

relet tubaire tandis qu'on la retire d'un centimètre en avant approximativement (deuxième temps). Ce ressaut bien senti, on relève d'un quart de cercle le bec de l'instrument pour entrer dans l'orifice de la trompe (troisième temps). On est sûr d'y avoir pénétré si la sonde résiste aux petites poussées qu'on cherche à lui imprimer d'avant en arrière ou d'arrière en avant et surtout si son bec ne peut être tourné vers le haut du naso-pharynx, retenu qu'il est dans l'orifice eustachien. Ce procédé est des plus sûrs, encore qu'entre les mains des débutants il irrite assez la muqueuse.

2° *Procédé du voile du palais* (Kramer, Krause, Tillaux). — La sonde est conduite, bec en bas, le long du plancher nasal jusqu'à ce

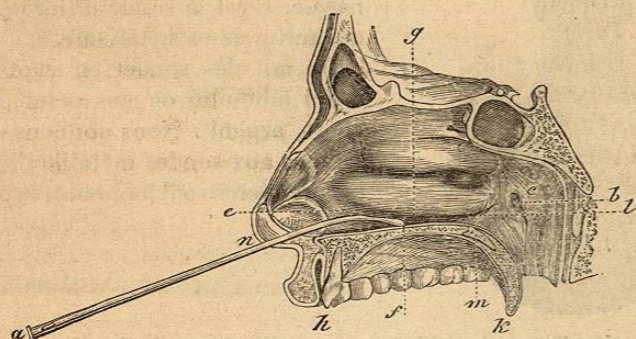


Fig. 89. — Coupe antéro-postérieure médiane des fosses nasales et du pharynx vue de la paroi externe des cavités. — a, sonde ou cathéter montrant le plancher des fosses nasales, et le sillon horizontal formé sous le cornet par la rencontre du plancher et de la paroi externe des fosses nasales; — b, orifice de la trompe d'Eustache à lèvre postérieure saillante et dure; — c, creux rétro-tubaire ou fossette de Rosenmüller, où s'égare facilement la sonde derrière le bourrelet cartilagineux de la trompe; — d, extrémité postérieure du cornet inférieur, en arrière duquel on voit de b à d, un méplat répondant à la face interne de l'apophyse ptérygoïde, que le bec du cathéter doit traverser pour atteindre en b l'orifice tubaire; — e, extrémité antérieure du cornet inférieur; — f, coupe de la voûte palatine horizontale; — g, cornet inférieur; au-dessus de lui un sillon, et le cornet moyen au-dessus; — h, dents; — k, voile du palais, derrière lui le pharynx nasal (régions rétro-tubaire et rétro-staphyline).

qu'on le sente tomber dans le vide, c'est qu'alors il arrive à la portion inclinée du voile; qu'on tourne alors en dehors le bec de la sonde et on entrera dans la trompe. On peut aussi envoyer l'extrémité de la sonde dans le naso-pharynx, puis reculer pour prendre contact avec le voile avant de virer en dehors.

3° *Procédé de la cloison* (Frank, Boyer). — Aller d'abord dans le naso-pharynx, tourner en dedans le bec de la sonde et reculer pour venir heurter le bord postérieur, vomérien, de la cloison, alors faire demi-tour pour envoyer le bec dans la trompe au regard de laquelle il se trouve.

4° *Procédé du cornet inférieur* (Triquet, Duplay). — Celui-ci s'impose quand un éperon de la cloison ne permet pas à la sonde

d'attendre de suivre le plancher. En ce cas, aussitôt entré dans la fosse nasale, le bec est insinué sous le cornet inférieur, puis est poussé profondément en glissant sur la ligne d'insertion du cornet. Arrivé devant son extrémité postérieure, il s'arrête un instant, on le pousse, il franchit le léger obstacle et à un demi-centimètre plus en arrière il rencontre l'orifice tubaire où il pénètre grâce à un petit pivotement du pavillon de la sonde.

Lœwenberg a décrit un procédé spécial (1) pour faciliter l'introduction du bec de la sonde dans le pavillon de la trompe. Il sonde son malade fermant la bouche et respirant par le nez. Quand le bec du cathéter a franchi la choane, il fait exécuter par le sujet un mouvement de déglutition. Ce mouvement a pour effet de soulever la sonde tout en la tournant en dehors et de la présenter au pavillon de la trompe. Cozzolino (de Naples), dans une lettre ouverte (2), a réclamé la priorité de cette pratique pour de Rossi, par lequel il l'a vu employer à Rome dès 1882, sous le nom de *méthode physiologique*.

Gellé, pour faciliter l'arrivée exacte au pavillon tubaire, conseille deux points de repère extérieurs. D'abord le tubercule osseux qui termine en dehors, sous la peau, la racine transverse de l'apophyse zygomatique et que l'on trouve devant le condyle du maxillaire inférieur. Il est sur le même plan transversal que le pavillon tubaire. Puis l'épine nasale antéro-inférieure, bien sensible sous la peau. La sonde est d'abord présentée horizontalement à l'extérieur, sur la joue. On y marque, à l'aide d'un curseur, le point qui correspond à l'épine. On introduit alors la sonde, renseigné sur la profondeur où il faut pousser son bec.

Quel que soit le procédé employé, quand il a réussi, on doit marquer sur la sonde le point qui correspond au contact avec l'aile du nez pour éviter les tâtonnements dans les cathétérismes ultérieurs.

Obstacles et accidents du cathétérisme. — Les obstacles peuvent être apportés par une déviation très accentuée de la cloison. C'est surtout alors que convient le procédé dans lequel on fait glisser la sonde vers la paroi externe, sous le cornet inférieur. Un autre obstacle réside dans l'hypertrophie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur (queue de cornet); en ce cas, au contraire, il convient de faire glisser la sonde en dedans, contre le septum nasal. Si le cathétérisme est néanmoins indispensable on le fera précéder de la mise en état des fosses nasales (résection de l'éperon ou de la queue du cornet). La difficulté vient-elle d'une sensibilité excessive du patient, on cocaïniser sa muqueuse avant de lui faire subir le contact de la sonde. Si l'une des fosses nasales est décidément impraticable, on peut avoir recours au cathétérisme croisé, au moyen d'une sonde à grande courbure. On pénètre alors dans la trompe, en passant par

(1) LÖEWENBERG, *Soc. parisienne de laryngo-rhino-otologie*, 6 mai 1892.

(2) COZZOLINO, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1892, p. 426.

la fosse nasale du côté opposé. On a rarement besoin de recourir à ce moyen, car avec un examen préalable des fosses nasales et avec une sonde de petit calibre, conduite d'une main légère qui tourne les obstacles, on arrive presque toujours dans le pavillon de la trompe.

Les accidents possibles sont : 1° L'inoculation de la syphilis ou d'une autre maladie contagieuse. Depuis la série de contaminations que produisit il y a quelques cinquante ans un auriste, nous procédons avec la plus grande prudence. Le moyen radical de ne pas faire courir ce risque est d'avoir pour chacun de ses malades une sonde différente qu'il porte sur lui ou qu'on dépose dans une boîte à son nom. 2° La rupture de la membrane tympanique, quand la poire à insufflation est trop brusquement maniée. On évitera cette complication en employant une soufflerie à deux boules, comme celle du thermocautère. 3° L'emphysème sous-muqueux, lorsque la sonde déchire la muqueuse. J'ai vu cet accident se produire dans les mains d'élèves débutants. Le dommage n'a jamais été grand : un gonflement rapide de la lnette et du voile, un peu d'emphysème sous-cutané au cou, un peu d'oppression, mais rien de plus, encore ces troubles disparaissaient-ils dans les vingt-quatre heures.

La sonde d'Itard une fois en place, on y insuffle de l'air soit avec une soufflerie de thermocautère qu'on y a préalablement adaptée et qui porte sur son trajet une ampoule de verre remplie d'ouate stérilisante, soit avec une poire à insufflation. Si la pression ainsi produite n'est pas suffisante, on a recours à la pompe à compression.

Introduction de bougies dans les trompes. — L'injection d'air dans les trompes, soit par l'expérience de Valsalva, soit avec la poire à insufflation de Politzer, ou encore avec la sonde d'Itard, ne suffisent pas toujours à désobstruer la trompe. On a recours en ce cas à de fines bougies qu'on y fait pénétrer. Divers modèles ont été utilisés, plus ou moins analogues aux bougies urétrales. On en a fait même en celluloïde, qui ne m'ont pas paru avoir la souplesse désirable. On met d'abord en place la sonde d'Itard, puis on y introduit la bougie qu'on aura eu soin d'oindre de vaseline. On y aura marqué la longueur de la sonde, de sorte qu'on sait le moment où la bougie commence à pénétrer dans la trompe. A ce moment, du reste, le patient accuse une douleur nette entre le pharynx et l'oreille. On laisse la bougie quelques instants en place dans la trompe, puis, après l'avoir retirée, on donne la douche d'air qui, souvent alors, pénètre jusqu'à la caisse.

Tout en introduisant la bougie dilatatrice dans la trompe, il faut avoir présente à l'esprit sa longueur moyenne qui est de 36 millimètres (24 millimètres pour la portion membraneuse interne et 12 millimètres pour la portion osseuse externe). En employant des bougies dont la tige est graduée, on saura à quel moment précis on

pénètre dans la portion osseuse de la trompe ou même dans la cavité tympanique.

Otoscopie manométrique. — D'un usage peu fréquent, elle a été imaginée par Politzer. Un manomètre en U est muni d'un flotteur à l'une de ses branches introduites dans le conduit auditif. Les variations de niveau dans la branche libre indiquent les variations de la tension intratympanique. Politzer a aussi utilisé le diapason pour savoir si les trompes sont ou non perméables. Le faisant vibrer sous les narines au moment de la déglutition, il voit s'il est également entendu des deux oreilles en ce moment. L'oreille qui entend moins doit avoir sa trompe obturée.

Auscultation de l'oreille. — Tandis que la poire envoie de l'air dans la trompe, un tube de caoutchouc, interposé entre l'oreille du malade et celle du médecin, indique à celui-ci si l'air passe dans la trompe. Le fait lui est révélé par le souffle un peu rude qui lui est transmis. Si la trompe est en état de catarrhe, il perçoit un gargouillement à bulles plus ou moins fines. Deux embouts de verre terminent ce tube otoscope. Politzer a imaginé un tube otoscope à trois branches dont deux sont dans les oreilles du malade et la troisième dans celle du médecin ; il permet de contrôler l'état des deux oreilles.

III. — EXAMEN DE L'OREILLE INTERNE.

Après s'être renseigné sur l'état des deux premières parties de l'appareil auditif, on doit examiner l'oreille interne, c'est-à-dire pratiquer l'examen de l'ouïe.

Un premier moyen d'investigation est fourni par la recherche des bruits dont l'organe peut être le siège. Parmi ces bruits, les uns sont *subjectifs*, perçus uniquement par le malade. Ce seront des bourdonnements variés presque à l'infini suivant les sujets examinés, mais toujours d'une tonalité grave (murmure de la mer, roulements lointains de voiture, ronflement des machines à vapeur, bruit perçu dans les grands coquillages, etc.). Cette espèce de bruit coïncide assez souvent avec l'obstruction tubaire.

D'autres malades se plaindront d'un bruit à tonalité élevée, se rapprochant plus ou moins d'un sifflement, on l'imite avec le mot *djiï* (jet de vapeur, sifflet des locomotives, grincement de la scie dans une pierre). En ce cas on constatera souvent l'ankylose des osselets.

Quelques bruits sont musicaux, à ce point qu'on pourrait nommer les notes perçues (son des cloches, abeilles bourdonnantes, etc.). Des malades se sont plaint d'entendre des mélodies. C'était le cas d'une malade observée par Brunner. Parfois elle entendait une mélodie déterminée, une autre fois c'était une mélodie différente. Ces deux thèmes finirent par se superposer, amenant une véritable cacophonie.

J'ai observé dernièrement une malade atteinte de sclérose tympanique et labyrinthique des deux oreilles, qui entendait de l'oreille droite une musique de fête foraine, et de l'oreille gauche les mots : « Oh ! maman ! Oh ! la, la ! » Ces bruits musicaux signifient généralement que le labyrinthe est en cause. Ils peuvent, comme les précédents, être à ce point obsédants qu'on a vu des malades se suicider pour en être affranchis ou aboutir à des psychoses avec délire auditif.

Les bruits *objectifs* diffèrent assez des précédents, notamment en ce qu'ils peuvent quelquefois être perçus par l'auriste. Ils sont *entotiques* quand ils ont pour siège l'oreille même : tels les bruits musculaires qui résultent d'une contraction brusque du muscle du marteau ou du muscle de l'étrier ; tels encore les bruits membraneux qui sont dus à un craquement de la membrane tympanique. D'autres sont *exotiques*. Je fais allusion aux bruits de souffle intermittents ou continus, qui se produisent dans la carotide, dans la veine jugulaire ou même dans le sinus latéral. Les bruits carotidiens se reconnaissent à leur cessation, quand on vient à comprimer cette artère au cou. Je fais encore allusion aux bruits que produisent les deux parois tubaires quand elles se disjoignent. Ce bruit est généralement désigné sous le nom de *crépitement tubaire*.

À la suite de ces bruits entotiques ou exotiques nous devons signaler les anomalies de l'audition : ce sont surtout :

La *paracousie*. Le malade entend un son, mais différent de celui auquel il est soumis. Qu'on fasse vibrer un diapason sur son vertex, il percevra au lieu du la^3 un la^4 ou un la^2 ou encore une note toute différente.

La *paracousie de Willis* ou *surdité paradoxale*, consiste dans la facilité plus grande qu'ont certains malades à entendre dans le bruit et le mouvement que dans le calme. Willis, le premier, remarqua qu'une femme sourde suivait mieux la conversation pendant un roulement de tambour. Depuis on a vu nombre de sujets suivre plus aisément une conversation en voiture ou en wagon. Politzer admet que l'ébranlement, en secouant les osselets, les met mieux à même de transmettre les vibrations sonores. La constatation de la surdité paradoxale est d'un fâcheux pronostic pour la récupération de l'ouïe.

Enfin il y a *diplacousie* lorsqu'une seule note étant produite, chaque oreille en perçoit une différente, avec écart plus ou moins considérable entre les deux notes.

L'*autophonie* ou *tympanophonie* est cette sensation particulière qu'ont certains malades d'une résonance excessive de leur propre voix dans une ou deux oreilles. Ils parlent doucement pour atténuer cette sensation qui augmente avec la prononciation des consonnes nasales. Vient-on à ausculter l'oreille en cause avec le tube otoscope, on constate bien que la voix du malade y résonne avec plus d'intensité. Le phénomène s'explique par une béance anormale

de la trompe. Brunner l'a aussi observée au début d'un catarrhe tubo-tympanique, sans doute parce que la tuméfaction transitoire des parois empêchait leur exact accollement. J'ai rencontré dernièrement la tympanophonie chez une femme d'une trentaine d'années. Le trouble était apparu par une journée de grand vent. Non seulement elle se plaignait d'une résonance exagérée de sa voix dans l'oreille droite, mais, au moment des déglutitions, elle sentait un gargouillement dans la trompe correspondante. L'examen rhinoscopique postérieur ne révélait aucune différence dans les pavillons tubaires ; cependant l'insufflation d'air avec la poire de Politzer déterminait un choc violent et douloureux dans le côté affecté. La thérapeutique, recommandée en pareil cas, consiste dans les sondages de la trompe ou les massages directs du pavillon avec l'index (Zaufal) pour réveiller la contractilité des parois tubaires.

Acoumétrie. — Un acoumètre de valeur rigoureuse est encore à trouver. Nous disposons, en attendant, de divers moyens qui peuvent nous renseigner d'une manière seulement relative sur le degré de la fonction auditive.

La montre, si elle est à la portée de tout examen, n'est pourtant qu'un moyen médiocre, parce qu'il est d'observation que chez les gens âgés elle est, toutes choses égales d'ailleurs, très faiblement entendue. En tout cas, c'est en l'approchant peu à peu du malade que la montre doit être employée.

Prout et Knapp ont proposé d'indiquer l'acuité auditive par une fraction. Le dénominateur y indique la distance à laquelle la montre est entendue par une oreille normale et le numérateur celle à laquelle entend l'oreille qu'on examine.

Les diapasons sont un bien meilleur moyen d'investigation. On utilise d'abord le diapason ordinaire (la^3), puis on peut recourir à des diapasons graves (la^1) ou à des diapasons aigus (la^5) pour savoir si l'oreille examinée n'aurait pas perdu l'audition pour telle ou telle autre partie de l'échelle des sons. J'ai vu, à la clinique de Lucæ, à Berlin, un harmonium que le maître utilise à ce genre de recherches. Moos a démontré que les sons graves sont moins utiles pour l'audition que les sons aigus.

Pour les examens qui nécessiteraient une exploration plus approfondie, il y a divers acoumètres (de Politzer, de D. Levi, Hartmann, Boudet de Paris), les audiphones, les phonographes, la réaction aux courants électriques.

De tous les moyens le plus approprié, c'est la parole, puisqu'elle est l'agent usuel du fonctionnement auriculaire. On peut employer d'abord la voix haute en s'approchant du malade jusqu'à ce qu'il perçoive distinctement le mot ou la phrase prononcés. On note alors la distance qui vous sépare du sujet. Puis, approchant de plus en plus, on prend la voix chuchotée et on note à quelle distance l'oreille

soumise à l'examen a entendu distinctement. La perception de la voix chuchotée s'affaiblit notablement plus que celle de la voix haute, par exemple dans les cas de sclérose tympanique. En moyenne une oreille saine doit entendre la voix basse à vingt mètres. Les voyelles et les *r* sont particulièrement mieux entendues.

L'examen par la parole une fois terminé, il faut inscrire les chiffres de la fonction auditive à la date du jour pour les comparer avec ceux qu'on relèvera après un ou deux mois de traitement. Il y a dans cette pratique un élément d'appréciation pour décider ou non l'intervention chirurgicale après un certain temps de traitement simple.

La fonction auditive doit être examinée par deux voies différentes : voie aérienne et voie osseuse. Le diapason est l'agent le plus commode pour cette double investigation.

Pour l'examen par la voie aérienne, le diapason est présenté à l'entrée du conduit auditif. On voit ainsi quelle est la durée de la perception.

Pour l'examen par la voie osseuse (ou solidienne) on le fait vibrer sur l'apophyse mastoïde, ou sur le vertex ou sur les dents incisives supérieures. Par la comparaison de ces deux perceptions on obtient divers renseignements que nous allons exposer.

Les diverses manières d'utiliser le diapason constituent autant d'épreuves différentes désignées d'après le nom de leur inventeur. Nous signalons d'abord celles qui ont conquis le plus de crédit auprès des médecins auristes.

1° *Épreuve de Weber*. — Elle est fondée sur ce fait souvent constaté que lorsqu'on fait vibrer un diapason sur le sommet du crâne (diapason-vertex), si l'une des oreilles est fermée par l'application de la main sur le pavillon ou par l'introduction d'un tampon d'ouate dans le méat auditif, c'est précisément cette oreille qui entendra résonner le son plus fortement. On peut admettre, pour expliquer ce fait, que les vibrations émanant de la source sonore rencontrant un obstacle pour s'écouler au dehors et retenues dans les cavités otiques, y ébranlent plus fortement l'appareil récepteur des sons. Par suite, l'épreuve de Weber consiste à faire vibrer un diapason sur le vertex, ou sur le front, ou sur les incisives, mais sur la ligne médiane en tout cas. Si le sujet entend mieux le son à droite, on aura lieu de penser que la caisse se trouvant épaissie par une sclérose tympanique ou toute autre lésion empêche l'issue des vibrations sonores au dehors. On dit alors que le Weber est latéralisé à droite.

Si on place le diapason sur le côté du maxillaire inférieur, c'est l'oreille opposée qui entend le mieux, parce qu'un contact plus intime s'établit entre la base du crâne et le condyle du côté opposé (1).

(1) COUETOUX (de Nantes), *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1891, p. 391.

Corradi (de Vérone) (1) a remarqué que si un diapason vibrant sur l'apophyse mastoïde est enlevé dès que la sensation auditive a cessé, puis remis en place au bout de quelques secondes, l'audition reparait encore. L'expérience peut être répétée deux ou trois fois (perceptions secondaires). Il semble donc que le nerf auditif ait besoin de repos. Or, d'après Corradi, l'absence des perceptions secondaires correspondrait à des lésions profondes dans les éléments nerveux de l'oreille interne.

Gellé propose l'*audiphone* pour apprécier la valeur de l'oreille interne. Il considère ce moyen comme très supérieur à l'emploi du diapason-vertex, auquel il reproche d'être trop vague. Il a fait construire cet audiphone assez semblable à celui de Delstanche, mais en celluloïde. L'instrument est placé entre les dents du malade. On cause devant lui et les vibrations sont transmises à l'oreille par voie osseuse (2).

2° *Épreuve de Rinne*. — Elle est fondée sur cette deuxième constatation empirique que, à l'état normal, le diapason présenté près du méat auditif y est plus longtemps perçu que si on le fait vibrer sur l'apophyse. Que si les conditions de l'expérience ne sont pas telles on peut en tirer cette conclusion que l'oreille n'est pas normale. Exemple : un diapason est approché du méat auditif, on attend qu'il ne soit plus perçu. A ce moment précis on l'applique par son pied sur l'apophyse mastoïde et le sujet entend encore un reste de tonalité. Nous pouvons alors conclure que la caisse (appareil de transmission) est en cause, puisque le son envoyé directement à l'oreille interne par la voie osseuse rencontre moins d'obstacle. On dit que le Rinne est positif dans les conditions normales de l'expérience et qu'il est négatif si la voie osseuse s'est montrée la meilleure. Dans la rédaction des observations, on note : Rinne + ou Rinne —.

3° *Épreuve de Schwabach*. — Elle repose sur la durée comparative de la perception sonore sous le diapason-vertex. Est-elle plus longue que sur une personne normale, on peut conclure à une affection de l'appareil de transmission (oreille moyenne); est-elle plus courte, au contraire, l'oreille interne doit être en cause.

4° *Épreuve de Bing*. — Quand le diapason-vertex a cessé d'être perçu, on obture avec la pulpe de l'index l'oreille à examiner. Si cette obturation fait entendre un reste de sonorité (perception tardive de Bing) on en peut conclure que les oreilles moyenne et externe sont libres, sans quoi ce son retardé ne se fût pas produit.

5° *Épreuve de Gellé* (ou des pressions centripètes). — Ce procédé très ingénieux a pour but de nous renseigner sur la mobilité de l'étrier dans la fenêtre ovale et par suite sur les chances de succès dans une intervention de mobilisation. Si, tandis qu'un diapason vibre sur le

(1) C. CORRADI, *Arch. für Ohrenheilk.*, Bd. XXX, Heft 3.

(2) GELLÉ, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, juillet 1892.

vertex d'une façon continue, on exerce dans l'oreille externe, à l'aide du spéculum de Siegle par exemple, des pressions successives, la compression se transmet à la membrane du tympan, puis aux osselets et finalement à la platine de l'étrier. Celle-ci s'enfonce à chaque coup dans la fenêtre ovale et le son se trouve interrompu. Si donc, pendant que le diapason vibre, une série de pressions sur la membrane laissent le son avec sa continuité, on en peut conclure que la platine ne s'enfonce pas et que l'étrier se trouve ankylosé dans le *pelvis ovalis*.

6° *Réactions électriques du nerf auditif*. — Cette méthode, imaginée par Brenner en 1869, consiste à faire passer un courant électrique continu à travers l'oreille. L'anode (pôle positif) est appliquée sur le côté du cou et la cathode (pôle négatif) sur le tragus. Si le nerf réagit normalement il doit percevoir au début une sensation sonore, puis une élévation du son, enfin des bourdonnements, mais il faut dire que des douleurs, des convulsions, des vertiges ou des nausées contraignent souvent à renoncer à l'épreuve électrique de Brenner.

7° *Épreuve des deux diapasons, aigu et grave*. — Les recherches d'Hartmann tendent à prouver que si la perception des sons graves est perçue, une sclérose tympanique est probable, et qu'au contraire, si c'est la perception des sons aigus qui est abolie, l'affection est plutôt labyrinthique. Dans la pratique courante, l'essai de l'oreille aux deux voix, haute et basse, l'épreuve de Weber, celle des trois diapasons (grave, moyen, aigu), et au besoin l'épreuve de Gellé suffisent.

SURDITÉ SIMULÉE. — Les moyens à employer diffèrent, selon que le simulateur se dit sourd d'une seule oreille ou des deux.

S'agit-il d'une oreille seulement, on peut recourir au moyen que recommandait Moos (d'Heidelberg) : mettre dans l'oreille avouée saine un tampon d'ouate et faire vibrer le diapason sur le vertex. Dans ces conditions, le sujet doit entendre, au moins de l'oreille saine. Si, trompé par l'occlusion de sa bonne oreille, il dit n'entendre ni à droite ni à gauche, c'est un simulateur.

Si le sujet en observation se dit sourd des deux oreilles, on cherche à le surprendre, quand il ne s'y attend pas, par exemple au sortir du sommeil chloroformique.

L'examen direct de l'oreille apporte aussi sa part de renseignements.

D'une manière générale, le vrai sourd fixe attentivement son interlocuteur, cherchant à comprendre : le faux sourd baisse la tête et joue l'inattention. C'est ainsi que l'attitude seule doit mettre en éveil la méfiance du médecin.

I

MALFORMATIONS DE L'OREILLE

Les malformations de l'appareil auditif sont assez fréquentes et diverses. On doit les répartir en *congénitales* et *acquises* (1). Les principales, examinées de l'extérieur vers la profondeur, sont :

1° **Malformations du pavillon**. — Il peut affecter des proportions exagérées, le plus souvent d'origine congénitale. Ce sera par exemple l'hypertrophie du lobule qui arrive à pendre jusque sur la joue, comme dans un cas observé par Boyer ; l'excision est alors facile. Ou bien ce sera la partie haute du pavillon qui présentera des proportions exagérées. On a, dans ces cas, réséqué un segment triangulaire à sommet antérieur et rapproché les deux portions conservées de l'hélix (Martino, cité par Triquet). Les cas de pavillons surnuméraires (polyotie) sont rares et discutables, car il s'agit ordinairement de masses chondrales atypiques, révélant un trouble de développement.

Plus fréquente est la difformité par amoindrissement des dimensions. Des enfants sont venus au monde sans trace de pavillon, d'autres ne présentent qu'un rudiment d'hélix, sous forme d'un bourrelet qui descend obliquement en avant sur la région auriculaire (Birkett, Nélaton, Toynbee). Chez des sourds-muets, Gellé a vu le pavillon réduit à un simple appendice plus ou moins régulier. Hartmann a vu, à la place du pavillon, un simple lambeau de peau sortant d'un conduit auditif normalement développé. Bien souvent, avec les malformations du pavillon, coexistent diverses anomalies indiquant le trouble profond qu'a subi la première branchie (asymétrie de la face, déjettement du maxillaire inférieur, kystes dermoïdes de voisinage). Une autre anomalie des pavillons consiste dans leur insertion à des niveaux différents. Gradenigo a noté cette particularité chez des aliénés. L'hétérotopie peut être plus accentuée. On a trouvé le pavillon attaché sur la joue.

D. Mollière eut à relever le haut du pavillon qui retombait comme dans les oreilles de porc. Il y parvint en le fixant à la tempe par deux points de suture. Cette malformation externe peut coïncider avec un état normal des parties profondes et l'ouïe n'être que fort peu com-

(1) TRIQUET, Maladies de l'oreille. — TRÖLTSCH, Anatomie de l'oreille. — SONRIER, *Gaz. des hôp.*, n° 7, 10 février 1870. — J. PAGET, *Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres*, 1878. — GELLÉ, Précis des maladies de l'oreille, 1885. — URBANTSCHICH, *Monatsschr. für Ohrenheilk.*, 1887. — MOLLIÈRE, *Lyon méd.*, mars 1888. — GRADENIGO, *Acad. roy. de méd. de Turin*, 6 juin 1890. — BEULLAND, *Gaz. méd. de Paris*, 13 septembre 1890. — HARTMANN, Maladies de l'oreille, 1890, p. 267. — VALI (de Budapest), *Orvosi Hetilap.*, n° 7, 1891.