

tiques. Il est d'observation que les filles en sont plus souvent affectées que les garçons.

Pronostic. Il est peu grave pour la scoliose au premier degré, plus sérieux pour les déviations parvenues au second et surtout au troisième degré. Dans ce dernier cas, les fonctions des viscères sont plus ou moins troublées.

Traitement. Il est médical et chirurgical :

Lorsqu'une scoliose est au premier degré, c'est-à-dire que la déviation est peu marquée, il est inutile d'avoir recours aux appareils orthopédiques. L'enfant est soumis à une médication reconstituante et tonique : préparations iodées, huile de foie de morue, sirop antiscorbutique, bains de mer. En même temps on recommande *certaines* exercices gymnastiques, ceux dans lesquels la partie inférieure du rachis est déchargée du poids de la partie supérieure du tronc : les ascensions à l'échelle de corde, à un mât, la suspension de tout le corps par les mains, la natation. On recommande de faire coucher l'enfant, pendant la nuit, sur un lit dur, sans oreiller et sur le dos. S'il existe du rachitisme, on se conforme aux indications signalées page 448.

La scoliose est-elle due à une différence de longueur des membres inférieurs, on prescrit l'usage d'une bottine à talon élevé pour rétablir l'équilibre.

Lorsque la déviation est plus prononcée, les moyens précédents sont insuffisants ; il faut avoir recours aux moyens *mécaniques*, c'est-à-dire aux *appareils orthopédiques*. Ces appareils se divisent en trois groupes : les uns agissent en soumettant la colonne vertébrale à une *extension verticale* ; d'autres à l'*extension horizontale* ; il en est qui exercent une *pression latérale* sur la déviation.

1° Appareils à extension verticale. Glisson faisait usage d'une machine qui opère la traction, en soulevant la partie supérieure du tronc, pendant que toute la partie inférieure de celui-ci, obéissant aux lois de la pesanteur, produit une extension en sens opposé. Heister décrit un corset qui soutient le tronc, en portant les épaules et le bassin en sens opposé. C'est sur le même principe qu'est fondée la machine de Levacher. Les *ceintures orthopédiques* modernes prennent leur point fixe sur le bassin ; la pression supérieure s'exerce sous les aisselles, au moyen de croissants métalliques convenablement garnis ; les tiges de sustentation sont transportées sur les parties latérales du tronc.

2° Appareils à extension horizontale. Ils constituent les *lits orthopédiques*. Il en est un grand nombre : avec le lit mécanique de Venel, on exerce des tractions d'une part sur la tête et sous les aisselles ; de l'autre, au-dessus des genoux et des malléoles. Nous signalerons les lits de Heine, de Milly, de Humbert, de Maisonabe, de Jalade-Lafond, de Delpech et de Shaw. Des lits spéciaux ont été imaginés par Pravaz et J. Guérin pour *localiser* l'extension, de manière à ne pas fatiguer inutilement les parties saines du rachis et à concentrer toutes les forces extensives sur les portions déviées.

3° Appareils à pressions latérales. Les uns agissent sur le malade couché : tels sont les lits de Mayor et de J. Guérin, le fauteuil de Levacher ; les autres permettent au patient de rester debout et de marcher ; telles sont la machine de Venel, la *ceinture à levier de Hossard*, la ceinture à sustentation avec plaque pour comprimer la partie saillante et une plaque du côté opposé pour dissimuler la déviation.

Pour favoriser le redressement de la colonne vertébrale, J. Guérin pratique la *section sous-cutanée* de la masse commune des muscles sacro-lombaire, long dorsal et transversaire épineux dans la région lombaire.

SECTION III.

MALADIES DE L'OREILLE.

CHAPITRE I.

MALADIES DU PAVILLON DE L'OREILLE.

A. Anomalies. Elles se divisent en deux ordres : les unes sont des anomalies par absence de certaines parties de l'organe ; les autres sont dues à un excès de développement de certaines parties du même organe.

(a) *Anomalies par absence de parties.* Ces anomalies s'accompagnent presque toujours de vices de conformation du conduit auditif et de la caisse du tympan. Allen Thomson les divise ainsi : 1° absence complète du pavillon et de la partie externe du conduit auditif ; 2° absence de la membrane du tympan, de l'anneau tympanal et de la partie osseuse du conduit ; 3° anomalies de la cavité du tympan et de la chaîne des osselets ; 4° vices de conformation divers des régions malaire, palatine, maxillaire.

Souvent ces lésions ne siègent que d'un seul côté ; toujours elles sont au-dessus des ressources de l'art. L'emploi d'une oreille artificielle peut cacher la difformité. D'après Itard, les sujets atteints des difformités précédentes ne sont généralement pas viables, ou meurent peu de temps après la naissance. A. Thomson et Toynbee s'élèvent contre cette assertion ; dans le plus grand nombre des cas qu'ils rapportent, non-seulement les sujets ont vécu, mais encore, malgré les lésions de l'oreille externe et de l'oreille moyenne, ils entendaient assez distinctement pour participer à tous les bénéfices de la vie sociale.

(b) *Anomalies par excès de développement de parties.* Elles sont rares et

n'ont été signalées que pour le lobule de l'oreille; celui-ci présente parfois un développement assez exagéré pour constituer une véritable difformité et nécessiter l'intervention du chirurgien. Boyer cite un jeune homme chez lequel cet appendice s'étendait jusque sur la joue; après avoir marqué avec de l'encre la forme qu'il voulait donner à l'incision, il retrancha la partie exubérante; le malade guérit rapidement, et la difformité fut détruite.

Dans certains cas, le tragus, l'antitragus et l'anthélix sont tellement enfoncés dans le conduit auditif externe, que l'ouverture de ce dernier est rétrécie; il en résulte une certaine dureté de l'ouïe, à laquelle on ne peut remédier qu'en excisant les prolongements difformes, ou mieux encore par l'emploi d'un cornet acoustique.

B. Lésions traumatiques. Les plaies par *instruments tranchants* deviennent plus ou moins complètement le pavillon: si le lambeau est encore adhérent, on pratique la réunion immédiate comme pour les plaies des autres organes. Dans les divisions complètes du pavillon, on doit encore tenter la réunion; Mani cite un cas où le pavillon, complètement détaché, fut réappliqué au bout de quelques heures; on obtint une réunion immédiate et complète en haut, une réunion secondaire en bas. On ne doit point craindre de comprendre le cartilage dans l'anse du fil: il n'y a nullement lieu de redouter la gangrène.

Les corps *contondants* peuvent déchirer, mutiler le pavillon. Le traitement ne diffère en rien de celui des plaies contuses des autres parties du corps; A. Nélaton, chez un sujet dont le pavillon avait été divisé par une balle, tenta, après la chute des escarres, la réunion immédiate; le malade guérit avec une difformité à peine sensible.

Les plaies par instruments *piquants* sont le plus souvent sans danger. Cependant Triquet a vu, à la suite de la perforation du lobule par des joailliers, se développer des érysipèles, des eczéma, des impétigos, des engelures graves, qui envahissaient non-seulement le pavillon, mais encore le visage. Ces accidents se rencontrent surtout chez les sujets lymphatiques, scrofuleux; il est donc prudent de s'abstenir de pratiquer cette petite opération chez les individus prédisposés aux scrofules, ou chez lesquels on remarque une tendance manifeste à l'herpétisme. Si l'on est appelé à combattre de semblables accidents, le traitement ne diffère pas de celui que l'on oppose aux mêmes affections siégeant sur d'autres points du corps.

Dans d'autres cas, la perforation du lobule n'est suivie d'aucun accident immédiat; mais au bout d'un certain temps, le poids du bijou déchire complètement le lobule. Il faut alors aviver les bords de la solution de continuité, et réunir par deux points de suture, en ayant soin de ménager une ouverture par laquelle on peut engager la boucle d'oreille quand la cicatrice est devenue suffisamment résistante.

Les accidents consécutifs aux blessures de l'oreille sont en général assez rares. On voit quelquefois pourtant survenir l'érysipèle, soit qu'il reste borné au pavillon, soit qu'il s'étende à la face ou au cuir chevelu. Les *contusions*, suites de coups ou de chutes, peuvent donner naissance à des modifications persistantes dans la couleur et la forme du pavillon, d'où résulte

une véritable difformité. Dans ces cas, le pavillon prend une couleur rouge violacée; il se rétracte dans ses deux diamètres, présente des bosselures, des saillies et des enfoncements anormaux; quelques points de l'organe paraissent repliés sur eux-mêmes. Cette déformation est très-fréquente chez les boxeurs de profession; l'art antique en avait fait l'attribut des dieux de la lutte, Castor et Pollux.

On peut observer à l'oreille toutes sortes de plaies *virulentes*: pustule maligne, charbon, etc. Elles ne diffèrent en rien des plaies de même nature des autres régions du corps, et ne présentent aucune indication spéciale (voy. p. 72 et suiv.).

C. Engelures. On les rencontre surtout chez les enfants faibles, lymphatiques. L'impression du froid, notamment du froid humide, en est la cause ordinaire; quelquefois elles succèdent à un traumatisme. Cette affection se présente sous deux formes bien différentes: l'une *bénigne*, consistant en un gonflement accompagné de rougeur, de chaleur et de démangeaisons plus ou moins vives du pavillon, surtout du lobule, de l'hélix, de l'anthélix et du tragus; l'autre *maligne*, caractérisée tantôt par de l'érythème ou des vésicules, tantôt par des ulcérations et même des croûtes, présentant l'aspect de véritables scrofules; le gonflement et la rougeur sont considérables; la maladie souvent ne reste pas bornée au pavillon, elle s'étend au conduit auditif externe, peut donner naissance à une *otorrhée* rebelle, et même détruire la membrane du tympan, d'où résulte une altération plus ou moins profonde des fonctions de l'appareil auditif. Cette affection guérit ordinairement par les seuls efforts de la nature, quand le malade arrive à l'époque de la puberté. Néanmoins le médecin prudent, connaissant les complications graves qui peuvent survenir du côté des parties profondes, devra aussitôt instituer un traitement général contre la diathèse, cause première de l'affection. Comme traitement local, Triquet recommande, quand la rougeur et la douleur sont très-intenses, des mouchetures pratiquées avec la lancette sur les grosses veines qui se dessinent en relief sur le pavillon, ou une application d'une ou deux sangsues en arrière d'elles. Il conseille aussi des applications topiques d'alcool, de baume Fioraventi et de teinture de benjoin, employées tièdes, des onctions avec une pommade au sous-borate de soude, etc.

D. Eczéma. Il se présente sous deux formes bien distinctes, l'eczéma aigu et l'eczéma chronique.

1° Eczéma aigu. Il est caractérisé par la rougeur et un épaissement œdémateux considérable de la peau, à tel point que l'oreille perd complètement sa forme et revêt l'aspect d'une masse de chair informe. En même temps il se développe des vésicules plus ou moins nombreuses, remplies de liquide, qui fournissent un écoulement séreux plus ou moins abondant. C'est l'eczéma *vésiculeux*. Dans d'autres cas, on n'aperçoit pas les vésicules; on ne constate qu'une rougeur vive, de l'épaississement des téguments; les parties malades sont constamment baignées d'un liquide séreux plus ou moins épais; quelquefois il existe à la peau de véritables ulcérations et même des croûtes, c'est l'eczéma *rubrum* ou *madidans*. Dans tous les cas,

il y a des démangeaisons violentes, avec des douleurs plus ou moins vives et un sentiment de chaleur dans l'oreille. Le conduit auditif externe peut s'enflammer à son tour par contiguïté de tissu, il en résulte quelquefois une dureté plus ou moins considérable de l'ouïe; cette affection récidive souvent et donne lieu, après plusieurs récidives, à l'eczéma chronique.

On soustrait les parties malades au contact de l'air par des applications de poudre de riz ou de poudre d'amidon; des lotions tièdes avec des solutions astringentes, surtout avec de l'eau blanche, amènent rapidement la guérison dans le plus grand nombre des cas.

2° *Eczéma chronique*. Étudié surtout par Auspitz, Rau, Toynbee, Schwartz, Hébra, Triquet, il se présente le plus souvent chez l'enfant sous la forme d'eczéma *impétigineux*, et chez l'adulte sous celle d'eczéma *squammeux*. Dans le premier cas, il est caractérisé par des croûtes plus ou moins épaisses avec sécrétion séreuse abondante, rougeur et démangeaisons violentes. Dans le second, on remarque de la rougeur avec une abondante desquamation furfuracée.

Les préparations arsenicales à l'intérieur, des applications de pommade à l'oxyde de zinc, en ayant soin de mettre en contact avec le médicament toutes les parties malades: tels sont les moyens à employer contre la forme impétigineuse. Dans le cas d'eczéma furfuracé, les préparations de goudron, le collodion sont fortement recommandés.

E. **Tumeurs du pavillon**. Nous les divisons en bénignes et en malignes.

1° **Tumeurs bénignes**. (a) *Dépôts d'urate de soude (tophus du pavillon)*. Chez un certain nombre de goutteux, on a remarqué dans le pavillon et surtout dans le lobule de petites tumeurs, le plus souvent peu volumineuses, très-dures, constituées par des dépôts d'urate de soude. On a vu quelquefois un accès de goutte débiter par une rougeur et une douleur plus ou moins vive autour de la tumeur (Garrod).

(b) *Tumeur sanguine du pavillon (othématome)*. Elle succède aux contusions violentes, et s'accompagne presque toujours d'une fracture du cartilage. Ses caractères sont ceux de tous les épanchements sanguins sous-cutanés; Virchow croit qu'elle ne se produit qu'après un ramollissement préalable du cartilage. Elle ne se voit pas seulement chez les aliénés, comme on a voulu le prétendre. Si la résorption du sang épanché ne se fait pas, on ouvre le foyer avec le bistouri et on panse à plat; quelques chirurgiens préfèrent passer un petit séton dans la tumeur.

(c) *Tumeurs fibreuses*. Wild et Hilton ont constaté, chacun de son côté, une tumeur fibreuse du pavillon de l'oreille; l'ablation de la production morbide fut faite avec succès.

2° **Tumeurs malignes**. On ne voit guère le pavillon envahi par d'autres productions morbides de ce genre que par le cancroïde. Cette dernière affection n'est point rare. Le plus souvent elle marche rapidement, donne lieu à des douleurs atroces en se propageant aux parties profondes; elle amène rapidement l'infection ganglionnaire; ses symptômes, sa marche, sa terminaison et son traitement ne diffèrent en rien de celui du cancroïde affectant les autres parties du corps (voy. p. 487 et suiv.).

CHAPITRE II.

MALADIES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE.

Procédés d'exploration du conduit auditif externe et de la membrane du tympan. L'entrée seule du conduit auditif externe est accessible à la vue. En exposant le sujet à une lumière vive, en tirant fortement le pavillon en arrière et en haut, tandis qu'avec le pouce on déprime le tragus en avant, on peut apercevoir toute la portion antérieure du conduit auditif externe, et même, dans certains cas, selon Troltsch, on découvre une certaine portion de la membrane du tympan. Le plus souvent cet examen est insuffisant: les petits poils qui se trouvent implantés dans la partie cartilagineuse du conduit, l'étréoussure, la direction légèrement anguleuse de ce dernier empêchent la lumière de pénétrer. Pour éloigner ces obstacles, on se sert de petits instruments appelés *spéculums* de l'oreille, que l'on introduit dans le conduit auditif externe, en même temps que l'on projette au fond la lumière du jour concentrée au moyen d'un miroir concave, en ayant soin de redresser la direction du conduit auditif en attirant le pavillon en arrière et en haut.

Il y a différentes sortes de *spéculums* de l'oreille: les uns bivalves, tels sont ceux d'Itard, de Kramer; d'autres bivalves et coudés, celui de Bonnafont, par exemple. Les chirurgiens français emploient de préférence les spéculums bivalves, bien à tort, sans aucun doute, l'écartement des deux valves permettant aux petits poils, à de petits fragments de cérumen, aux desquamations épidermiques d'intercepter le passage de la lumière et de s'opposer ainsi à un examen complet. En Allemagne et en Angleterre, on emploie les spéculums pleins; tel est celui de Wilde, qui se compose d'un tube en argent de forme conique, de 1 pouce et demi de longueur; l'extrémité la plus large mesure cinq huitièmes de pouce, la petite 2 à 4 lignes environ. Il existe une infinité d'espèces de spéculums pleins: les uns sont en métal, les autres en caoutchouc vulcanisé; leur forme varie à l'infini. Un des plus connus est celui de Politzer en caoutchouc vulcanisé. C'est un tube cylindrique, à extrémité évasée, infundibuliforme, de 22 millimètres de diamètre; l'extrémité inférieure est cylindrique et mesure de 4 à 6 millimètres.

Les modes les plus variés ont été employés pour éclairer le conduit auditif: Troltsch se sert de la lumière solaire, qu'il concentre au moyen d'un miroir concave en verre étamé de 8 à 9 centimètres de diamètre, d'une distance focale de 14 à 16 centimètres et percé d'un trou à son centre. Toynbee emploie une bougie, Triquet une forte lampe à huile de schiste, à bec plat, et munie d'un réflecteur concave de 15 centimètres de diamètre, situé en arrière du foyer lumineux. On doit à Bonnafont l'*otoscope*, qui semble réunir toutes les conditions désirables pour obtenir un bon éclairage.