

2° *Paralytie, Parésie de l'accommodation.* — Dans cette affection, la pupille est agrandie (mydriase) par le fait de la paralysie du muscle ciliaire, et elle est de plus immobile. L'œil ainsi privé d'accommodation se trouve transformé en une chambre claire, et ne voit bien qu'à l'infini s'il est emmétrope. Un autre symptôme de cette lésion est la polyopie produisant les images multiples uni-oculaires. Avant d'arriver à la paralysie complète, l'œil a dû faire de grands efforts pour s'adapter aux distances, ce qui explique pourquoi la parésie ciliaire s'accompagne si souvent d'asthénopie accommodatrice.

Cette paralysie est généralement liée à une maladie nerveuse, ou à un état général : syphilis, rhumatisme, amblyopies toxiques, etc. Aussi le traitement doit-il s'adresser à la cause plus qu'à ses effets; on ne peut avec des verres remplacer le pouvoir d'accommodation; d'ailleurs l'acuité visuelle baisse très rapidement dans ces conditions.

3° *Spasme de l'accommodation.* — Le spasme de l'accommodation est comme nous l'avons dit une complication fréquente de l'hypermétropie; mais il existe spontanément chez certains malades et peut produire une myopie spasmodique, myopie à distance, par contraction des muscles. D'après certains auteurs la myopie vraie débiterait par une crampe accommodative. Les personnes atteintes de spasme de l'accommodation ont du myosis, des douleurs, de la photophobie, de l'injection périkeratique et conjonctivale, qui diminuent par le repos. Il suffit, dans certains cas, de prescrire le verre approprié pour faire disparaître ces symptômes; l'emploi de l'atropine au début rend également des services; enfin il faut s'adresser à la cause même qui produit l'irritation des nerfs ciliaires.

§ 2. — Lésions des muscles moteurs du globe oculaire

1° PARALYSIES DES MUSCLES DE L'ŒIL. — STRABISME PARALYTIQUE

Bibliographie. — DESMARRÉS (fils), Thèse de Montpellier, 1864. — DE GRÆFE, Berlin, 1867, Paris, 1870, trad. A. SICHEL. — BOILAND, Thèse de Paris, 1872. — GIRAUD-TEULON, *Traité par les courants continus*, in *Soc. de chir.*, 1872; *Attitude caract. des paralysies*, in *Ann. d'ocul.*, 1874. — PANAS, *Leçons sur le strab., les paralysies, etc.*, 1874. — CAMUSET, *Gaz. des Hôp.*, 1875. — PENGRUEBER, Thèse de Paris, 1876. — PARINAUD, *Gaz. heb.*, 1877. — LANDOUZY, *Discut. conjuguée de la tête et des yeux*, etc., in *Progrès méd.*, 1879. — GRASSET, *Même sujet*, in *Montpellier méd.*, 1879. — BADAL, *Diplopie paralyt.*, in *Ann. d'ocul.*, 1880, t. LXXXIV. — STELLWAG V. CARION, *Diagn. des paralysies*, Vienne, 1882, p. 373. — LANDOLT, art. STRABISME du *Dict. encyclop.*, 1883 (Bibliogr.).

Étiologie. — Une des conditions essentielles pour qu'un muscle exécute les mouvements au gré de la volonté, consiste dans l'intégrité de l'appareil chargé de transmettre à ce muscle les ordres de cette volonté; cet appareil de transmission a les nerfs pour organes. Or, les nerfs peuvent être altérés soit à leur origine (noyau central), soit sur leur parcours : de là deux variétés bien dis-

tingentes de paralysie, paralysie d'origine centrale, paralysie d'origine périphérique.

1° *Paralysies d'origine centrale.* — Elles reconnaissent pour cause toutes les affections susceptibles d'altérer la substance cérébrale. Parmi ces causes, les accidents tertiaires de la syphilis (exostoses, gommés) tiennent assurément le premier rang. Immédiatement après la syphilis, il faut citer l'ataxie locomotrice; depuis longtemps on avait observé des malades chez lesquels la paralysie de certains muscles de l'œil avait été le symptôme avant-coureur du tabes : nous savons aujourd'hui, grâce aux recherches de PIERRET, que ces paralysies sont liées à une forme spéciale de l'ataxie, dite : *forme encéphalique*.

2° *Paralysies d'origine périphérique.* — La priorité appartient encore ici à la syphilis. Son action se porte directement sur le nerf lui-même, et donne lieu au développement d'une névrite interstitielle diffuse, ou à la formation de petites tumeurs noueuses rougeâtres, que l'on a considérées comme des gommés (ESMARCK, DIXON). Les nerfs, tout en restant sains, peuvent être comprimés par des tumeurs ou des productions anormales : ainsi agissent tous les néoplasmes développés sur le trajet de ces organes, les périostites qui diminuent le calibre des anneaux ou conduits ostéo-fibreux qu'ils traversent. Dans le développement de ces périostites, la syphilis tient encore une place honorable, puis vient le rhumatisme (périostite à frigore). On a accusé aussi le rhumatisme d'agir sur le névrite, et de déterminer le gonflement inflammatoire de cette membrane, gonflement qui comprimerait les éléments nerveux.

Les lésions inflammatoires, les traumatismes de toutes sortes, les affections les plus diverses siégeant dans l'orbite, peuvent encore produire une paralysie musculaire. Enfin, pour être complets, nous signalerons quelques cas de paralysie des muscles de l'orbite survenus sous l'influence de la diphtérie, de la glycosurie, à la suite de maladies infectieuses ou exanthématiques, dans le cours de l'état puerpéral (GUBLER).

Symptômes généraux. — 1° *Diminution de la motilité du globe oculaire.* — Ce premier signe est facile à reconnaître, étant donné les constantes suivantes : à l'état normal, dans l'abduction extrême, le bord externe de la cornée atteint la commissure externe des paupières; dans l'adduction son bord interne se cache sous la caroncule; si l'on regarde directement en haut ou en bas, les paupières recouvrent alternativement la moitié supérieure ou inférieure de la cornée.

2° *Déviation primitive et secondaire. Leur rapport.* — Supposons une paralysie du droit externe de l'œil gauche¹. Si l'on fait fixer par le sujet un objet situé directement devant lui, quels que soient ses efforts, l'œil malade est toujours légèrement dévié dans la direction du muscle antagoniste (droit interne) dont l'action prédomine. Cette déviation que subit ainsi l'œil sain est dite : *déviation primitive*.

Si maintenant on place l'objet dans la direction du muscle paralysé (à gau-

1. Dans le cours de ce travail pour éviter des répétitions nous supposerons que les paralysies siègent sur l'œil gauche.

che du sujet dans le cas présent), pour arriver à fixer cet objet, le malade est obligé de faire des efforts d'autant plus considérables que la paralysie est plus accentuée; mais ces efforts ne s'exercent pas seulement sur le muscle malade, ils agissent avec la même intensité sur le muscle associé qui est sain; il en résulte pour cet œil une exagération du mouvement normal, que l'examen simultané des deux yeux rend encore plus manifeste. C'est la *déviatioi secondaire*, déviation toujours plus grande que la déviation primitive.

3° *Diplopie*. — Si l'on fait fixer un objet à un sujet atteint de paralysie musculaire, l'œil sain se dirige sur l'objet, l'œil malade ne peut y arriver, il y aura donc deux lignes visuelles, partant deux images, *diplopie*. On rend ce phénomène facilement appréciable de la façon suivante. Une lame de verre colorée en rouge est placée devant l'œil sain du sujet, puis on lui fait regarder la flamme d'une bougie. L'image de celle-ci va se faire sur la macula de l'œil sain, dont la ligne visuelle a une direction normale; sur l'œil malade, au contraire, l'impression lumineuse aura son siège en un point plus ou moins éloigné de la macula. Ainsi se produiront deux images, une rouge, l'autre blanche, cette dernière est appelée fausse image.

D'une façon générale la fausse image se trouve toujours dans une direction opposée à la déviation de l'œil malade. La raison en est simple; en effet, toute impression lumineuse faite en un point autre que la macula, est extériorisée dans une direction opposée.

La diplopie est dite *homonyme*, lorsque la fausse image apparaît du côté de l'œil dévié (à gauche du malade dans le cas supposé); on la dit *croisée* dans le cas contraire.

4° *Fausse projection*. — On désigne de cette manière la difficulté qu'éprouve le sujet à estimer la position et surtout la distance des objets. Ainsi, l'œil sain étant fermé, si l'on dit au malade de toucher un corps qui lui est présenté, il porte les mains brusquement à côté, généralement au delà de la position normale de l'objet; cela résulte d'une fausse interprétation de l'effort musculaire. Pour voir un corps placé à une distance donnée, le malade sait qu'en temps ordinaire il fait un effort, *n*; pour voir le même objet, la paralysie l'oblige à faire un effort double, par exemple; se rendant un compte inexact de ces divers temps, il attribue cet effort à un excès de distance, et place l'objet examiné à une distance double.

Pour résumer cet exposé, nous dirons avec LANDOLT :

1° Dans toute paralysie incomplète, la déviation secondaire est plus grande que la déviation primitive.

2° Le défaut de motilité et la diplopie augmentent dans la direction de l'action du muscle paralysé; aussi en faisant fixer un objet situé dans la direction du muscle paralysé, la fausse image paraît fuir et s'éloigner de celle fournie par l'œil sain et *vice versa*.

3° La fausse image est toujours projetée dans le sens du muscle paralysé. De là résulte :

a. Que l'image fournie par l'œil malade se trouve constamment située du côté opposé à la cornée déviée (lorsque le droit externe est paralysé, l'image est externe, et la cornée attirée par l'antagoniste est interne).

b. Qu'en fixant avec l'œil dévié seul, le malade se trompe sur la position des objets et les suppose reportés du côté du muscle paralysé¹.

Ces quelques considérations nous permettront d'exposer sommairement les symptômes propres aux paralysies que l'on rencontre le plus fréquemment dans la pratique.

A. *Paralysie du moteur oculaire externe* (nerf de la sixième paire).

1° La position normale, dans le cas de paralysie de la sixième paire, est l'adduction, il existe donc un strabisme convergent.

2° Suivant le degré de la paralysie, l'excursion du globe de l'œil en dehors est plus ou moins développée, les mouvements se produisent par une série de saccades, indice des efforts successifs du malade.

3° La diplopie est homonyme. Les doubles images sont à la même hauteur et parallèles. Leur distance augmente lorsque l'objet est placé dans la direction du muscle paralysé. Dans la direction contraire, il n'y a pas de diplopie. Ainsi, dans le cas que nous avons supposé (paralys. du droit ext., O. G.), la diplopie disparaît brusquement lorsque l'objet dépassant la ligne médiane est porté à droite du sujet. La raison de ce fait est bien simple : le muscle paralysé devient alors inutile à la vision distincte. Aussi les lignes de visée étant en concordance, il n'existe plus qu'une seule image. Il est facile maintenant de comprendre la raison pour laquelle les malades inclinent toujours la tête à droite, ils évitent ainsi la diplopie très gênante. Nous rappelons que les phénomènes de fausse projection sont ici très marqués.

B. *Paralysie du muscle grand oblique* (Nerf pathétique, quatrième paire). — Ce muscle a pour action de diriger la pupille en bas et tout à fait en dehors, il complète le mouvement qu'ont d'abord commencé le droit inférieur et le droit externe: isolément, il ne produit aucun des mouvements physiologiques de l'œil; aussi les symptômes de sa paralysie sont-ils moins nets que dans les cas précédents.

1° La déviation, surtout sensible lorsqu'on fait regarder un objet situé directement en bas, consiste en une inclinaison de l'organe en haut et en dedans (action du petit oblique, muscle antagoniste). La déviation secondaire, très appréciable, fait voir l'œil sain dirigé presque complètement en bas et en dedans.

2° La diplopie est homonyme, les deux images sont superposées; la fausse image, c'est-à-dire celle que perçoit l'œil malade, est située au-dessous de l'image perçue par l'œil sain.

3° Pour atténuer la diplopie, le malade penche la tête en bas et la dirige vers le côté sain.

C. *Paralysie de la troisième paire* (Nerf moteur oculaire commun). — Ce nerf envoie des rameaux aux muscles droits supérieur et inférieur, petit oblique, releveur de la paupière supérieure, enfin au sphincter de l'iris et au muscle ciliaire. Les symptômes sont différents suivant que la paralysie est complète ou incomplète.

1° *Paralysie complète*. — Le premier symptôme qui frappe l'observateur

1. LANDOLT, Tableau synoptique des mouvements des yeux et de leurs anomalies.

est le prolapsus de la paupière supérieure, le malade peut à peine la relever; ce mouvement s'améliore un peu lorsque l'œil sain est fermé. Une fois les paupières entr'ouvertes, le globe de l'œil semble projeté en avant, un seul mouvement reste possible, l'abduction; la pupille est dilatée, immobile, la paralysie du muscle ciliaire gêne la vision. L'œil, attiré par le droit externe, est en strabisme divergent. La diplopie, toujours très appréciable, est croisée (paralysie du muscle droit interne.)

2° Paralysies incomplètes. — Les symptômes observés sont très variables suivant que tel ou tel muscle est atteint, ou que la paralysie porte sur un seul ou sur plusieurs. Nous avons déjà parlé de la paralysie du droit interne; celle des droits supérieur ou inférieur est si facile à apprécier que nous n'insisterons pas sur son diagnostic.

Marche. Terminaison. Pronostic des paralysies musculaires. — La marche des paralysies musculaires, leur pronostic dépendent de la cause même sous l'influence de laquelle elles ont apparu. Les paralysies d'origine syphilitique, rhumatismale, diphtéritique, guérissent en général d'une façon complète et avec une rapidité assez grande. Les paralysies d'origine centrale s'améliorent aussi à la longue; mais bien rarement le muscle recouvre l'intégrité de ses fonctions. Quelle que soit l'origine du mal, toutes les fois qu'une paralysie persiste pendant un certain temps, il faut craindre de voir devenir permanente la rétraction du muscle paralysé.

Traitement. — La thérapeutique est absolument subordonnée à l'étiologie de la maladie, et nous ne pouvons avoir la prétention d'exposer ici les diverses médications applicables à chaque cas spécial. Mais en attendant le retour des mouvements, le chirurgien peut considérablement améliorer l'état du malade en supprimant ou corrigeant la diplopie, phénomène le plus désagréable de tous. Nous pouvons arriver à ce résultat par deux procédés bien simples. 1° En obturant un des yeux avec un objet quelconque (lunettes noires, dépolies, bandeau, etc.); c'est généralement l'œil malade que l'on recouvre ainsi. 2° En corrigeant la diplopie à l'aide d'un prisme approprié. D'une façon générale, on doit employer l'électricité dans le cours du traitement, c'est un agent très efficace dans les paralysies musculaires récentes, en particulier dans les paralysies d'origine rhumatismale, syphilitique, diphtéritique.

2° NYSTAGMUS

Bibliographie. — FRIEDREICH, *Greifswald. Med. Beiträge*, ij. Report, 41, p. 43, 1864. — FANO, *Ann. d'ocul.*, 1868. — GADAUD, Thèse de Paris, 1869. — BADER, *Guy's Hospital Reports*, t. XXI, 3^e série, 1876. — RAVAUD, Thèse de Paris, 1877. — DRANSART, *Ann. d'ocul.*, 1877. — WARLOMONT, *Dict. encyclop.*, 1879. — KEUSS, *Centralb. f. Aug.*, nov. 1880.

Définition. — On désigne sous ce nom un mouvement anormal et rythmique des yeux (PANAS.)

Fréquence. Forme. Symptômes. — Le nystagmus est une affection assez rare, puisque PANAS, sur un total de six mille individus atteints d'affections

oculaires, trouve seulement neuf cas de nystagmus. Le mouvement oscillatoire se produit habituellement dans le sens transversal, quelquefois cependant le globe de l'œil est animé de véritables mouvements de rotation. L'affection est le plus souvent binoculaire, les émotions exagèrent ces mouvements, qui diminuent lorsque le malade est calme. L'action du sommeil est variable; d'ordinaire le nystagmus cesse sous son influence. L'acuité visuelle des sujets atteints de nystagmus se montre toujours inférieure à la normale, toutefois ces malades sont beaucoup moins gênés qu'on ne pourrait le croire; ils ont conscience des mouvements qui animent leurs globes oculaires, sans être jamais tentés de croire que les objets se déplacent.

Étiologie. — Le strabisme est un symptôme, non une entité morbide. Sa présence dénote l'existence d'une affection des membranes ou des milieux de l'œil, ou une lésion des centres nerveux. La première variété (*nystagmus d'origine oculaire*) fréquemment congénitale, se rencontre avec l'amblyopie, la rétinite pigmentaire, l'albinisme. JAVAL a démontré que le nystagmus était parfois lié à une anomalie congénitale de la réfraction: astigmatisme régulier ou irrégulier, hypermétropie. Ce serait alors les mouvements de rotation que l'on observerait de préférence. Le nystagmus se manifeste encore à la suite des lésions acquises: taies de la cornée, cataractes. Enfin, chez les mineurs, à un âge avancé, apparaît un nystagmus spécial, dû selon toute probabilité aux efforts d'accommodation considérables que ces ouvriers sont obligés de faire, et aux positions vicieuses que leur travail nécessite.

Le nystagmus d'origine centrale, spécialement étudié par VULPIAN, GADAUD, etc., est sous la dépendance de lésions siégeant, soit sur les circonvolutions cérébrales au voisinage du pli courbe (centre moteur des muscles de l'œil), soit sur la moelle allongée, au point de jonction du bulbe rachidien avec la protubérance annulaire, point d'origine des nerfs moteurs oculaires communs et externes.

Traitement. — Il est subordonné à la cause étiologique. On examinera donc le malade avec soin; ses vices de réfraction seront corrigés s'il est nécessaire. Dans les cas de lésions des membranes ou des milieux transparents (taies, cataractes congénitales), l'iridectomie a donné des succès; DIFFENBACH, CHELIUS, BOEHM ont proposé la ténotomie. Cette opération n'a jamais donné de résultats satisfaisants.

3° STRABISME

Bibliographie. — CASTORANI, *Comptes rendus Acad. des sc.*, 20 juillet 1856. — CRITCHET, *Clin. européenne*, 1859. — DONDEES, *Arch. f. Opht.*, 1863. — GIRAUD-TEULON, *Strab. et diplopie*, Paris, 1863. — ROULET, Thèse de Paris, 1868. — JAVAL, Thèse de Paris, 1868; *Ann. d'ocul.*, 1871. — MIARD, *Journ. d'opht.*, 1872. — QUÉDEL, Thèse de Paris, 1875. — NICATI, *Tropométrie*, in *Gaz. des Hôp.*, 1877. — BOUCHERON, *Thérap. du strab.*, in *Progrès médic.*, 1880. — LANDOLT, *loc. cit.*

Définition. — On appelle strabisme toute direction anormale de la ligne visuelle de l'un ou des deux yeux (LANDOLT).

Division. — Suivant la direction occupée par l'œil dévié, le strabisme est dit : *interne* ou *convergent*, *externe* ou *divergent*, *supérieur* et *inférieur*. On l'appelle *monoculaire* ou *binoculaire*, lorsque la déviation porte sur un seul ou sur les deux yeux. Parfois elle se manifeste tantôt sur un œil, tantôt sur l'autre, le strabisme est dit alors *alterne*. Au point de vue pathogénique, il existe deux variétés : 1° le strabisme *vrai*, *fonctionnel* ou *concomitant* ; 2° le strabisme *paralytique*. Dans le premier cas, lorsqu'on examine chaque globe oculaire séparément, on constate que la motilité est parfaitement conservée sur chacun d'eux ; dans le second, il existe toujours une paralysie musculaire. Enfin, chez certains sujets, chez les hypermétropes en particulier, l'angle (α), c'est-à-dire l'angle que forme la ligne visuelle avec l'axe optique acquiert une grandeur considérable (7 à 8 degrés) ; il en résulte que si le sujet fixe un objet situé devant lui, les centres des cornées sont portés en dehors ; les lignes visuelles étant alors parallèles, il y a strabisme *apparent* ou *faux*. Il suffit, pour distinguer le strabisme faux du vrai, de mesurer l'angle α , ou bien encore de rechercher si la vision binoculaire existe ou non. Dans le premier cas, le strabisme est seulement apparent ; dans le second, il est réel.

Symptômes. Diagnostique. — Trois signes suffisent à établir le diagnostic du strabisme, et à le différencier d'avec les paralysies musculaires.

1° *Dans le strabisme, la mobilité de l'œil malade est intacte mais pervertie.* — Pour s'assurer de ce fait, il suffit de couvrir l'œil sain ; on peut voir ainsi que l'œil dévié a conservé tout son champ d'excursion ; mais les mouvements, au lieu d'être répartis proportionnellement entre chacun des muscles, sont pervertis, le muscle contracturé a toujours un champ d'excursion beaucoup plus vaste que celui de son antagoniste.

2° *La déviation primitive est égale à la déviation secondaire.* — Nous avons vu qu'il était loin d'en être ainsi dans le strabisme paralytique : aussi, bien constaté, ce symptôme suffit à lui seul pour que l'on puisse affirmer le diagnostic.

3° *La diplopie n'existe pas dans le strabisme vrai, ou du moins elle est à l'état latent.* — La diplopie étant un phénomène excessivement désagréable et gênant, le malade finit par s'habituer à faire abstraction de l'image fournie par l'œil dévié, ceci d'autant plus facilement, que cette image formée sur les couches externes de la rétine est beaucoup moins nette et moins éclatante que celle de l'œil sain. La chose est si vraie qu'en mettant devant l'œil sain un verre coloré qui diminue l'éclat de l'image perçue par cet œil, la diplopie disparaît de suite (expérience de JAVAL).

Mensuration du strabisme. — « Suivant notre définition, dit LANDOLT, le strabisme consiste en une déviation de la ligne du regard d'un œil, le degré du strabisme est donc donné par l'angle formé par la direction que la ligne du regard devrait avoir et celle qu'elle a en réalité. C'est ce que nous appelons l'angle du strabisme. L'œil tournant autour d'un centre de rotation immobile, c'est ce centre de rotation qui est le sommet de l'angle. La mesure du strabisme trouve donc son expression dans le nombre de degrés de l'angle du strabisme. »

Pour mesurer cet angle il existe deux méthodes : l'une *objective*, l'autre *sub-*

jective. Nous nous bornerons à décrire la première, de beaucoup la plus facile.

Méthode objective. — Un périmètre et une bougie sont nécessaires. L'œil dévié est placé au centre du périmètre. On prie le sujet de fixer un objet situé à 4 ou 5 mètres, sur le prolongement du rayon médian. Dans ces conditions, cette dernière ligne nous donne la direction réelle que devrait avoir le rayon visuel normal. Soit PP, le périmètre G, l'œil dévié, D l'œil droit (fig. 72). En engageant le malade à fixer le point O, GO donnera la direction que devrait avoir l'œil gauche. Il faut trouver sa direction normale, pour ce, nous promenons la

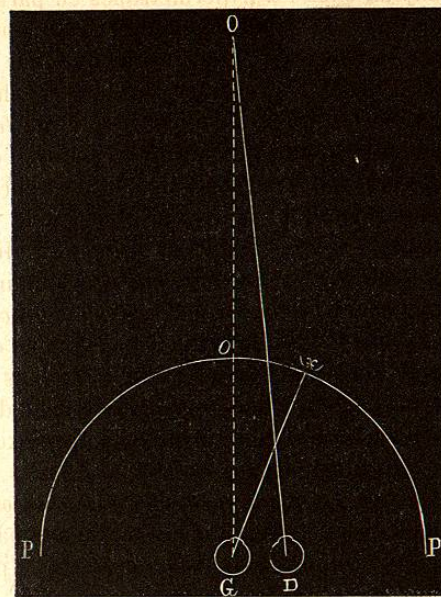


Fig. 72. — Mensuration du strabisme. (D'après LANDOLT.)

flamme d'une bougie sur le périmètre, jusqu'à ce que son image se reflète au centre de la cornée, nous obtenons ainsi une ligne Gx, qui représente non pas la ligne visuelle de l'œil dévié, mais son axe optique ; vu le peu d'amplitude de l'angle α , ces lignes peuvent sans grand inconvénient être prises l'une pour l'autre. L'arc O α représente en millimètres le degré du strabisme.

On se sert encore souvent d'instruments nommés strabomètres, sortes de règles divisées en millimètres, à l'aide desquelles on prétend mesurer le strabisme. Comme les angles ne se mesurent pas par des lignes, il faut abandonner ces évaluations grossières.

Étiologie. — Nous avons vu en étudiant la myopie et l'hypermétropie, que ces deux états se compliquaient souvent l'un de strabisme divergent, l'autre de strabisme convergent. Ainsi, sur cent soixante-deux cas de strabisme convergent, DONDELS a trouvé cent trente-trois hypermétropes. Les états amétropiques

sont en effet la cause la plus commune du strabisme; d'autres phénomènes interviennent encore, en particulier la prépondérance congénitale de tel ou tel muscle. Enfin on a fait jouer un certain rôle aux taies de la cornée, au leucome, aux cataractes congénitales (strabisme optique de J. GUÉRIN), leur influence est loin d'être parfaitement établie.

Traitement. — Lorsque le strabisme est de date récente, en corrigeant la réfraction à l'aide de verres convenables, en faisant exécuter au muscle antagoniste une gymnastique rationnelle à l'aide de prismes, du stéréoscope, on peut espérer améliorer cette infirmité; mais lorsque la déviation est très marquée, ou que les lésions sont anciennes, il faut le plus souvent en venir à la strabotomie.

LIVRE IV

MALADIES DE L'OREILLE

Bibliographie générale. — *Principaux traités sur les maladies de l'oreille.* — ITARD, *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, Paris, 1821 et 1842. — HUBERT-VALLE-ROUX, Paris, 1846. — KRAMER (W.), Traduction MÉNIÈRE, 1848. — TRIQUET, 1856. — BONNAFONT, 1860 et 1873. — TRIQUET, *Leçons cliniques*, 1863-65. — DE TRÖLTSCH, *Maladies de l'oreille*, Traduction SEIGEL, Paris, 1868; Traduction KUHN et LÉVY, 1870. — MIOT, *Traité pratique*, 1871. — TOYNBEE, Traduction DARIN, 1874. — URBANTSCHITSCH, Traduction CALMETTES, 1881. — Article OREILLE du *Dict. encyclopédique*, par LADREIT DE LACHARRIÈRE, 1882 (Bibliogr. très complète). — POLITZER, Traduction JOLY, 1884.

Consultez en outre les Classiques : en particulier le *Traité* de FOLLIN et DUPLAY.

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION DE L'OREILLE

Bibliographie. — MÉNIÈRE, *Gaz. méd.*, 1840. — *Auscultation appliquée au diagnost. des mal. de l'oreille*, in *Bull. Acad. de méd.*, t. XXII, p. 731, et *Gaz. méd.*, 1859. — GENDRIN, SCHNEPP, *Auscultation, etc.*, *Acad. des sc.*, 1856. — GELLÉ, *Bull. Acad. de méd.*, 1868, *Explor. de l'oreille moyenne par l'endoscope.* — LÉVY, *Explor. de l'oreille à l'état phys. et path.*, Paris, 1872. — COOPER, *On a New Aural. Bill. Speculum*, in *Med. Times and Gaz.*, 1878.

Thèses de Paris. — 1871, MIOT. — 1877, SERVET.

L'exploration de l'oreille se fait à l'œil nu ou à l'aide d'instruments spéciaux.

L'examen à l'œil nu nous renseigne sur l'état du pavillon et de la première partie du conduit auditif externe. En portant fortement le pavillon de l'oreille en arrière de façon à redresser la courbure normale du conduit, on parvient, chez quelques sujets, à éclairer le conduit jusque dans sa profondeur, et même à apercevoir une partie de la membrane du tympan. Si l'on veut obtenir des

1. Toutes nos figures sont empruntées au traité des *Maladies de l'oreille* de POLITZER (trad. Joly. (O. Doin, édit., 1884.)