Am. otol. Soc.*, 1870) et dans un cas observé par moi, où la fracture avait été produite sept années auparavant par extraction d'un corps étranger. La place de rupture se trouvait au milieu du manche du marteau et le bout inférieur de l'os brisé formait un angle obtus, ouvert en avant, avec la partie supérieure du manche. Dans l'épreuve avec le spéculum de SIEGLE, l'extrémité inférieure de la fracture montrait une grande mobilité, tandis que la partie supérieure du manche du marteau restait immobile. La distance de l'audition pour le langage était descendue à 1/3 de mètre. Depuis l'extraction du corps étranger, le patient est affecté de bégayement.

Aux blessures mécaniques de l'appareil de transmission du son se rattachent les *lésions* du même appareil par des *influences thermiques et chimiques*. Par la pénétration de *liquides brûlants* dans l'oreille, les parois du méat sont bien moins gravement affectées que la membrane tympanique. Dans deux cas décrits par BEZOLD (*Arch. f. Ohr.*, XVIII), à la suite de la suppuration prolongée de l'oreille moyenne, amenée par le contact de l'eau bouillante, il resta une perforation persistante de la membrane du tympan, tandis que les phénomènes inflammatoires dans le conduit auditif externe disparurent au bout de peu de temps. v. TRÖLTSCH (l. c.) a vu, après l'instillation de liquides brûlants dans le méat, se produire une otite externe diffuse,

combinée avec une inflammation de la membrane tympanique. OPITZ (*Allg. mil. Ztg.*, 1865) a trouvé chez des recrues des eschares sur les parois du méat, provenant de l'introduction de vapeurs chaudes de cire et de suif grillés.

WEDERSTRANDT (*Am. Journ. of the med. scienc.*, 1852) décrit un cas de brûlure, par versement de plomb fondu dans le conduit auditif, dont les suites furent la surdité et une paralysie faciale.

Que par l'action du *froid*, et en particulier de l'eau froide, il puisse se produire des otites, c'est ce que l'expérience montre suffisamment. TRAUTMANN a pu observer sur des lapins la production d'une otite moyenne perforative par injection d'eau froide.

Parmi les *lésions par des agents chimiques*, on peut citer : les *corrosions* de l'oreille par l'acide azotique (MORRISON) et l'acide sulfurique (E. HOFMANN et l'AUTEUR), par des solutions de sesquichlorure de fer (URBANTSCHITSCH), par les alcalis caustiques, le nitrate d'argent, par le chloroforme et l'éther.

Un cas observé par WREDEN concerne une femme, à qui on versa dans le nez pendant qu'elle était sans connaissance, de l'ammoniaque caustique, qui pénétra de là dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. Bientôt après, au milieu de fortes douleurs, de bruits subjectifs et surdité, il se produisit un écoulement d'oreille copieux, sanguinolent, plus tard séreux, qui s'arrêta au bout de trois semaines. Comme résidu, WREDEN trouva la portion inférieure de la membrane tympanique cicatricielle soudée à la paroi interne de la caisse. — WEINTRAUB a vu chez des recrues la corrosion du conduit auditif cartilagineux par la pierre infernale en substance avec issue en stricture.

Pour ce qui concerne l'*appréciation médico-légale* des lésions de l'appareil de transmission du son, on ne peut pas établir de règles applicables d'une façon générale, car les blessures varient tellement, que c'est à peine si l'on trouve deux cas pareils. Pour apprécier la lésion dans un cas donné, il faudra donc toujours tenir compte du mode de violence employé, de l'étendue de la blessure et surtout de ses suites.

Dans l'appréciation médico-légale des blessures de l'oreille, il faut procéder, d'une manière générale, de la même façon que pour les autres blessures; en particulier, d'après les paragraphes 152 et 150 du Code pénal autrichien, on notera toujours et SÉPARÉMENT :

1° Si la blessure a causé une altération de la santé (maladie au sens vulgaire du mot) ou incapacité de travail, et combien de temps ont duré l'une ou l'autre.

2° Si la blessure était *grave*; on emploiera cette dernière indication si les symptômes cliniques ont été graves ou s'il est resté des suites importantes.

Dans le dernier cas, il faut encore ajouter :

a — Si, dans le cas d'une déformation consécutive, celle-ci doit être considérée comme « permanente » et « frappante » au sens du paragraphe 156 et,

b — Si, quand il est résulté une altération de l'ouïe, celle-ci doit être regardée comme « perte » ou « affaiblissement persistant de l'audition » au sens de la même loi.

Dans l'appréciation des *blessures du pavillon*, on considère surtout les *différences* qui résultent de la lésion. Des contusions, piqûres, coupures, même de grandes solutions de continuité, qui, comme nous l'avons vu, peuvent guérir par première intention, sont à désigner comme blessures légères, car elles ne laissent pas une grande altération de forme de l'organe. Au contraire, toutes les blessures qui, par suite d'inflammation, destruction, nécrose et exfoliation du cartilage de l'oreille, amènent le resserrement et

la déformation du pavillon, sont à désigner comme graves, déjà à cause de la difformité, et il faut noter en outre si celle-ci est à considérer comme « permanente et frappante » au sens de la loi pénale, car dans ce cas il y a aggravation de la peine.

L'appréciation des *lésions du conduit auditif* varie, suivant que la blessure est limitée au revêtement du méat ou qu'il y a en même temps fracture des parois osseuses. Dans le premier cas, comme l'issue est généralement favorable, la blessure sera déclarée légère. Au contraire, quand il y a fracture de l'os, particulièrement dans le cas de fracture comminutive de la paroi antérieure et de fissure de la paroi postérieure, par suite de l'inflammation consécutive, amenant la stricture du conduit auditif ou une ostéite mastoïdienne étendue, la blessure doit être désignée comme grave, en tant que, par les complications indiquées, non seulement le blessé est frappé d'une incapacité de travail de plus de vingt jours ¹, mais aussi il n'est pas rare qu'il en résulte des altérations permanentes de l'ouïe ².

Pour apprécier les *blessures de la cavité tympanique* et ces fissures compliquées du temporal où la pyramide, les parois de la caisse et du conduit auditif et la base du crâne sont atteintes par la lésion, l'époque de l'examen est d'une importance capitale. Dans les premiers jours après la blessure, une appréciation définitive sur sa nature n'est possible que si elle est accompagnée de symptômes si graves d'une lésion simultanée du cerveau, qu'une issue fâcheuse puisse être prévue avec une grande probabilité. Là, au contraire, où il n'y a pas de symptômes d'un danger immédiat pour la vie du malade, l'appréciation (l'appréciation définitive) doit être renvoyée à une époque ultérieure, où l'on pourra être fixé sur l'issue et les suites de la lésion. Ainsi nous avons vu que, d'une part, des blessures du temporal, légères en apparence, peuvent conduire à des altérations permanentes et même à une issue funeste, tandis que, d'autre part, des fractures graves, accompagnées d'hémorragies profuses de l'oreille, même d'un écoulement du liquide cérébro-spinal, peuvent guérir. Que l'intervalle de temps, dans lequel les suites de telles blessures, — en supposant qu'elles n'aient pas une issue funeste, — se sont assez développées pour que le processus pathologique puisse être considéré comme arrêté, soit généralement considérable, c'est ce qui ressort suffisamment de l'expérience acquise jusqu'ici. Dans la plupart des cas de ce genre, la blessure est à désigner comme grave, en tant qu'elle crée généralement un empêchement de travail prolongé et laisse un affaiblissement persistant de l'ouïe. De même, ces lésions qui laissent comme résidus une fistule salivaire dans le conduit auditif ou une paralysie du nerf facial sont à indiquer comme graves, à cause de l'altération permanente de la santé, même si elles ne sont accompagnées d'aucun trouble de l'ouïe.

L'appréciation des blessures dues à des actions chimiques et thermiques dépend des suites de l'ulcération produite dans le conduit auditif, de l'éten-

¹ Code pénal autrichien relatif aux crimes, délits et contraventions, 1852, paragraphe 152.

² Nous avons parlé déjà pag. 217 de l'appréciation des blessures de la membrane tympanique.

due de la destruction de la membrane tympanique, de la suppuration consécutive de l'oreille moyenne (carie et nécrose du temporal) et du degré d'altération persistante de l'ouïe. Pour le reste, ce qui a été dit d'une façon générale sur l'appréciation des blessures est également vrai ici.

MALADIES D'OREILLE ET ASSURANCES SUR LA VIE

Après l'appréciation médico-légale des blessures de l'appareil de transmission du son, nous allons ajouter ici quelques remarques relatives à l'assurance sur la vie des personnes atteintes de maladies d'oreilles. Quoique ce sujet ait été traité déjà par V. TRÖLTSCHEK, J.-P. CASSELS, HEDINGER, URBANTSCHITSCH, TRAUTMANN et autres, on n'est pas arrivé encore à s'entendre sur l'espèce de malades que l'on peut admettre à l'assurance sur la vie, sans nuire aux intérêts des compagnies d'assurance, et sur ceux qui sont à exclure. Enfin les avis sur les acceptations conditionnelles, c'est-à-dire avec une prime surélevée, pour certaines formes de maladies d'oreilles, n'ont pas encore été clairement exposés.

Les indications suivantes ne doivent pas être regardées comme définitives sur ce sujet, mais plutôt comme ouvrant la voie à une étude plus complète, appuyée de l'autorité concordante des spécialistes les plus éminents et qui pourrait servir de guide aux compagnies d'assurance pour les contrats à passer avec les personnes atteintes de maladies d'oreilles.

Sont à regarder comme sans importance au point de vue de l'acceptation à l'assurance sur la vie les affections suivantes de l'appareil auditif, en tant qu'elles n'ont pas d'influence sur la durée de la vie de la personne à assurer et qu'elles ne renferment aucun danger de développement d'une maladie grave : 1° toutes les déformations du pavillon et du conduit auditif externe, y compris l'atrésie congénitale; 2° les diverses formes d'inflammation du pavillon, la furonculose temporaire du conduit auditif, les formes légères de l'otite externe diffuse, les eczémats limités au pavillon et au conduit auditif externe et les exostoses et rétrécissements du méat, quand ils ne sont pas accompagnés de sécrétion purulente; 3° toutes les maladies de l'oreille moyenne qui évoluent sans suppuration et sans perforation de la membrane du tympan, le degré d'altération de l'ouïe et une complication simultanée avec une affection du labyrinthe étant hors de question; 4° toutes les altérations de l'ouïe qui peuvent être attribuées à une localisation de la maladie dans le labyrinthe; 5° les suppurations arrêtées de l'oreille moyenne, qui ont laissé l'ouverture perforative de la membrane tympanique fermée par une cicatrice, que celle-ci soit adhérente ou non à la paroi interne de la caisse du tympan.

Sont à repousser absolument tous les individus sur qui l'exploration montre les affections suivantes de l'organe auditif : 1° Les ulcérations du pavillon et du conduit auditif externe, qui proviennent de la décomposition d'un épithélioma; 2° le lupus de l'oreille externe, en tant que l'expérience montre que les individus atteints de lupus vivent peu de temps; 3° les rétrécissements et exostoses du conduit auditif externe accompagnés de sécrétion

purulente; 4° les inflammations purulentes chroniques du conduit auditif externe avec mise à découvert de ses parois osseuses; 5° les suppurations chroniques de l'oreille moyenne avec perforation de la membrane du tympan, en particulier: a — quand il y a formation de granulations et de polypes dans la cavité tympanique; b — dans le cas de desquamation dans l'oreille (voir pag. 415); c — quand il y a des symptômes de carie du temporal; d — quand il y a parésie ou paralysie du nerf facial; et e — quand il s'est formé des fistules dans l'apophyse mastoïde; — 6° toutes les affections de l'oreille accompagnées de vertige et de troubles de l'équilibration, si ces symptômes ne peuvent être attribués avec certitude à une maladie de l'organe auditif et si la possibilité d'une maladie cérébrale n'est pas absolument exclue.

Une acceptation conditionnelle, c'est-à-dire avec prime surélevée, serait admissible pour les individus qui, à la suite d'une suppuration antérieure de l'oreille moyenne, ont conservé une ouverture perforative persistante de la membrane tympanique (perforation sèche), parce que, dans de tels cas, la suppuration de l'oreille moyenne récidive plus facilement que là où l'ouverture est fermée par une cicatrice. L'acceptation est rendue plus difficile ici par l'existence simultanée d'un catarrhe naso-pharyngien chronique ou d'un catarrhe chronique des poumons.

Non complètement à exclure, mais à renvoyer à une époque ultérieure, jusqu'à la disparition complète de l'affection: 1° tous les eczemas aigus et chroniques et les inflammations diffuses du conduit auditif externe, qui s'étendent profondément dans le canal et le rétrécissent; 2° ces suppurations de l'oreille moyenne, qui durent seulement depuis quelques semaines ou mois et ne laissent pas prévoir la possibilité d'une guérison; si l'on a affaire à un écoulement d'oreille guérissable, après un traitement rationnel de quelques semaines le résultat favorable se montrera. Mais si l'otorrhée ne cesse pas malgré le traitement approprié, le cas n'est pas acceptable. Les individus renvoyés à une époque ultérieure doivent apporter un certificat du médecin, constatant que la guérison de leur maladie d'oreille date d'au moins trois mois; 3° toutes les affections syphilitiques de l'oreille, en présence d'autres symptômes de la syphilis générale (exanthèmes, ulcères du pharynx, gonflement des glandes) et quand il y a en même temps du vertige et une marche chancelante. Là au contraire où la surdité, à la suite de syphilis, date déjà de plusieurs années et où tous les symptômes de la maladie générale ont disparu, l'acceptation peut avoir lieu sans difficulté, à moins que d'autres circonstances, par exemple le soupçon d'une affection syphilitique du cerveau, ne s'y opposent.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, que le médecin de la compagnie d'assurance ne doit exclure que les cas où l'examen de l'oreille à l'aide du miroir montre des altérations grossières du conduit auditif externe et de la membrane tympanique (granulations, polypes, fistules, suppuration de l'oreille moyenne avec perforation de la membrane tympanique, etc.), qu'au contraire tous les individus atteints de maladies d'oreilles, chez qui l'appréciation au point de vue de l'assurance sur la vie dépend d'un examen objectif plus minu-

tieux de l'organe auditif, doivent être soumis au jugement d'un médecin aurologue expérimenté.

Aux traités et manuels des maladies d'oreilles précédemment cités, sont à ajouter : CLARENCE J. BLAKE: « A form of obstruction of the external auditory canal. » (Extrait des *Archives of clinical surgery*, juin 1877). — CLARENCE J. BLAKE: « Living larvæ in the human ear. » (*New-York Archives of Ophthalmology and Otolaryngology*, 1872). — JAMES PATTERSON-CASSELLS: « Myringomycosis aspergillina. Fungus ear disease. » (Extrait de *Glasg. med. Journ.*, 1875). — HAGEN et HALLIER: « Ein neuer Ohrpilz. *Otomyces Hageni*. » — R. HAGEN: « Zwei weitere Fälle von Ohrpilzen. » — HASENSTEIN: « Alkoholbehandlung des *Aspergillus glaucus* im äusseren Gehörgange. » — CHARLES H. BURNETT: « The growth of the fungus *aspergillus* in the human ear. » (Extrait de *the Philad. med. Times*). — CLARENCE J. BLAKE: « Parasitic growths in the external meatus. » — JOHN ROOSA: « On the affections of the external auditory canal. » (*The med. record*, n° 143, 1872). — JOHN ROOSA: « On bony growths in the meatus auditorius externus. » (Extrait du *New-York med. Journal*, mars 1866). — ALB. BURCKHARDT MERIAN: « Ueber Fremdkörper im Ohre. » (*Corresp.-Blatt f. schweiz. Aerzte* n° 20, 1874). — LÖWENBERG: « Ueber fremde Körper im Ohre und eine sichere und gefahrlose Methode, dieselben zu entfernen. » (Extrait de la *Berl. klin. Wochenschrift*, 1872, n° 9). — WILH. KIRCHNER: « Ueber Ohrpolypen. » (Dissert. München, 1878). — R. HAGEN: « Ueber Ohrpolypen von Dr. H. G. KLOTZ. » (*Prakt. Beitr. z. Ohrenheilkunde*, IV, Leipzig, 1868). — BONNAFONT: « Sur deux observations de polypes fibreux du conduit auditif externe. » (Extr. de *l'Union médicale*, 1864). — JUL. AD. HESSEL: « Ueber Ohrpolypen. » (Dissert., Halle, 1869). — EDW. H. CLARKE: *Observations on the nature and treatment of Polypes of the ear*. Boston, 1867. — E. ZAUFAL: « Paukenhöhlenpolyp bei imperforirtem Trommelfelle. » (*Prager med. Wochenschrift*, n° 26, 1876). — ADAM POLITZER: « Operatives Verfahren bei Ohrpolypen. » (*Wien. med. Wochenschr.*, n° 16, 1879). — OSCAR WOLF: « Unterbindung der Arteria carotis communis wegen Schussverletzung mit lebensgefährlicher Blutung. » (*Sep.-Abdr. aus dem Arch. für Augen- und Ohrenheilkunde*, II° vol., II° partie, 1872). — JAMES PATTERSON-CASSELLS: « Ear disease and life assurance. » (Repr. of the *British med. Journal*, 1877.) — R. HAGEN: *Der seröse Ausfluss aus dem äusseren Ohre nach Kopfverletzungen*. Leipzig, 1866.