

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.)

renseignements plus précis et surtout étudier les maladies de la membrane du tympan ou de la caisse, il faut avoir recours aux spéculums. Les spéculums sont pleins ou bivalves, c'est aux premiers que nous donnons la préférence. Pour les besoins de la pratique, il est nécessaire d'en avoir plusieurs, de calibres divers (fig. 75). On les introduira toujours avec beaucoup de douceur, en ayant soin de porter au préalable le pavillon en arrière. A l'éclairage solaire, d'ordinaire insuffisant, on substitue avec avantage un faisceau de lumière fourni par une lampe, qu'à l'aide d'un miroir on projette dans le conduit auditif. S'il est besoin d'avoir les mains libres, on peut se servir d'un réflecteur que l'on adapte sur le front avec une bande de tissu

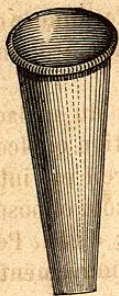


Fig. 73. — Spéculum de WILDE.

élastique. (TRÖLTSCH), ou que l'on assujettit sur le milieu d'une monture de lunettes (DUPLAY). Ces miroirs sont percés d'un trou en leur centre comme les miroirs ophtalmoscopiques, on les emploie, du reste, de la même façon.

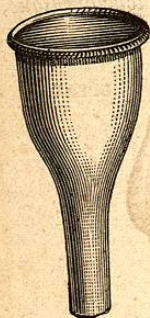


Fig. 74. — Spéculum d'ERHARD.

Pour faciliter cet examen on a imaginé d'autres instruments nommés *otoscopes* : le meilleur, bien qu'il laisse beaucoup à désirer, est l'otoscope anglais de BRUNTON, qui a l'avantage de grossir les objets. (On désigne encore sous le nom d'otoscope des tubes qui permettent l'auscultation de l'oreille). Avec le spéculum ou les divers otoscopes, il est facile de voir la membrane du tympan, mais nous n'avons aucun renseignement sur sa mobilité et son état de tension. C'est pour combler cette lacune qu'en 1864, SIEGLE (de Stuttgart) a imaginé de fermer par une lame de verre l'extrémité évasée d'un spéculum, et d'adapter sur la paroi latérale un tube en caoutchouc par lequel on peut à volonté faire le vide ou laisser pénétrer de l'air dans le conduit auditif (fig. 76). Il est possible dès lors de faire mouvoir la membrane du tympan et de constater si elle est libre ou adhérente. Cet instrument porte le nom de spéculum pneumatique, et rend chaque jour les plus grands services.

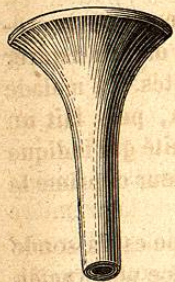


Fig. 75. — Spéculum de POLITZER en caoutchouc durci.

Ces premières notions étant acquises, tant pour le diagnostic des lésions de l'oreille moyenne ou interne que pour leur traitement, il est nécessaire de savoir si la trompe d'Eustache est perméable ou non. Divers procédés sont employés pour arriver à ce résultat. Ils portent en général le nom de leurs inventeurs : procédé de VALSALVA, procédé de POLITZER, procédé de TOYNBEE, catéthérisme).

A. *Procédé de VALSALVA*. — Le malade, dans ce procédé, fait pénétrer lui-

même l'air dans ses trompes. Après une inspiration profonde, la bouche et les narines étant fermées, il fait une expiration forte et prolongée, l'air accumulé dans la cavité buccale et le pharynx pénètre dans la trompe si elle est perméable, puis arrive dans l'oreille moyenne où sa présence détermine le claquement du tympan, une sensation de plénitude de la caisse et un bourdonnement particulier.

B. *Procédé de POLITZER*. — Ce ne sont plus les poumons du malade qui lancent la douche d'air, mais bien un instrument à insufflation quelconque, une poire en caoutchouc, par exemple. L'embout de l'appareil est introduit dans une narine, le malade ou le chirurgien obture celle du côté opposé en la pressant avec le doigt. On fait avaler au patient une gorgée d'eau. Pendant l'acte de la déglutition, nous savons que, par une série de mouvements spé-

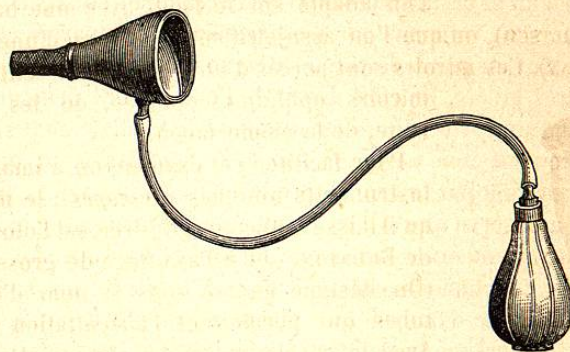


Fig. 76. — Spéculum de SIEGLE avec poire à insufflations.

ciaux, l'orifice postérieur du pharynx est oblitéré. Au moment où le malade déglutit, on presse sur la poire, l'air pénètre dans les fosses nasales et leur arrière-cavité dont il ne peut sortir, aussi, trouvant béant l'orifice de la trompe, il s'introduit dans l'oreille moyenne.

C. *Procédé de TOYNBEE*. — Ce procédé est absolument l'inverse des précédents, en ce sens qu'au lieu d'insuffler de l'air dans les caisses, on fait aspirer par le patient celui qui est normalement contenu dans ces cavités. Le malade ferme la bouche et le nez, comme dans le procédé de VALSALVA, puis fait un mouvement de déglutition. Il se produit une sensation de vacuité qui indique que l'air a été aspiré, en même temps la pression de l'air extérieur déprime le tympan.

D. *Insufflation directe. Catéthérisme*. — Une sonde dont le type est la sonde d'ITARD est introduite par les fosses nasales jusque dans l'orifice pharyngien de la trompe; puis à l'aide d'un appareil, par cette sonde on lance directement dans la trompe de l'air ou des vapeurs médicamenteuses. Il est nécessaire d'avoir, pour ces manœuvres, une série de sondes de divers calibres.

Le passage de l'air dans la trompe, sa pénétration dans la caisse, déterminent des bruits différents suivant l'état de ces organes. Le chirurgien peut

parfaitement s'en rendre compte en prenant un tube en caoutchouc dont une des extrémités est introduite dans le conduit auditif externe de l'oreille à examiner, l'autre dans le conduit auditif du chirurgien. Cette petite opération constitue l'auscultation de l'oreille.

Pour compléter la série des renseignements qui peuvent être nécessaires, il faut ensuite étudier l'état de la fonction et voir si l'acuité auditive est normale ou altérée. Cet examen se fait à l'aide d'une montre ou du diapason. Ces instruments sont d'abord tenus à la distance maxima de la portée auditive, puis on les rapproche graduellement jusqu'à ce que le malade distingue nettement le tic-tac ou le son. On mesure alors cette distance à l'aide d'un ruban métrique répétant ensuite cette expérience sur un sujet sain, on peut évaluer l'état de l'acuité auditive.

La montre et le diapason peuvent être employés d'une autre manière. On applique directement ces instruments sur le crâne, et l'on recherche de quelle façon les bruits sont transmis par l'intermédiaire des parois crâniennes. On obtient ainsi, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic, des renseignements très précis. En effet, *LUCÆ* et *POLITZER* ont démontré que les os du crâne, quand un corps sonore est appliqué immédiatement sur eux, transmettent directement une partie du son à l'épanouissement du nerf auditif, l'autre partie arrivant par la voie naturelle (chaîne des osselets, labyrinthe).

De plus, on a observé que si l'on bouche légèrement les conduits auditifs, le son est beaucoup mieux entendu que lorsqu'ils sont ouverts. De là un certain nombre de conclusions pratiques. Si, par exemple, un sujet déclare ne pas entendre le tic-tac d'une montre placée à quelque distance de son oreille et l'entend encore lorsque la montre est appliquée sur le crâne, il faut en conclure que le labyrinthe est intact, et que la lésion siège dans une des parties de l'appareil conducteur, etc. De là aussi, plusieurs méthodes employées pour déjouer la simulation de surdité si fréquente dans l'armée, mais sur lesquelles le cadre de cet ouvrage ne nous permet pas d'insister.

Il faut savoir toutefois que les aptitudes des sujets pour la perception des sons et des bruits ne sont pas toujours en rapport direct. Ainsi, tel sujet qui peut encore percevoir d'une façon convenable le tic-tac d'une montre, entend fort mal les paroles; tel autre, au contraire, peut suivre une conversation continue, et ne pas percevoir le tic-tac de la montre. L'examen de la sensibilité auditive doit donc porter sur la perception des sons et des bruits. Depuis longtemps, les médecins se sont préoccupés d'avoir un appareil qui leur permit d'évaluer plus exactement la diminution de l'acuité auditive. La montre et le diapason sont en effet très défectueux, parce que ces instruments ne donnent pas tous le même bruit et le même son, ensuite parce que la distance minima à laquelle ils sont entendus est toujours d'une mensuration difficile. Sans vouloir examiner les différentes phases par lesquelles a passé la question, nous nous bornerons à signaler les progrès accomplis depuis l'application de l'électricité à cette mensuration. Deux audiomètres ont été construits successivement : 1° par un électricien anglais, *HUGHES*; 2° par *GAIFFE*, sur les indications de *LADREIT DE LACHARRIÈRE*. Ce dernier appareil nous semble particulièrement commode (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, t. VIII, 1882, p. 134).

## CHAPITRE II

## MALADIES DU PAVILLON DE L'OREILLE

§ 1<sup>er</sup>. — Lésions traumatiques et inflammatoires1<sup>o</sup> CONTUSIONS. — PLAIES

Les contusions du pavillon de l'oreille ont été observées assez fréquemment. La situation superficielle de cet organe, et le voisinage de la boîte crânienne contre laquelle il est comprimé par le traumatisme, expliquent cette particularité. Suivant la violence de la contusion on constate une simple rougeur, un gonflement des téguments, et même des épanchements sanguins sous-cutanés. Le cartilage qui constitue le squelette de la région est parfois fracturé.

Les plaies du pavillon de l'oreille peuvent être produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants. Les morsures sont loin d'être rares; leur gravité est très variable, une partie notable de l'organe peut parfaitement être sectionnée par ce mécanisme. Ces différentes solutions de continuité guérissent en général avec facilité, la guérison par première intention est toujours la règle, pourvu que l'on intervienne en temps opportun.

**Traitement.** — Les contusions du pavillon de l'oreille demandent simplement l'application de compresses résolatives. Si le cartilage a été fracturé, il faut avoir soin de remettre en place les fragments, et pour maintenir la réduction, d'appliquer le pavillon contre la tête à l'aide d'un bandage. L'esthétique exige que l'on tente toujours la réunion dans les plaies du pavillon de l'oreille, quelle que soit du reste l'étendue du traumatisme. Dans les cas de plaies contuses, après avoir avivé les bords de la solution de continuité, on procédera de la même manière. En agissant ainsi, l'un de nous a pu restaurer l'oreille d'un ivrogne qui, dans une chute, avait eu son cartilage complètement dénudé, les parties molles avaient été retournées comme un doigt de gant.

Dans toutes ces circonstances, il faut appliquer un bandeau contentif, et prendre la précaution d'isoler le pavillon du crâne par une légère couche d'ouate pour éviter la formation d'adhérences; l'appareil sera modérément serré.

2<sup>o</sup> ÉRYTHÈME

L'érythème du pavillon est une affection assez commune, qui s'observe particulièrement chez les enfants dits scrofuleux. L'intensité plus grande de la maladie pendant la saison froide lui a fait donner par *TRIQUET* le nom d'engelure, que lui a conservé *LADREIT DE LACHARRIÈRE*.