

DEUXIÈME PARTIE

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA FACE.

J'étudierai successivement : les maladies de l'appareil auditif; de l'appareil de la vision; de l'appareil de l'olfaction; les maladies de la bouche et de ses dépendances.

CHAPITRE PREMIER

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'APPAREIL AUDITIF.

Le sens de l'ouïe se compose des parties suivantes :

1° Un appareil de transmission qui comprend : l'oreille externe; la membrane du tympan; la trompe d'Eustache, et l'oreille moyenne;

2° Un appareil de réception ou oreille interne;

3° Un appareil de perception ou centre moteur de l'ouïe.

Je ne serai pas contredit, si j'affirme que les maladies de l'oreille sont très peu connues, pour ne pas dire ignorées, de la très grande majorité des praticiens, et cependant que de services ceux-ci ne rendraient-ils pas, s'ils en possédaient des notions même élémentaires! Dans cette vaste étude des affections de l'appareil auditif on rencontre des points difficiles, obscurs, encore à l'étude, négligeables en quelque sorte dans la pratique générale: mais il en existe un grand nombre d'autres, faciles, bien connus, extrêmement fréquents et dont la connaissance est aussi utile au médecin que celle de la fièvre typhoïde ou des fractures de jambe: c'est à ces derniers que je donnerai toute mon attention. Je m'efforcerai d'en

présenter une description clinique complète et aussi concise que possible.

Mais, avant d'entrer dans le détail des maladies de l'oreille, je

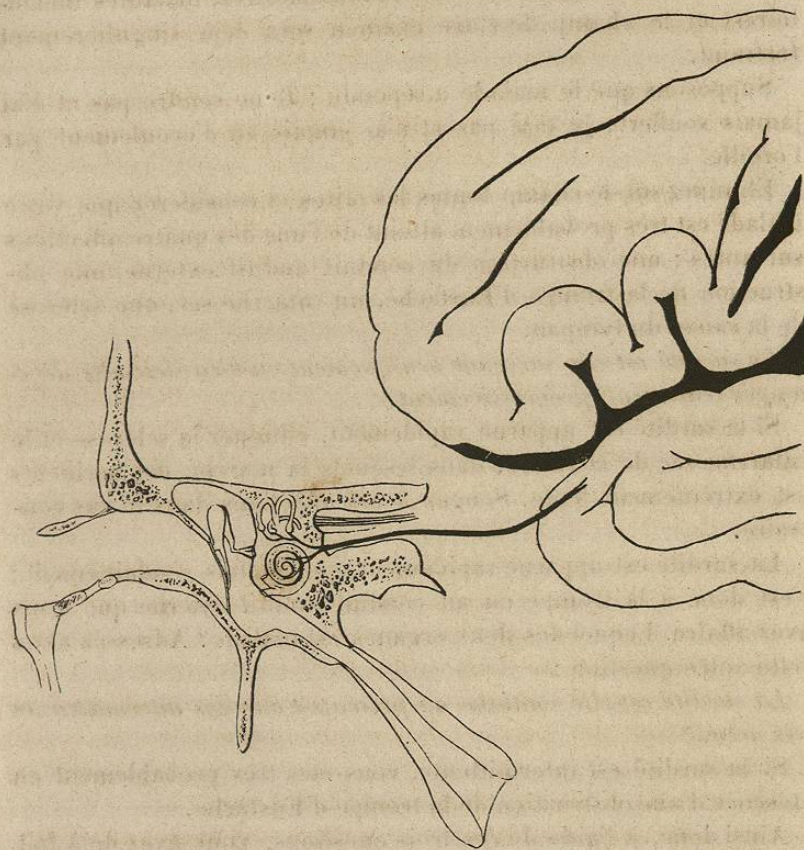


Fig. 5. — Figure représentant l'ensemble de l'appareil auditif (schéma).

crois utile d'indiquer la méthode qu'il convient d'employer dans l'examen de ces affections et la marche qu'il faut suivre dans l'interrogatoire des malades pour arriver le plus rapidement et le plus sûrement possible au diagnostic. Ce chapitre général servira de préface à notre étude.

De la méthode à suivre dans l'examen des malades atteints d'une affection de l'appareil auditif. — Les deux premières questions à poser au malade sont les suivantes :

Existe-t-il de la douleur? Existe-t-il de l'écoulement par l'oreille?

Suivant que la réponse sera négative ou affirmative, vous ferez immédiatement le départ entre les deux grandes classes de maladies des oreilles : maladies non inflammatoires, maladies inflammatoires, et le champ de votre examen sera déjà singulièrement restreint.

Supposons que le malade a répondu : Je ne souffre pas et n'ai jamais souffert; je n'ai pas et n'ai jamais eu d'écoulement par l'oreille.

Éliminez sur-le-champ toutes les otites et considérez que votre malade est très probablement atteint de l'une des quatre affections suivantes : une obstruction du conduit auditif externe, une obstruction de la trompe d'Eustache, un catarrhe sec, une sclérose de la caisse du tympan.

La surdité est-elle survenue brusquement ou bien s'est-elle développée lentement, progressivement?

Si la surdité est apparue rapidement, éliminez la sclérose et le catarrhe sec de la caisse, dans lesquels la marche des accidents est extrêmement lente. Songez à ces affections dans le cas contraire.

La surdité est apparue rapidement, quelquefois soudainement : c'est donc à la trompe ou au conduit auditif externe que vous avez affaire. Lequel des deux organes est malade? Adressez alors cette autre question :

La surdité est-elle continue ou présente-t-elle des intermittences très nettes?

Si la surdité est intermittente, vous êtes très probablement en présence d'une obstruction de la trompe d'Eustache.

Ainsi donc, à l'aide de ces trois questions, vous avez déjà fait un grand pas dans la voie du diagnostic. Vous n'avez acquis que des présomptions sans doute, mais elles suffisent pour diriger vos recherches vers un but déterminé, et vous êtes en mesure de procéder utilement à l'exploration directe de l'oreille.

Le malade a répondu à votre première question : Je souffre, ou j'ai souffert de l'oreille; je suis atteint ou j'ai été atteint d'écoulement. Vous êtes donc en présence d'une affection inflammatoire.

Je suppose qu'au moment de votre examen il existe de la douleur sans écoulement.

Sachez si la douleur est de date récente ou de date ancienne.

Si elle est ancienne, vous êtes en présence d'une inflammation chronique probablement à répétition; si elle est récente, il s'agit sans doute d'une inflammation aiguë qui emprunte son caractère principal à l'intensité de la douleur. Déterminez alors son point de départ : Est-ce la caisse, la membrane du tympan ou le conduit auditif externe?

Le malade est atteint d'écoulement d'oreille.

L'écoulement est-il de date ancienne ou bien de date récente?

Si l'écoulement est ancien, vous avez affaire à une otite chronique, à une otorrhée.

Cette otorrhée sera liée à une otite externe, à une myringite ou à une otite moyenne chroniques, et vous devrez recourir à l'examen direct pour vérifier ces trois hypothèses.

Si l'écoulement est récent, demandez s'il a été précédé de violentes douleurs d'oreille ou bien s'il s'est établi avec peu ou pas de douleurs.

Si les douleurs ont atteint une violence extrême, vous serez probablement en présence d'une otite moyenne aiguë avec perforation du tympan : cependant une otite externe et une myringite aiguës pourraient être en cause, ce que l'examen direct vous démontrera.

Si l'écoulement s'est établi avec peu ou pas de douleurs, vous avez sans doute affaire à une otite moyenne tuberculeuse avec perforation du tympan.

Le malade n'a pas été atteint d'affection inflammatoire des oreilles, il n'en présente pas de traces. Vous avez, après un examen complet, constaté l'intégrité du conduit auditif externe, de la trompe et de la caisse; vous vous êtes surtout bien assuré que ni cette dernière ni ses dépendances ne sont pas affectées. Vous en devez conclure que l'appareil de transmission des ondes sonores n'est pas en cause et qu'il s'agit d'une surdité d'origine nerveuse dont la cause est probablement dans le labyrinthe. C'est donc par exclusion que vous devrez légitimement conclure au diagnostic de *surdité nerveuse*.

1° MALADIES DE L'APPAREIL DE TRANSMISSION DES ONDES SONORES.

A. Maladies de l'oreille externe. — L'oreille externe comprend deux parties : le pavillon et le conduit auditif.

Maladies du pavillon de l'oreille.

Le pavillon de l'oreille est assez fréquemment atteint de plaies et surtout de plaies contuses, soit à la suite d'une chute, soit plus souvent dans une rixe. Ce sont alors ordinairement des morsures, et j'ai vu plusieurs fois dans ce cas le pavillon complètement détaché. Ces plaies ne présentent rien de spécial. Il convient de les réunir quand on le peut en se rappelant que la structure cartilagineuse de l'organe fait souvent manquer la réunion.

Les brûlures du pavillon de l'oreille sont également fréquentes ; une seule précaution spéciale est alors indiquée : c'est de s'opposer à l'oblitération du conduit auditif, laquelle s'opérera souvent malgré tous vos efforts.

A la suite d'un traumatisme et même sans traumatisme, on voit quelquefois apparaître sur le pavillon de l'oreille une tumeur qui contient de la sérosité sanguinolente et que l'on appelle *hématome* de l'oreille. Elle est plus commune chez les aliénés. Les parois de la poche n'ont pas de tendance à se rapprocher, ce qui rend la guérison plus difficile. Il en est de même d'ailleurs des abcès de la région : aussi la ponction simple ne suffit-elle pas en général ; le meilleur traitement de l'hématome consiste à fendre la tumeur dans toute sa hauteur et à obtenir le rapprochement des parois par suppuration.

Le pavillon de l'oreille peut être le siège de diverses tumeurs telles que fibrome, épithéliome, angiome, mais elles ne présentent rien de spécial à la région. Quelques-unes qui se sont développées au-dessous de l'oreille remontent et dédoublent en quelque sorte la peau du lobule. J'ai opéré plusieurs fois des kystes situés sur la face postérieure du pavillon, kystes dermoïdes affectant avec le lipome une grande ressemblance.

La peau du pavillon de l'oreille est fréquemment atteinte d'eczéma qui occupe de préférence le sinus auriculo-mastoïdien.

Conseillez alors des lavages à l'eau de goudron, la pommade au précipité rouge et l'usage de la liqueur de Fowler à l'intérieur.

Je signalerai à côté de l'eczéma l'ulcération et même la déchirure du lobule de l'oreille effectuées sur les femmes lymphatiques par les boucles d'oreille. On perce à côté et le lobule se fend de nouveau, de telle sorte qu'il finit par ressembler à une fourchette à huitres.

Vous obtiendrez facilement la guérison par l'avivement et la réunion immédiate : mais conseillez l'abstention de la boucle ou bien employez un artifice pour la suspendre.

Le pavillon de l'oreille est peut-être la partie du corps dont la forme varie le plus sur les différents sujets et aussi d'un côté à l'autre sur le même individu. Cette forme se transmet par hérédité d'une façon remarquable. J'ai fait depuis longtemps cette observation que chez les sujets atteints de sclérose de la caisse le pavillon était plat, mince, parcheminé et désourlé dans la grande majorité des cas. J'ai vu ces caractères n'exister que d'un côté, lorsqu'une seule oreille était affectée, et la même disposition se retrouver chez les enfants, également atteints, ce qui prouve que la sclérose de la caisse est une maladie héréditaire.

Maladies du conduit auditif externe.

Le conduit auditif externe est exposé aux plaies et aux fractures. Il contient fréquemment des corps étrangers, est obstrué par des sécrétions anormales, et subit des inflammations de nature diverse.

a. *Traumatismes du conduit auditif externe.* — Le conduit auditif externe est très rarement affecté de traumatismes. Les plaies s'y observent à peine, si ce n'est celles qui sont faites par le malade lui-même en se nettoyant les oreilles, ou par le chirurgien pour rechercher ou extraire un corps étranger. Elles ne présentent d'ailleurs aucune importance par elles-mêmes.

Les fractures des parois méritent plus d'attention, et cependant elles sont aussi fort rares. C'est une chute sur le menton qui les produit en général par suite de la pression qu'exerce le condyle de la mâchoire sur la paroi antérieure du conduit auditif. Celle-ci peut être défoncée, à ce point que le condyle vienne se placer dans le conduit, ainsi que l'a observé M. Baudrimont sur un sujet édenté,

circonstance qui paraît favorable à la production de cet accident.

Le côté clinique intéressant de ces fractures, c'est qu'elles s'accompagnent d'un écoulement de sang par l'oreille et que, si le malade a été atteint en même temps d'un certain degré de commotion cérébrale, on peut songer un instant à une fracture de la base du crâne et spécialement du rocher; mais l'erreur, qui n'est d'ailleurs en rien préjudiciable au malade, ne saurait être de longue durée: dans la fracture limitée au conduit auditif, les symptômes généraux s'améliorent rapidement, tandis que les symptômes locaux s'accusent davantage; le malade ressent une vive douleur à la pression au niveau du conduit auditif et surtout pendant les mouvements de mastication. Il pourra même alors percevoir de la crépitation.

Rien de spécial à noter pour le traitement.

b. *Corps étrangers du conduit auditif externe.* — L'histoire des corps étrangers du conduit auditif externe est des plus intéressantes et aussi des plus instructives pour le praticien. Que d'erreurs graves ne sont-elles pas commises journellement à ce sujet! Combien de malades ont perdu l'ouïe, il faut bien le reconnaître, par suite de manœuvres mal dirigées! La mort en a même été parfois la conséquence. Sachez bien d'abord que la présence d'un corps étranger dans l'oreille, à moins de circonstances spéciales, n'est pas dangereuse par elle-même; qu'un corps étranger peut y séjourner pendant de longues années, toute la vie même, sans provoquer d'accidents; que l'extraction n'est pas une opération d'urgence qu'il faille pratiquer sans retard, si votre diagnostic n'est pas très exact et si vous n'êtes pas suffisamment outillé. Résistez donc à l'impatience des parents qui sont toujours inquiets, rassurez-les sur l'avenir de leur enfant, car ce seront souvent des enfants qui vous seront présentés, et n'agissez que méthodiquement et en quelque sorte à coup sûr. Rappelez-vous que les manœuvres d'extraction ont produit plus d'accidents peut-être que les corps étrangers eux-mêmes. En conséquence, n'opérez pas à l'aveugle, au hasard, dans le conduit auditif, et, si vous ne voyez pas exactement ce que vous faites, abstenez-vous.

Lorsqu'un sujet se présente à votre examen avec un corps étranger de l'oreille, vous avez deux choses à faire: 1° reconnaître le corps; 2° l'enlever.

1° *Reconnaître le corps étranger.* — Pour reconnaître la présence d'un corps étranger de l'oreille, utilisez trois modes d'examen: l'éclairage du conduit à la lumière directe, l'éclairage à la lumière réfléchie, l'introduction d'un stylet.

Commencez par exposer l'oreille à la lumière directe, vous apercevrez parfois le corps, s'il est volumineux et surtout s'il occupe la portion cartilagineuse du conduit. C'est ordinairement en effet la situation qu'il affecte avant toute exploration, et les parents racontent, ce qui est pour vous un renseignement précieux, qu'ils l'ont très nettement aperçu, mais qu'en cherchant à l'extraire ils l'ont enfoncé plus avant; on ne le voit plus. Gardez-vous alors de prendre un stylet, une pince, un crochet quelconque, pour aller à sa recherche, car il y a de grandes chances pour que vous l'enfonciez davantage, pour que vous déchiriez le conduit ou la membrane du tympan.

Il faut procéder à l'examen avec la lumière réfléchie: un ciel couvert de nuages blancs ou un mur blanc fournissent une très bonne lumière; sinon, servez-vous d'une lampe; introduisez dans l'oreille un spéculum de volume convenable, et projetez la lumière dans son intérieur avec le miroir de Troeltsch, comme on le fait d'ailleurs pour l'examen du tympan. Vous pourrez alors voir le corps étranger, en constater la couleur, la forme, le volume, le siège précis. Si quelques doutes restent dans votre esprit sur sa consistance, par exemple, armez-vous du miroir frontal et, pendant que de la main gauche vous immobilisez le spéculum, introduisez un stylet de la main droite et explorez, mais sans perdre de vue l'extrémité de l'instrument, de façon à ne produire aucun désordre. Ne prenez pas le promontoire pour un corps étranger, ce qui est arrivé plus d'une fois.

Malgré cette recherche minutieuse, vous pourrez ne pas voir le corps étranger, et cela pour plusieurs raisons: il est possible qu'il soit masqué par des caillots sanguins ou par un gonflement inflammatoire des parois du conduit; s'il est très petit, comme un grain de plomb, par exemple, il peut être caché dans le sinus que forme la rencontre de la paroi inférieure du conduit auditif avec la membrane du tympan; à la suite de manœuvres mauvaises, le corps étranger peut avoir été repoussé dans la caisse, à travers une déchirure du tympan (1);

(1) M. X..., ingénieur très distingué à Paris, avait l'habitude, tout en travaillant, de se gratter l'intérieur de l'oreille avec l'extrémité de son porte-plume terminé par

enfin, dans certains cas, il n'y a pas de corps étranger. Les exemples ne sont pas très rares de malades s'imaginant avoir dans l'oreille un insecte quelconque qui s'y est engagé spontanément, ou qu'une main ennemie a introduit pendant le sommeil : aucun raisonnement ne peut les convaincre. Il y a quelques années, à Beaujon, après m'être bien fait décrire l'insecte qui devait exister au fond du conduit, je m'en procurai un semblable pour la séance suivante, et après un simulacre d'extraction je montrai le corps étranger à la malade, qui s'en retourna triomphante.

2° *Enlever le corps étranger.* — Le mode d'extraction varie nécessairement suivant la nature, la forme et le siège du corps étranger. La méthode rationnelle est celle qui consiste à l'extraire avec une pince quand on le voit nettement, soit à la lumière directe, soit à la lumière réfléchie : ainsi un épi, une glume de graminée, un morceau de papier, etc., seront facilement saisis. Mais, lorsque le corps est situé profondément, lorsqu'il est arrondi, glissant, comme un caillou, un noyau de cerise, une tête de poupée, etc., etc., lorsqu'il est fragile comme une perle de verre, et ces cas sont de beaucoup les plus communs, il est ordinairement impossible, il peut même être dangereux de le saisir avec une pince, car on s'expose à le briser. Il faut alors recourir à l'injection forcée, avec une seringue à hydrocèle, que tous les médecins ont sous la main, moyen extrêmement précieux qui réussit dans la très grande majorité des cas. Pour peu qu'il y ait d'espace entre le corps étranger et la paroi du conduit, le liquide s'y insinue, s'accumule par derrière et l'entraîne avec lui. Ce moyen agit à la

une petite boule d'acier. Un jour cette boule se détacha et resta dans le conduit. Il se rendit chez un praticien que lui avait fait connaître la quatrième page des journaux, et la consultation eut pour résultat une douleur violente, un écoulement de sang abondant, la déchirure du tympan et l'introduction de la boule d'acier dans la caisse. Il vint me consulter quelques jours après en maudissant le maladroit, et je pus constater seulement les traces de la déchirure, qui était cicatrisée. Il n'y avait rien à faire, d'autant plus que le malade était modérément gêné. Quelques semaines plus tard, des bourdonnements terribles survinrent et M. X.... s'empressa de retourner chez le praticien dont il avait eu lieu d'être si satisfait et qui cette fois lui fit derrière l'oreille une sérieuse application de pointes de feu avec une tringle à rideau de son cabinet. Le malade vint ensuite me revoir. Je ne trouvai rien d'anormal à l'examen otoscopique. Je conseillai des douches d'air pour essayer de déplacer le corps étranger, qui occupait évidemment la rigole que forme la paroi inférieure de la caisse. Il fut convenu que, si les bourdonnements continuaient au point de troubler le repos, d'empêcher tout travail, je tenterais l'extraction du corps étranger. Quelques jours après, les journaux annonçaient que M. X.... s'était suicidé.

manière des instruments recourbés en crochet et qui, introduits par derrière le corps étranger, en suivant une des parois du conduit, de préférence la paroi supérieure, l'attirent d'arrière en avant, mais il est plus efficace, plus facile et beaucoup moins douloureux.

Pour que l'injection réussisse, il faut donc qu'il y ait un certain vide entre le corps étranger et la paroi, mais ce vide n'existe pas toujours ; un corps dur, par exemple, peut avoir par hasard exactement la forme du conduit : ou bien les parties molles sont tuméfiées et s'appliquent hermétiquement à sa surface, ce qui est commun quand on intervient de seconde main ; ou bien c'est un corps susceptible de se gonfler, comme un haricot. Dans ces diverses circonstances, l'injection échoue, et le cas n'est pas sans présenter parfois de sérieuses difficultés. Je donne alors du chloroforme et, éclairant de mon mieux le conduit avec le miroir frontal, j'essaye de saisir le corps avec des pinces à griffes ou des crochets, de le dégager par un mouvement de levier, le tout très doucement, et, si je ne réussis pas, j'attends. Le corps peut sortir de lui-même plus tard, soit que la suppuration le mobilise, soit qu'il se désagrège.

Bien que l'injection ne soit pas douloureuse, comme il s'agit très souvent d'enfants, on peut éprouver beaucoup de peine à les maintenir, et on administre du chloroforme. Je me défie alors des injections forcées, la projection du liquide sur le tympan étant capable par elle-même de provoquer une syncope : je me contente d'un simple lavage.

Je n'ai parlé jusqu'ici que des corps étrangers inertes, mais il peut s'introduire dans l'oreille des corps étrangers vivants : mouches, perce-oreilles, etc., etc., accident qui serait beaucoup plus commun sans l'amertume de la sécrétion cérumineuse, dont, à mon avis, une petite quantité est nécessaire dans le conduit auditif ; c'est une des raisons multiples pour lesquelles je donne toujours le conseil de ne pas se *curer* les oreilles sous prétexte de propreté. Il suffit de nettoyer la partie accessible au doigt.

Une injection d'huile, un petit bourdonnet enduit de colle, la fumée de tabac, seront employés d'abord pour l'extraction des corps étrangers vivants. On aurait recours, si besoin était, aux moyens précédemment indiqués pour les corps inertes.

Une dernière variété de corps étrangers est constituée par une substance que le malade s'est introduite lui-même et dont il ignore

la présence: il s'agit en général d'une boulette de coton. Refoulée peu à peu vers le fond du conduit, cette boulette finit par s'appliquer directement sur le tympan et produit une surdité complète. Le diagnostic doit être établi avec le miroir frontal, à l'aide de la lumière réfléchie, qui seule éclaire le fond du conduit. Il convient d'extraire le coton avec une pince à griffes, car l'injection ne fait en général que l'appliquer davantage sur la membrane du tympan. On pourrait confondre cette variété de corps étrangers avec les bouchons de cérumen, dont je m'occuperai plus loin, et auxquels d'ailleurs ils ressemblent beaucoup en raison de la couche de cérumen qui les recouvre d'ordinaire.

Je suppose que pour une raison quelconque vous n'avez pu extraire le corps étranger de l'oreille: que va-t-il advenir, et quelle conduite tiendrez-vous? J'ai déjà dit qu'il ne survenait en général aucun accident sérieux et qu'il convenait d'attendre, mais il n'en est pas toujours ainsi, et vous pourrez avoir la main forcée. Le corps étranger est susceptible de déterminer une inflammation violente du conduit auditif, de la caisse, et d'entraîner les accidents propres à ces affections: méningites, abcès du ceryeau, etc.; il peut provoquer une toux opiniâtre, rebelle à tout traitement, en raison de l'irritation du filet du pneumogastrique qui se rend à la peau du conduit auditif; on a vu survenir des convulsions, de l'épilepsie: il faut donc agir. La seule opération rationnelle dans ce cas consiste à détacher complètement le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, ainsi que la portion cartilagineuse du conduit auditif. On aura de la sorte des chances d'arriver sur le corps étranger et de l'extraire. Il faudrait au besoin introduire une petite curette dans la caisse, afin d'explorer la rigole qui en constitue le plancher.

c. Obstruction du conduit auditif externe par les bouchons cérumineux. — Cette affection est très commune, et j'estime que bien des malheureux sont sourds parce que les médecins ignorent les notions si simples que je vais exposer.

Ces bouchons sont produits par l'accumulation dans l'oreille d'une quantité anormale de matière cérumineuse.

On serait tenté de croire que, l'accumulation se faisant lentement, peu à peu, la surdité doit suivre la même marche, c'est-à-dire se développer graduellement, mais il n'en est rien. La surdité apparaît brusquement, sans cause appréciable,

et c'est une des raisons pour lesquelles cette affection est si souvent méconnue: on ne peut croire, en effet, qu'un bouchon de cérumen se soit produit instantanément de façon à obstruer le conduit auditif.

Ce n'est pas non plus ainsi que les choses se passent: le cérumen s'accumule peu à peu, se durcit, mais pendant longtemps il reste un pertuis suffisant pour laisser pénétrer les ondes sonores, et le malade présente une acuité auditive à peu près normale jusqu'au jour où le bouchon, se déplaçant, tombe sur la membrane du tympan et détermine une dysécie complète.

Il ne faudrait pas croire que cette affection est due à un défaut de propreté, car elle est aussi fréquente dans la classe aisée que dans la classe ouvrière, où l'on prend en général des soins moins minutieux du corps. La plupart même des sujets atteints de cette affection font remarquer qu'ils soignaient leurs oreilles beaucoup plus qu'on ne le fait d'habitude.

Pourquoi le cérumen s'amasse-t-il chez certains sujets et ne sort-il pas au fur et à mesure de sa production? Je n'en sais rien. Il en faut probablement chercher la cause dans la qualité du produit, qui est plus visqueux et plus adhésif, car la plupart des malades ne présentent pas la moindre affection de l'oreille: je fais exception toutefois pour ceux qui sont atteints d'eczéma, ce dont je parlerai dans un instant.

Comme je l'ai dit pour les corps étrangers, il faut d'abord reconnaître le bouchon cérumineux et ensuite l'enlever.

Rappelez-vous qu'un sujet atteint de surdité subite, sans avoir jamais présenté de douleurs ni d'écoulement d'oreille, est très probablement affecté d'une obstruction du conduit auditif externe, surtout si la surdité est continue, et sachez que la cause des obstructions est dans la grande majorité des cas un bouchon cérumineux. Après un premier interrogatoire, explorez avec le diapason et appliquez cet instrument sur le front. Si les ondes sonores ne sont perçues que du côté affecté et si la perception est très nette, très forte, c'est encore une présomption en faveur de l'obstruction du conduit auditif (1). L'obstruction de la trompe d'Eustache, l'é-

(1) Le phénomène consistant à n'entendre le diapason que du côté de l'oreille sourde, ce qui surprend toujours considérablement les malades, s'explique très aisément de la façon suivante: les ondes sonores provenant de la vibration du diapason cheminent à travers les os du crâne et se condensent dans la caisse du tympan.