

CHAPITRE II

MALADIES DU CONDUIT AUDITIF.

ARTICLE I

Anomalies du conduit auditif.

§ 1. — DUPLICITÉ DU CONDUIT AUDITIF.

On s'est demandé bien souvent s'il pouvait exister des conduits auditifs doubles. A la rigueur cette anomalie peut se rencontrer, et ne serait pas plus extraordinaire que bien d'autres qui ont été observées ailleurs. Toutefois, je n'ai jamais vu aucun vice de conformation qui ressemblât à cette anomalie, et les nombreux praticiens que j'ai consultés n'ont pas été plus heureux que moi. Je crains bien que l'oreille double, citée par Blandin, soit un fait, si toutefois il est vrai; exceptionnel, et qui ne saurait être pris en très-sérieuse considération.

§ 2. — INFLEXIONS DU CONDUIT ET VARIÉTÉS DE SON CALIBRE.

Les anomalies que l'on rencontre assez fréquemment, consistent dans les diverses inflexions que présente ce tube, ainsi que dans les variétés de son calibre; les rétrécissements, soit par le gonflement de la peau, soit par le rapprochement des parois osseuses; les oblitérations par rétrécissement du conduit ou par la formation d'une cloison plus ou moins épaisse ou mince, qui siègerait à l'entrée ou dans les régions plus profondes de ce tube, et que quelques auteurs ont confondu avec un second tympan.

Il est essentiel de se rappeler comment le conduit auditif est constitué aux différents âges de la vie; Lenoir a constaté que: « sur un nombre considérable de temporaux secs et frais, l'orifice du conduit auditif externe, dont la forme se rapproche d'autant plus de celle d'une ellipse qu'on l'observe sur des sujets plus jeunes, a toujours chez les enfants son plus grand

diamètre dans une direction parallèle à celle de l'apophyse zygomatique, et par conséquent presque transversale à celle de l'axe du corps; tandis que chez les adultes, et à plus forte raison chez les vieillards, ce diamètre est parallèle à la direction de cet axe. »

En d'autres termes, une ligne qui passerait par le plus grand diamètre de l'ellipse que représente le conduit auditif externe ferait avec l'horizon un angle presque droit chez l'adulte, tandis que, chez l'enfant, elle ferait, avec ce même horizon, des angles d'autant plus aigus qu'on se rapprocherait davantage de l'état fœtal. Il résulte de cela, selon Lenoir, que, si l'on avait à extraire un polype de conduit auriculaire sur un enfant, et qu'on dût se servir de pinces, il faudrait introduire les mors de celles-ci, l'un en avant et l'autre en arrière; tandis que, sur un adulte ou sur un vieillard, il faudrait porter l'un en haut, l'autre en bas; et, si l'on se servait d'une curette ou d'un crochet pour extraire un corps étranger sur un enfant, ce n'est pas la paroi inférieure ou supérieure du conduit qu'il faudrait faire suivre à l'instrument, comme chez l'adulte, mais bien sa paroi postérieure; car, à cet état, c'est en arrière que se trouve placée la plus grosse partie de l'ellipse qui représente l'entrée du conduit auditif externe. Voici, à cet égard, un passage de Morgagni qui mérite d'être cité :

« D'un autre côté, j'ai discuté longuement, et avec quelque soin (1), ce qui a rapport à l'observation III^e, extraite du même Fabrice. Celui-ci avait trouvé deux fois, sur de petits enfants, une autre membrane ajoutée extérieurement à celle du tympan. Elle était très-épaisse et très-forte, et devait devenir ensuite la cause de la surdité. Cependant d'autres auteurs ne doutèrent pas que cette membrane ne fût la même que celle qui est commune à tous les enfants, et qui fut observée après par Kerckring, Winslow, et ensuite par Ruysch, Drak et d'autres savants. Mais, comme ces derniers prétendaient que c'était une expansion de l'épiderme, et que les cinq premiers la décrivaient comme une membrane mucilagineuse blanchâtre, muqueuse, diffluyente et épaisse; j'ai trouvé que les uns et les autres avaient raison, mais qu'ils avaient considéré la chose

(1) Morgagni, *Cinquième lettre anatomique*, n. 1 et seq. usq. adm.

BIBLIOTHECA
CIV. MED. LANT.

sous différents rapports ; car, d'une part, une expansion légère de l'épiderme forme, sur le fœtus comme sur les adultes, la lame externe de la membrane du tympan ; et, de l'autre part, celle-ci se trouve couverte, particulièrement chez les fœtus et les enfants nouveau-nés, par un tégument d'une matière molle. Comme j'ai démontré que cette matière est la même que la matière sébacée dont la peau du fœtus est couverte, vous voyez combien il est facile de concevoir que ce tégument se dessèche et tombe plutôt que de se changer, sur quelques sujets, en une membrane très-épaisse et très-forte, effet auquel l'épiderme est beaucoup plus propre.

« J'ai jugé à propos de parler ici de cet objet succinctement, afin que vous sachiez quelle est mon opinion sur cette dernière et en même temps pour que, si jamais vous voyez que je sois mis au nombre de ceux qui ont prétendu que cette espèce de membrane, que l'on trouve placée sur celle du tympan des nouveau-nés, n'est autre chose que l'épiderme, vous puissiez relire les endroits de mes lettres que j'ai cités. Je désirerais que vous fissiez cela partout où vous vous apercevrez que j'ai été forcé de revenir sur certains points, comme je l'ai fait (n° 11) plus haut pour l'observation V°, dans la crainte que vous ne manquiez moins à Valsalva ou à moi qu'à la vérité même (1). »

§ 3. — RÉTRÉCISSEMENT DU CONDUIT.

Les rétrécissements du conduit auditif peuvent, comme je l'ai déjà dit, siéger à l'orifice, et dépendre assez souvent de ce que le tragus et l'antitragus, déprimés au devant de lui, empêchent les ondes sonores d'y pénétrer librement.

On remédie à ce vice de conformation, soit en introduisant dans le conduit des canules ou de l'éponge préparée, soit en employant tout autre moyen ayant la faculté de tenir ces deux éminences éloignées l'une de l'autre. Quelques médecins ont proposé de faire la section de ces deux éminences ; j'ignore jusqu'à quel point ce procédé peut être favorable, attendu que, lorsqu'il y a rapprochement de ces deux parties de l'oreille, il

(1) J. B. Morgagni, *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, t. II, p. 332.

y a rétrécissement du conduit ; or les moyens que je viens de proposer réussissant toujours quand leur application est bien dirigée, il devient fort inutile d'avoir recours à une opération sanglante, alors que les résultats ne doivent pas être plus satisfaisants. Dans l'intérieur du conduit, le rétrécissement peut être occasionné par le gonflement de la peau. Itard prétend que le gonflement du cartilage est souvent pour beaucoup dans le rétrécissement du conduit ; mais on sait combien ce tissu est peu susceptible de se gonfler, si on en juge par la rareté de cet épaissement dans les cas pathologiques où le tissu cartilagineux domine. Ayant été à même de constater un assez grand nombre de ces rétrécissements, j'ai toujours remarqué que la peau les formait à l'extérieur, tout près du méat, tandis que, plus loin, ils étaient presque toujours le résultat du rapprochement des parois osseuses.

Itard avance encore que le gonflement du cartilage résulte souvent d'une affection dartreuse. Ici encore je diffère de l'opinion de ce praticien, en ce que les dartres qui siègent dans le conduit de l'oreille ne peuvent affecter que la peau, laquelle est souvent si gonflée, épaissie et endurcie, qu'en la touchant avec un stylet, elle présente une résistance et une dureté telles qu'elles ont pu induire en erreur l'ancien médecin des sourds-muets.

Quelquefois le rétrécissement, formé par le rapprochement de la peau, est si complet, qu'on a de la peine à faire pénétrer un petit stylet à travers ; d'autres inconvénients résultent encore de cet obstacle et méritent une sérieuse attention : ce sont les sécrétions morbides qui s'échappent de la surface malade, et qui, au lieu de s'épancher à l'extérieur, restent derrière l'obstacle, y séjournent, s'y accumulent au point de former une espèce de bouchon qui peut comprimer la membrane du tympan, l'enflammer et provoquer enfin sa destruction, si on ne se hâte de remédier à cet état de choses.

Les rétrécissements du conduit auditif, quelle que soit la cause qui les ait produits, sont toujours très-difficiles à guérir, et cela parce que les malades supportent difficilement l'emploi des moyens qu'il faut mettre en œuvre. S'il ne s'agissait, en effet, que d'ouvrir le conduit, l'éponge préparée, les canules, etc., pourraient suffire ; mais malheureusement les parties placées

sous la peau supportent difficilement la compression exercée par ces corps dilatants, et la douleur qu'ils produisent oblige bien vite à en suspendre l'emploi. On verra plus loin les perfectionnements que j'ai introduits, en pareil cas, dans les procédés opératoires et les heureux résultats obtenus.

Quand ces moyens directs n'ont pas de succès, Itard propose de les remplacer par une médication révulsive dirigée tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Je partage cet avis, et je crois même que, lorsqu'on est certain que la maladie peut être entretenue par un vice dartreux, il est indispensable d'attaquer ce vice par une médication appropriée, même avant d'essayer aucun traitement local, à moins qu'il n'y ait urgence.

La maladie herpétique des oreilles est très-commune; je l'ai vue bien souvent guérir par le seul effet d'une médication interne, et en bornant les moyens locaux à de simples moyens de propreté.

§ 4. — IMPERFORATION DU CONDUIT.

On cite nombre d'enfants venus au monde avec une absence complète du pavillon de l'oreille. Dans ce cas, le conduit auditif serait non-seulement imperforé à son orifice externe, mais manquerait aussi en totalité. Itard prétend que les enfants qui naissent avec ce vice de conformation nesont pas viables. J'ai rencontré un seul cas de ce genre. Je fus appelé en consultation, en 1844, pour aller voir à Issy un enfant qui n'avait ni pavillon de l'oreille ni conduit auditif; toutefois la partie de la peau qui correspondait à l'ouverture du méat externe était légèrement plissée et présentait un petit enfoncement. Afin de m'assurer si le conduit s'était conservé derrière cet obstacle, je cherchai, en traversant la peau avec une aiguille à acupuncture, à constater s'il y avait un vide derrière l'obstacle cutané; mais j'eus beau varier les points, l'aiguille rencontra constamment une résistance osseuse; d'où je conclus que ce vice de conformation était irremédiable. J'essayai aussi de constater si le nerf auditif était sensible à quelques sons qui lui arrivaient par le contact du diapason sur les différentes parties du crâne; mais l'enfant était trop jeune et ne put donner aucun renseignement exact, malgré la variété que nous mimes à nos expé-

riences. Cet enfant est mort huit mois ou un an après, et a confirmé ainsi l'opinion d'Itard.

Quelques praticiens ont aussi prétendu que, lorsque les conduits auditifs sont conservés, et que, dans l'absence du pavillon de l'oreille, la peau passe sur leur orifice de manière à les obstruer hermétiquement, cet obstacle ne porte pas une atteinte absolue au mécanisme de l'audition, puisque les individus, au dire de certains praticiens, peuvent encore entendre. Cooper cite un enfant entièrement privé du pavillon et de conques auditives, chez lequel aucune trace n'existait à l'extérieur du conduit, que la peau seule recouvrait en passant; cet enfant, malgré cette difformité, entendait assez pour surprendre les médecins qui furent à même de l'examiner.

Arrivé aux imperforations et oblitérations du conduit auditif, Aug. Bérard dit, qu'en l'absence congénitale du pavillon, si le conduit auditif existe, il est bouché à l'extérieur par la peau qui, au lieu de s'enfoncer dans le canal, se termine en un cul-de-sac plus ou moins profond. Alors, en portant dans cette cavité le bout du doigt ou une sonde mousse, on sent une certaine élasticité qui décèle l'existence du conduit auditif; il est probable, au contraire, que le canal manque complètement si l'on sent de la résistance et de la dureté. Il est donc utile de faire une exploration attentive, afin de s'assurer de la présence ou de l'absence de conduit; car, ainsi qu'on le conçoit, une opération, ayant pour but de perforer la peau, n'amènerait aucun résultat dans le second cas. Néanmoins, même dans l'incertitude, le chirurgien doit encore tenter cette opération. Pour cela, à l'aide d'un bistouri, il divise la peau au fond du cul-de-sac; ou, s'il n'y en a pas, là où doit exister naturellement le conduit, le défaut de résistance avertit qu'on pénètre réellement dans un canal. On enlève une portion de la membrane obturatrice, et on dilate l'orifice à l'aide d'une tente de charpie ou d'une canule jusqu'à parfaite cicatrisation. Si l'instrument ne trouve pas de vide, même à la profondeur de quelques lignes, il faut s'arrêter, car alors il est certain qu'il y a absence congénitale du conduit.

En d'autres cas, l'imperforation congénitale consiste en une simple membrane placée de champ à l'orifice du canal ou à une distance plus ou moins profonde. Cette variété est moins

fâcheuse que la précédente; le pavillon est alors bien développé, et le conduit existe également. Pour reconnaître la membrane, il suffit de plonger la vue dans le canal en redressant sa courbure naturelle; mais il importe de bien s'assurer de sa situation. Si elle siège à l'orifice et superficiellement, le moyen est simple pour la détruire. A l'aide d'un bistouri étroit ou d'un petit trois-quarts, on divise la cloison, on enlève les angles de l'ouverture, et on place, comme précédemment, une tente ou une canule. Mais, si la cloison est profonde, voisine de la membrane du tympan à laquelle elle est quelquefois accolée, l'opération est plus délicate. Il faut craindre alors de diviser en même temps la membrane tympanique, et le chirurgien a besoin de déployer beaucoup d'adresse et d'habileté. C'est pour éviter cet accident que plusieurs auteurs conseillent, au lieu de bistouri, l'emploi de la cautérisation. Leschevin, par exemple, propose de fixer un morceau de nitrate d'argent dans un petit tuyau de plume, et de le porter directement sur le centre de la cloison au moyen d'une canule. On peut laisser le caustique plus ou moins de temps, et en répéter l'application, selon la résistance et la densité de la membrane à détruire.

Boyer et Itard adoptent cette pratique.

Il est certain cependant qu'on n'est pas maître de diriger à son gré l'action du caustique. Si la cloison est adossée à la membrane du tympan, comme il paraît en exister des cas, comment se flatter de ménager constamment celle-ci, même par le caustique? Je serais porté à croire que ce conseil est plutôt inspiré par la théorie que rigoureusement dicté par la pratique; et d'ailleurs, de deux choses l'une: ou l'enfant n'est pas sourd, et il ne faut rien faire alors; ou il est sourd, et dans ce cas on sait que la destruction de la membrane tympanique pourrait augmenter la surdité si elle n'entraînait pas l'abolition de l'ouïe. Je préfère donc l'action d'un bistouri guidé par une main prudente à l'usage d'un caustique qui, étendant trop son effet, peut amener une inflammation de la caisse et une otite interne.

« Outre cette cloison congénitale qui oblitère le canal auditif, on trouve quelquefois, dit Itard, des membranes accidentellement développées, des adhérences au pourtour de l'orifice ou dans la profondeur du canal, à la suite de brûlures ou d'ul-

cères. Il en résulte, comme précédemment, l'imperméabilité aux ondes sonores, et, par conséquent, la chirurgie doit également s'en occuper: du reste, l'indication est la même à remplir. On combinera le débridement avec l'usage des moyens dilatants (1). »

L'observation suivante prouvera d'ailleurs, mieux que ce que j'ai dit, les soins qu'il faut apporter dans l'inspection de l'oreille et de l'ouïe avant de se décider à opérer cette première; elle permettra aussi d'apprécier le procédé que j'ai mis en usage.

OBSERVATION I. — ÉLISA R..., âgée de 12 ans, me fut présentée pour un écoulement purulent qu'elle avait depuis six ans à l'oreille droite, et qui, à certaines époques, la rendait complètement sourde. Son état affectait d'autant plus ses parents que la cophose congénitale de l'autre oreille dépendait, selon plusieurs médecins qu'elle avait consultés, de la paralysie des nerfs auditifs. Examinés avec mon appareil, je découvris, du côté droit, des ulcérations sur toute l'étendue de la membrane du tympan, qui était rouge et considérablement épaissie. Le conduit auditif participait un peu à cette inflammation, et présentait quelques points ulcérés au voisinage de la membrane. La suppuration qui s'en écoulait était purulente, fétide et faisait craindre une carie de l'os; son abondance était telle, que tous les matins l'oreiller en était inondé. La santé de la jeune malade, fortement ébranlée par cet exutoire intarissable, approchait presque du marasme. Inutile de dire que les parents n'avaient rien négligé pour obtenir la guérison de l'otorrhée contre laquelle plusieurs traitements avaient complètement échoué.

Quant à la surdité du côté gauche, depuis longtemps les médecins consultés l'avaient jugée au-dessus des ressources de l'art.

Ce fut le 6 février que je vis pour la première fois la jeune malade, dont la santé débile était plus altérée peut-être par le régime sévère et les nombreux exutoires qu'on avait longtemps entretenus à la nuque, aux bras et derrière les oreilles, que par l'influence de la maladie: aussi la mère reçut-elle, avec une grande satisfaction, l'espérance que je lui donnai d'une guérison prochaine. Ne m'était-il pas facile, en effet, dès lors que je pouvais voir les ulcérations de la membrane, de juger par le toucher du degré de son épaississement, de sa consistance et de sa sensibilité, de porter un pronostic presque certain sur les chances d'un traitement qui ne m'avait

(1) Itard, *Dict. de méd.*, t. XXII, p. 352 et suiv.

BIBLIOTHECA
MUSEI M. P. A. N. I.

jamais failli dans des circonstances semblables ? Au bout d'un mois et demi, après plusieurs cautérisations et des injections émollientes rendues insensiblement résolutive et astringentes selon la nature de l'ulcération, et l'établissement d'un vésicatoire à la nuque, la suppuration avait disparu ; les ulcérations étaient cicatrisées, et la membrane du tympan avait recouvert presque toute son élasticité normale.

L'ouïe suivit toutes les phases de cette amélioration, et devint parfaite quand le conduit auditif et la membrane du tympan furent délivrés des différentes lésions qui, en paralysant leurs fonctions, s'opposaient à la transmission des sons jusqu'à la caisse, et constituaient ainsi la cause principale de la surdité.

Mais cette observation, quoique fort intéressante par ses résultats, n'est pas celle sur laquelle je veux fixer l'attention des praticiens.

La suivante présente un intérêt bien plus grand, selon moi, puisqu'il s'agit, non de rétablir l'audition, car cette oreille n'avait jamais joui de la faculté d'entendre, mais bien de la lui donner, malgré le jugement de quelques médecins qui avaient prononcé son incurabilité. La mère, dans la joie du succès inespéré que je venais d'obtenir sur l'oreille droite, me pria cette fois de voir s'il ne serait pas possible de faire quelque chose pour la gauche. Il faut bien remarquer que jusqu'alors elle s'était opposée à toute exploration.

Un examen superficiel ne faisait rien remarquer qui pût porter obstacle à l'ouïe. Le pavillon de l'oreille était bien conformé, et le conduit auditif, vu avec le speculum d'Itard et les rayons solaires, semblait se terminer par la membrane du tympan. Je dis semblait, parce que nous verrons tout à l'heure que ce qu'on avait pris pour la membrane du tympan n'était que le cul-de-sac formé par une imperforation congéniale, située presque immédiatement au devant de la membrane dont l'aspect blanchâtre en avait imposé aux médecins qui avaient examiné trop superficiellement cette oreille. Une fois l'imperforation bien constatée, je cherchai, à l'aide d'un stylet, à mesurer son degré d'épaisseur en pressant sur tous les points de l'obstacle. La grande résistance que je rencontrai, et le peu de sensibilité produit par la pression un peu forte, me firent supposer que si l'obstacle était charnu, son épaisseur devait être assez considérable, tandis que la presque insensibilité pouvait aussi faire croire que l'oblitération était due au rapprochement des parois du conduit, et rendre ainsi toute opération impossible.

Pressé cette fois par le désir de la mère et de la jeune fille de faire tout ce qui dépendrait de moi, je me décidai à tenter la per-

foration du conduit. Mais, je crus devoir faire subir quelques modifications aux procédés connus.

Deux indications principales me paraissent devoir être remplies avant de porter l'instrument dans l'oreille, autant pour ménager des douleurs au patient, que pour éviter un résultat équivoque.

La première indication consiste à s'assurer du degré de sensibilité du nerf auditif, afin de juger s'il est encore apte à profiter des bénéfices de l'opération, et de percevoir les sons qui pourront l'impressionner. Si on évite d'établir ce point essentiel du diagnostic, on aura beau détruire l'obstacle qui s'oppose à la transmission des ondes sonores, la surdité n'en persistera pas moins, et le malade en sera pour des douleurs qui laisseront une impression d'autant plus mauvaise que les parents fondent toujours de grandes espérances sur le résultat de pareilles opérations, si légères que soient les promesses de l'opérateur. Je le répète, et j'aime à insister sur ce point parce qu'il est très-essentiel, aucune opération ne doit être tentée en pareil cas, si le nerf auditif ne donne pas quelques signes de sensibilité.

La seconde indication qu'il importe de remplir consiste à reconnaître, avant de procéder à l'opération, la nature des tissus qui forment la cloison, et leur degré d'épaisseur. Ils peuvent être : 1° osseux ; 2° cartilagineux ; 3° charnus ; 4° simplement membraneux quand la peau seule oblitère le conduit. Les auteurs conseillent : 1° d'y pratiquer une incision cruciale, pourvu toutefois que l'obstacle ne soit pas trop éloigné du méat du conduit auditif ; 2° de continuer l'opération si les tissus sont de nature à être divisés ; 3° de la suspendre si, après la première incision, la pointe de l'instrument rencontre une surface osseuse. Tous s'accordent, dans les cas où le diagnostic présente la plus grande incertitude, pour conseiller l'incision des téguments. Une chose digne de remarque est le peu de soin qu'on a pris pour s'assurer si le nerf a conservé assez de sensibilité pour que le malade soit soumis aux chances de l'opération.

Voici le procédé que j'ai suivi et à l'aide duquel j'ai pu, sans occasionner trop de douleur, reconnaître la nature ainsi que l'épaisseur du tissu qui formaient la cloison.