

remplisse de nouveau le ballon. On peut alors envoyer une nouvelle douche, et ainsi de suite.

La pompe à compression, représentée figure 260, se compose d'une pompe foulante A qui comprime l'air dans un vaste récipient B d'où part un tube de dégagement muni d'un robinet C, et terminé par un embout conique qui s'introduit dans l'extrémité de la sonde mise en place.

Afin de faciliter l'administration de la douche d'air, j'ai fait adapter sur l'embout terminal un deuxième robinet qui se manœuvre avec un seul doigt. On comprend que l'embout étant placé dans la sonde, et le robinet C étant

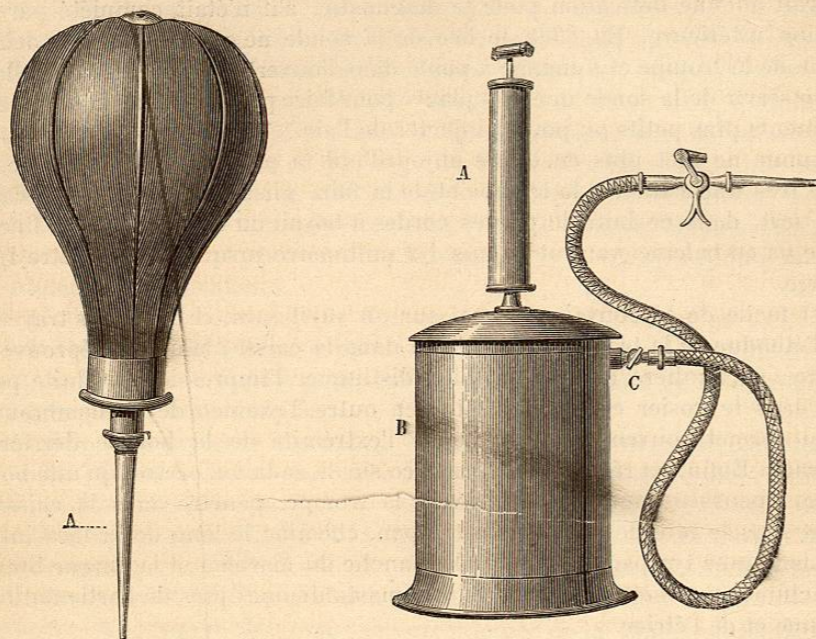


Fig. 259. — Poire à insuffler.

Fig. 260. — Pompe à compression.

ouvert, il suffit d'ouvrir et de fermer alternativement le robinet D pour envoyer de petites colonnes d'air.

Les insufflations d'air dans la caisse, à l'aide du cathétérisme, ont été accusées de produire divers accidents. L'emphysème du cou peut survenir lorsqu'il existe quelque solution de continuité de la muqueuse, soit spontanée, soit causée par le bec de la sonde. L'air insufflé pénètre dans le tissu cellulaire sous-muqueux et envahit le cou. Quoique cet accident effraye beaucoup les malades, en ce qu'il détermine du gonflement, de la gêne dans la déglutition, quelquefois même dans la respiration, il ne présente par lui-même aucune gravité, et ne laisse plus de traces après vingt-quatre heures. Il est inutile de dire qu'il faut cesser immédiatement toute insufflation et retirer le cathéter, aussitôt qu'on a reconnu l'existence de l'emphysème.

Un accident beaucoup plus grave serait la rupture de la membrane du tympan déterminée par une pression trop violente de dedans en dehors. Cet accident qui, dit-on, est arrivé quelquefois, doit être extrêmement rare, et exige, dans tous les cas, pour se produire, une violence excessive de la part du chirurgien, ou un état pathologique antérieur de la membrane. Cependant, il faut tenir

compte de cette éventualité, et, pour l'éviter, faire les premières insufflations avec certain ménagement. A ce point de vue, l'emploi du ballon, qui permet de graduer la compression de l'air, doit être préféré à celui de la pompe foulante. On a également signalé des syncopes, des vertiges, et même (2 cas) la mort : ce sont des accidents très rarement observés.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache, combiné avec les insufflations d'air, présente une double utilité, diagnostique et thérapeutique. Je ne dois m'occuper pour le moment que de son importance au point de vue du diagnostic. A ce titre, il est infiniment supérieur aux autres procédés qui ont été décrits précédemment (procédés de Toynbee, de Valsalva, de Politzer), et constitue le moyen d'exploration de la trompe et de la caisse le plus parfait et le plus direct. Il permet, en effet, de reconnaître si la trompe et la caisse sont perméables à l'air, si la membrane du tympan et la chaîne des osselets jouissent de leur mobilité normale, si la trompe et la caisse renferment des produits de sécrétions, etc. Mais, pour obtenir ces renseignements, il ne suffit pas d'insuffler de l'air dans la caisse, il faut encore avoir recours à d'autres moyens complémentaires qu'il nous reste à décrire. On peut également, par le cathétérisme de la trompe, introduire dans l'oreille moyenne des vapeurs, la vapeur d'eau en particulier, ou des liquides divers. Il suffit d'interposer entre le ballon de caoutchouc et la sonde une ampoule de verre dans laquelle on place soit du menthol, soit de la térébenthine, soit de la teinture d'iode, etc. Pour les liquides, on dépose quelques gouttes dans le cathéter qui sont projetées dans la caisse par une ou deux insufflations.

B. *Moyens propres à constater que l'air circule dans l'oreille moyenne.* — L'air qui pénètre dans l'oreille moyenne, ou qui en sort par la voie de la trompe d'Eustache, détermine dans la caisse des changements de pression qui se traduisent par des mouvements de la membrane du tympan et de la chaîne des osselets dont le malade peut avoir conscience ou que le chirurgien peut apprécier directement. De là deux sortes de renseignements, dont les uns sont fournis par les malades et les autres sont recueillis par le chirurgien lui-même.

Lorsque la pression intra-tympanique vient à être brusquement modifiée, soit par la sortie (*procédé de Toynbee*), soit par l'entrée (*procédés de Valsalva, de Politzer, cathétérisme suivi d'insufflation*) d'une certaine quantité d'air, le sujet en expérience éprouve dans l'oreille une sensation de plénitude souvent accompagnée d'un petit craquement particulier. Mais chez beaucoup de malades, et principalement chez les enfants, il est absolument impossible de se fier à ce mode d'investigation, qui d'ailleurs indique tout au plus si l'air pénètre ou ne pénètre pas dans l'oreille moyenne. Il faut donc avoir recours à d'autres procédés plus rigoureux et plus parfaits. Ceux-ci comprennent : a, l'exploration de la membrane du tympan; b, l'otoscopie manométrique; c, l'auscultation de l'oreille.

a. *Exploration de la membrane du tympan.* — J'ai déjà dit, en parlant de l'examen de la membrane du tympan, qu'il était possible de distinguer les mouvements de cette membrane, et par suite d'apprécier les changements de pression intra-tympanique. En effet, si, pendant que l'on examine attentivement la membrane du tympan, on vient à augmenter brusquement la pression de l'air contenu dans la caisse, par un des procédés connus, on constate que la membrane tout entière se porte en dehors; le manche du marteau, se déplaçant dans le même sens, paraît plus long; son apophyse externe s'éloigne; enfin, le triangle lumineux s'élargit. Quelquefois cependant le déplacement est inégal,

la voussure de la membrane est plus forte en avant et en arrière, et l'on voit apparaître vers son bord postérieur un large reflet lumineux mal défini.

Si, au contraire, on produit une raréfaction de l'air contenu dans la caisse (procédé de Toynbee), la membrane du tympan se portant en dedans, le manche du marteau devient plus oblique, sa petite apophyse externe forme au voisinage du pôle supérieur une saillie anormale; enfin, le triangle lumineux s'allonge et se rétrécit.

Il est inutile d'ajouter que ces divers changements dans l'aspect de la membrane ne sont que passagers, et qu'ils se produisent et disparaissent sous les yeux du chirurgien.

L'exploration de la membrane du tympan, faite dans les conditions dont je parle, fournit donc d'utiles renseignements sur le degré de mobilité de la membrane et de la chaîne des osselets.

b. *Otoscopie manométrique.* — Politzer, le premier (1861), a eu l'idée d'étudier à l'aide du manomètre les variations de pression intra-tympanique. Cette méthode, perfectionnée par Lucœ⁽¹⁾ et P. Allen⁽²⁾, consiste dans l'emploi d'un tube en U de 1 millimètre 1/2 à 2 millimètres de diamètre, contenant un index de liquide coloré, et dont une branche plus longue que l'autre est recourbée à son extrémité, garnie d'un bouchon conique en liège ou en caoutchouc, afin d'assurer la fermeture hermétique du conduit. Ce petit appareil est fixé sur une planchette qui lui donne de la solidité et en facilite le maniement, et sur laquelle se trouvent marquées des graduations par 1/4 de millimètre permettant d'apprécier les moindres variations de l'index.

La longue extrémité de l'instrument étant introduite dans le conduit auditif, on comprend que tout mouvement imprimé à la membrane du tympan, agissant sur la colonne d'air contenue dans le conduit auditif, doit faire osciller l'index manométrique. Si la membrane est refoulée en dehors (augmentation de pression intra-tympanique), l'index baisse dans la branche auriculaire et monte dans l'autre branche; c'est ce que l'on appelle une oscillation positive. Si, au contraire, la membrane du tympan s'incurve en dedans (diminution de pression intra-tympanique), l'index s'élève dans la branche auriculaire et descend dans la branche externe; c'est ce qu'on appelle une oscillation négative.

Quoique l'otoscopie manométrique puisse assurément fournir des notions importantes sur le degré de mobilité de la membrane tympanique et l'état de perméabilité des trompes, il faut convenir que ce mode d'investigation est délicat et exige une grande attention de la part de l'observateur. Ainsi, si la branche auriculaire n'est pas enfoncée assez profondément, les mouvements du maxillaire inférieur modifient l'état de pression du conduit auditif externe et communiquent des oscillations à l'index manométrique. Le moindre mouvement imprimé à l'instrument agit de la même manière.

c. *Auscultation de l'oreille.* — L'auscultation de l'oreille constitue, en définitive, le meilleur moyen de s'assurer de l'état de la trompe et de la caisse. Son importance, déjà pressentie par Laennec⁽³⁾, a été mise hors de doute par Deleau père, et tout le monde s'accorde aujourd'hui pour reconnaître l'utilité de ce mode d'exploration, qui consiste à ausculter l'oreille du malade au moment où l'air circule dans la trompe et dans la caisse.

(1) LUCŒ, *Archiv für Ohrenheilkunde*, 1864, t. II, p. 102.

(2) P. ALLEN, *The Lancet*, 1869.

(3) LAENNEC, *Traité d'auscultation médicale*. Paris, 1857, 4^e édit., t. III, p. 535.

Les bruits qui se produisent alors peuvent être perçus par le chirurgien, en se servant d'un stéthoscope ordinaire appliqué sur l'apophyse mastoïde ou sur le pavillon, ou plutôt en faisant usage d'un instrument spécial auquel Toynbee a donné le nom d'*otoscope*. Ce dernier (fig. 261) se compose d'un tube en caoutchouc de 70 à 80 centimètres de long, terminé à chaque extrémité par un embout olivaire en corne, dont l'un est placé dans l'oreille du malade et l'autre dans l'oreille du chirurgien. L'instrument, une fois placé, doit tenir de lui-même, et

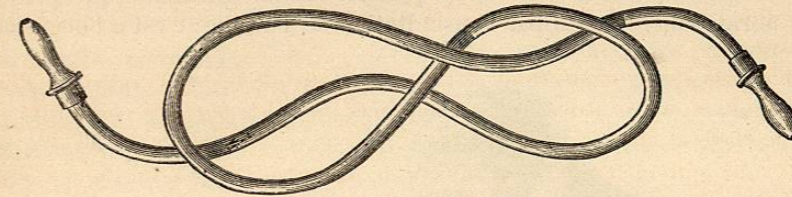


FIG. 261. — Oscope de Toynbee.

il faut éviter tout contact extérieur avec le tube intermédiaire, ce qui donnerait lieu à des bruits anormaux.

Lorsque, à l'aide de l'otoscope, on ausculte l'oreille d'un individu sain, au moment où il avale sa salive, le nez et la bouche étant fermés (procédé de Toynbee), on perçoit un léger bruit de craquement produit par la membrane du tympan. Cette expérience indique seulement que la trompe est libre et perméable à l'air, et Toynbee a eu le tort de vouloir substituer ce mode d'exploration à d'autres beaucoup plus parfaits. En effet, pour que l'auscultation de l'oreille fournisse des résultats vraiment complets, il faut la pratiquer au moment où l'on fait pénétrer de l'air dans la caisse par l'un des procédés précédemment décrits.

L'insufflation à l'aide du cathétérisme de la trompe est assurément le plus parfait de ces procédés, et doit être préférée à la méthode de Valsalva, souvent mal exécutée par le malade, et à celle de Politzer qui, pour l'objet en question, présente l'inconvénient de déterminer dans le pharynx, au moment de la déglutition, des bruits qui masquent ceux qui se passent dans l'oreille.

On peut donc dire, en résumé, que pour faire l'examen complet de la trompe et de la caisse, on doit avoir recours au cathétérisme de la trompe, suivi d'insufflation d'air par la sonde, et à l'auscultation simultanée de l'oreille. Voici comment on pratiquera cet examen : l'otoscope étant placé, l'une de ses extrémités dans l'oreille du malade, l'autre dans celle du chirurgien, celui-ci introduit la sonde, et, lorsque l'instrument a pénétré dans la trompe, il la fixe solidement dans cette situation, en appliquant avec un doigt son extrémité externe contre la cloison. Puis, l'embout terminal du ballon étant insinué dans la partie évasée de la sonde, il comprime brusquement le ballon, et pousse ainsi une douche d'air qu'il renouvelle aussi souvent qu'il est nécessaire pour établir son diagnostic. La figure 262 montre la situation du chirurgien et du malade pendant cette exploration.

Lorsqu'un jet d'air pénètre ainsi dans l'oreille d'un individu sain, le chirurgien perçoit avec l'otoscope un bruit particulier que Deleau a comparé à celui que produit la pluie en tombant sur le feuillage d'un arbre et qu'il a appelé *bruit de pluie*. Cette comparaison me paraît médiocrement heureuse, car le bruit qu'on entend ressemble plutôt à un *bruit de soupape*, ou, comme Trölsch le

désigne, à un *bruit de souffle*. On pourrait donc le désigner sous l'un ou l'autre de ces deux noms. Ce bruit arrive par l'otoscope jusqu'à l'oreille de l'observateur et semble tout proche.

Tel est l'état normal; on conçoit que des modifications importantes doivent se produire selon le degré de perméabilité de la trompe, selon l'état de sécheresse ou d'humidité de la muqueuse tubaire et tympanique, selon que la membrane du tympan est intacte ou perforée, épaissie, immobilisée, etc., etc.

Il n'entre pas dans notre plan d'indiquer ici les modifications que peut subir le bruit normalement perçu par l'auscultation de l'oreille; c'est à l'occasion des



FIG. 262. — Auscultation de l'oreille.

diverses maladies de la trompe et de la caisse du tympan que nous les indiquerons pour en tirer une série de signes diagnostiques.

III. EXPLORATION DE L'ÉTAT DE LA FONCTION AUDITIVE. — Dans cette exploration, le but qu'on se propose est de déterminer si les ondes sonores se transmettent normalement à travers les différentes parties de l'appareil auditif. Les indications peuvent être fournies par le malade ou recueillies directement par le chirurgien.

On peut apprécier jusqu'à un certain point l'état de la fonction auditive, d'après la distance à laquelle le sujet perçoit le son de la voix, et d'après l'effort nécessaire pour qu'il entende la parole; mais ce moyen, qu'il est à peu près impossible de régler, convient seulement pour un examen superficiel.

On aura soin de placer le malade de manière à ce qu'il ne puisse pas voir les lèvres de celui qui parle, les sourds lisant avec une grande facilité la parole sur la bouche. On prononcera des mots et des chiffres que le malade devra répéter au fur et à mesure.

On a imaginé divers instruments destinés à fournir des renseignements plus rigoureux; tels sont : le *phonomètre* de Lucæ, les *acoumètres* d'Itard, de Kessel, de Politzer, et plus récemment les *audiomètres* ou *sonomètres* de Hartmann, de Hughes, de Boudet de Paris, de Baratoux, etc. Je me borne à mentionner ces

instruments dont on trouvera la description dans les ouvrages spéciaux. Dans la pratique usuelle, on pourra parfaitement se contenter de la *montre* et du *diapason* pour explorer le degré de l'acuité auditive.

La première montre venue peut servir à cet usage; mais il est bon que celle qu'on emploie ait un tic tac net et métallique; les montres à cylindres ou à pivot conviennent mieux sous ce rapport que les montres à ancre. Il est nécessaire aussi, pour faire des observations exactes, de déterminer par une série d'expériences préalables à quelle distance la montre dont on se sert cesse d'être perçue.

Ceci établi, pour apprécier le degré de sensibilité auditive chez un malade, la montre étant d'abord tenue éloignée à la distance maximum de la portée auditive, on la rapproche graduellement jusqu'à ce que le malade perçoive distinctement le tic tac. A l'aide d'un ruban métrique, on peut alors évaluer en chiffres la distance de la portée auditive.

Ce procédé est bien préférable à celui qui est généralement adopté et qui consiste à appliquer d'abord la montre contre l'oreille, et à l'éloigner ensuite jusqu'à ce qu'elle cesse d'être entendue. Le malade, en effet, conservant le souvenir de l'impression reçue, accuse presque toujours une sensation auditive prolongée et fournit ainsi des renseignements inexacts. Il est encore une précaution bonne à prendre et qui consiste à faire fermer les yeux au malade pendant la durée de l'observation.

Le diapason peut remplacer la montre dans l'examen de la fonction auditive, et l'on doit même dire que l'usage de cet instrument est, dans certains cas, indispensable pour que l'exploration soit tout à fait complète. La véritable utilité du diapason est non pas de mesurer l'audition, car ses vibrations s'éteignent rapidement, mais de permettre de faire le diagnostic entre les affections de l'appareil récepteur et celles de l'appareil transmetteur. Il faut alors avoir à sa disposition des diapasons accordés à des tons différents; car il ne suffit pas de déterminer à quelle distance le son est perçu, mais il faut encore s'assurer si des sons, correspondant à différentes hauteurs ou à un nombre de vibrations connu, sont également entendus par le malade. Ainsi, on verra que certaines surdités existent seulement pour les sons élevés ou pour les sons bas; et il est facile de comprendre qu'on ne peut apprécier le degré de ces surdités partielles qu'à l'aide de diapasons de différentes hauteurs.

Du reste, le diapason s'emploie généralement de la même manière que la montre, c'est-à-dire que l'instrument étant mis en vibration, soit en écartant brusquement ses branches, soit en le frappant sur un objet résistant, on évalue à quelle distance maximum de l'oreille le son est perçu.

L'exploration de la sensibilité auditive peut encore se faire, au moyen de la montre et du diapason, par un procédé différent, qui consiste à rechercher jusqu'à quel degré les sons de ces instruments sont transmis à l'oreille interne par l'intermédiaire des os du crâne. Ce mode d'exploration, sur lequel Bonnafont a le premier insisté, a été très étudié dans ces derniers temps et considérablement perfectionné, quoiqu'il n'ait peut-être pas encore donné tout ce qu'on était en droit d'en attendre.

Pour comprendre le parti qu'on peut tirer de l'étude du mode de transmission des ondes sonores à travers les os du crâne, au double point de vue du diagnostic et du pronostic des maladies des oreilles, il est nécessaire de rappeler

certaines données physiologiques qui doivent servir de point départ à ce genre de recherches.

Lorsqu'un corps sonore est mis en contact avec les os du crâne, une partie des vibrations est transmise directement à l'épanouissement du nerf auditif par le squelette, mais une autre partie n'arrive à l'oreille interne qu'après avoir passé des os du crâne sur la membrane du tympan et sur la chaîne des osselets. Ce fait a été démontré expérimentalement par Lucæ⁽¹⁾ et Politzer⁽²⁾.

Un autre fait, également établi par l'expérience, c'est qu'on entend beaucoup mieux le son d'une montre ou d'un diapason appliqué sur un point du crâne, lorsqu'on se bouche *légèrement* les conduits auditifs. Si l'on ne bouche qu'une seule oreille, c'est de celle-là qu'on entendra le mieux.

Ce fait, en apparence singulier, a été diversement expliqué; mais on s'accorde assez généralement à attribuer le renforcement du son à ce que les ondes sonores transmises par les os du crâne à la membrane du tympan et aux osselets se dirigeant partie vers l'oreille interne, partie vers l'extérieur, ces dernières

rencontrent un obstacle à s'échapper au dehors et se réfléchissent vers l'oreille interne en produisant ainsi un renforcement du son.

L'examen à l'aide du diapason se fait suivant plusieurs procédés qui ont reçu un nom :

Épreuve de Weber. — A l'état normal le son d'un diapason placé sur la ligne médiane de la tête est entendu dans toute la tête; mais si avec le doigt on vient à boucher un des conduits, le son est entendu renforcé du côté bouché. On peut conclure de cette épreuve que l'oreille sourde percevant le diapason renforcé doit être atteinte d'une affection du conduit ou de l'appareil de transmission. C'est ce qui s'observe quand il existe dans le conduit ou dans la caisse un obstacle à la transmission des ondes sonores.

Épreuve de Rinne. — Chez l'homme sain un diapason en vibration est placé sur la tête ou l'apophyse mastoïde; il vient un moment où le son n'est plus perçu par la voie osseuse : si l'on place alors le diapason devant le conduit auditif, le sujet continuera à entendre les vibrations par la voie aérienne (perception crânienne —, perception aérienne +).

Si l'on obtient ce résultat sur une oreille malade (perception crânienne —, perception aérienne +), il n'y a pas de trouble de la conductibilité des os et de l'appareil de transmission, c'est le nerf auditif qui est affecté.

Dans le cas contraire (perception crânienne +, perception aérienne —) il faut conclure qu'il s'agit d'une lésion de l'appareil de transmission.

Dans les épreuves de Lucæ et de Gellé on emploie le diapason en ayant soin de comprimer l'air dans le conduit auditif. Malheureusement ces expériences sont souvent contradictoires.

(1) LUCÆ, *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. I, p. 304.

(2) POLITZ, *Archiv für Ohrenheilkunde*, t. I, p. 59 et 318.

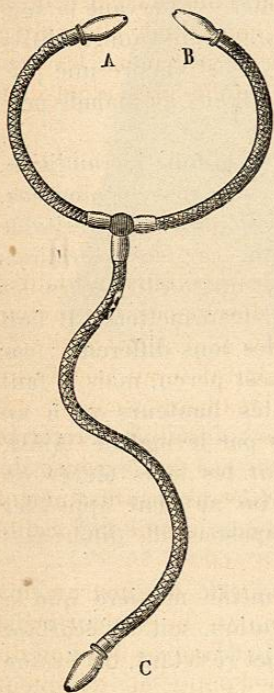


FIG. 265. — Otoscope à trois branches.

Quel que soit le secours qu'apporte au chirurgien l'emploi du diapason dans ses différentes épreuves, il faut bien dire que les résultats ne sont pas d'une exactitude rigoureuse.

Cette méthode d'exploration offre, ainsi que nous le verrons, une grande importance au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic des maladies de la caisse du tympan; mais elle a l'inconvénient d'exiger le concours intelligent des malades, qui rendent un compte plus ou moins exact de leurs sensations. Aussi a-t-on cherché à lui substituer un autre mode d'examen, qui permit au chirurgien d'apprécier par lui-même le degré de transmission des ondes sonores à travers l'oreille du sujet en expérience. C'est surtout à Politzer (de Vienne) que revient le mérite de cette nouvelle méthode qui a été pour lui la source de quelques observations intéressantes. On se sert d'un otoscope à trois branches (fig. 265); les extrémités A et B sont placées dans les oreilles du malade et l'extrémité C dans l'oreille du chirurgien. Si alors on applique sur le vertex du malade un diapason qu'on a préalablement fait vibrer, une partie des vibrations transmises par les os du crâne aux oreilles du malade s'échappent à travers les branches de l'otoscope, et parviennent par l'intermédiaire de la troisième branche à l'oreille du chirurgien. Il suffit de comprimer alternativement chacune des branches de l'otoscope pour apprécier isolément les sons qui s'écoulent de chaque oreille et juger de la différence qu'ils présentent dans leur intensité et leur clarté.

LA SIMULATION DE LA SURDITÉ

Il est fréquent de voir dans les conseils de revision, les hôpitaux militaires, ou les cliniques, des individus bien portants, forts, bien développés, qui prétendent ne pas entendre d'une ou des deux oreilles. Souvent il serait facile de démasquer les simulateurs; mais pour arriver à ce résultat il serait nécessaire d'avoir des connaissances otologiques suffisantes; et malheureusement ces études spéciales sont dédaignées. Si bien qu'il arrive, dans un conseil de réforme par exemple, que le sujet prétendu sain est réformé non pas tant à cause du résultat fourni par l'examen des oreilles fait par des médecins insuffisamment instruits sur ce point, mais à cause du rapport des gendarmes de la localité qui ont appris par leur enquête que tel individu entendait mal!

« Il n'est pas étonnant que les médecins militaires dépourvus des instruments nécessaires pendant la revision des conscrits, restent au-dessous de leur tâche et déclarent aptes au service militaire des individus qui ont une destruction du tympan, une otite moyenne scléromateuse, etc., et, par contre, en exemptent d'autres qui entendent très bien » (Miot et Baratoux).

Rien n'est plus instructif que la lecture de la note ministérielle relative aux maladies des oreilles dans les conseils de revision: un individu est *ajourné* quand il est porteur d'une myringite aiguë; il est soldat avec une myringite chronique; un polype de l'oreille donne droit à l'exemption, à la réforme ou à la retraite! Le polype de l'oreille mis sur la même ligne qu'une tuberculose à la troisième période!

En présence d'un individu prétendant ne pas entendre, le médecin commencera par rechercher l'état des oreilles; s'il trouve des lésions capables d'expliquer la surdité, il sera inutile de pousser plus loin les recherches.

Si l'examen des oreilles ne permet de voir aucune lésion grave, le médecin cherchera à déjouer la simulation et emploiera les moyens suivants ⁽¹⁾ :

Avec le diapason les ondes sonores sont généralement perçues plus fortement du côté affecté, dans une affection du conduit ou de la caisse; le simulateur dira le contraire.

Après avoir fermé l'oreille saine, on applique le diapason sur le vertex : le simulateur dit ne rien entendre, alors qu'il doit percevoir parfaitement de l'oreille saine les vibrations.

A l'aide de tubes bi-auriculaires on arrive également à des résultats importants.

Enfin le médecin devra avoir recours à des ruses et agir avec d'autant plus de finesse que le sujet a plus d'intelligence. Ce sont souvent les moyens les plus simples qui réussissent le mieux : on crie par exemple, à un conscrit qui a réussi à se faire passer pour sourd, au moment où il franchit une porte, de la fermer; l'individu surpris se retourne et ferme la porte.

Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de ces examens parfois délicats, et nous renvoyons le lecteur aux traités spéciaux.

I

MALADIES DU PAVILLON DE L'OREILLE

ARTICLE PREMIER

LÉSIONS TRAUMATIQUES DU PAVILLON DE L'OREILLE

1° CONTUSIONS

Les contusions du pavillon de l'oreille ne sont pas rares à la suite de chutes ou de coups appliqués sur le côté de la tête. Dans l'un et l'autre cas, le pavillon se trouve pris entre l'agent contondant et le plan osseux résistant qui lui est fourni par les régions temporale et mastoïdienne.

Ces contusions s'accompagnent souvent d'ecchymoses et quelquefois d'épanchements sanguins. Dans certains cas exceptionnels, la violence extérieure ne borne pas son action aux parties molles et détermine la rupture du cartilage. Celle-ci a d'autant plus de chance de se produire que la contusion est plus forte et que le cartilage a perdu de son élasticité et est devenu plus cassant soit par suite du progrès de l'âge, soit par suite d'un état pathologique. Dans cette dernière condition, on a vu la rupture du cartilage déterminée par un violent soufflet.

Les contusions du pavillon de l'oreille réclament l'emploi des topiques résolutifs ordinaires. S'il y a rupture du cartilage, on pourrait maintenir le pavillon appliqué sur les parties latérales du crâne avec une simple bande ou un bonnet garni d'ouate. Dans un cas rapporté par Jarjavay ⁽²⁾, les fragments cartilagineux

⁽¹⁾ Voy. MIOT et BARATOUX, *Traité théorique et pratique des mal. des oreilles* (1884), dans lequel on trouvera l'exposé de méthodes diverses.

⁽²⁾ JARJAVAY, *Anatomie chirurgicale*, t. I, p. 525.

ne se réunirent pas, ou du moins ils restèrent mobiles, de telle sorte qu'ils pouvaient être pliés l'un sur l'autre comme les feuillets d'un livre.

Avant de terminer ce qui a trait aux contusions du pavillon de l'oreille, nous devons signaler une forme particulière de traumatisme qui consiste dans des contusions, des compressions, des tiraillements fréquemment répétés, comme on l'observe chez les athlètes, les lutteurs ou certains aliénés.

La répétition des pressions et des froissements, jointe sans doute à la congestion de toutes les parties de la face pendant les efforts, a pour conséquence d'amener une sorte d'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané, qui se traduit par le développement exagéré des oreilles, la rougeur et l'épaississement de la peau. Dans ces conditions, il n'est pas rare de voir, sous l'influence d'un traumatisme même léger, la peau se décoller du cartilage sous-jacent et une poche sanguine se former. Nous décrirons plus tard cette affection sous le nom d'*hématome du pavillon*.

2° PLAIES

a. Les plaies par instruments piquants n'offrent en général aucune gravité. La mode a même consacré chez les femmes cette coutume de perforer le lobule pour y suspendre des boucles d'oreilles. Cette opération se pratique d'ordinaire à l'aide d'un poinçon très aigu poussé à travers le lobule préalablement appuyé sur un bouchon. Elle est tellement bénigne qu'on l'abandonne généralement aux soins du bijoutier; cependant il faut savoir que, chez certains sujets lymphatiques, à peau fine et délicate, la petite opération dont il s'agit peut être l'origine d'accidents assez sérieux développés sur le pavillon et capables même d'envahir le visage. Triquet a insisté avec raison sur ce fait et a cité des observations d'inflammations érysipélateuses, eczémateuses, survenues à la suite de la perforation du lobule. Le chirurgien consulté sur l'opportunité de cette opération devra donc la proscrire chez les sujets scrofuleux, lymphatiques ou manifestement herpétiques.

b. Les plaies par instruments tranchants présentent plusieurs variétés.

Lorsque la solution de continuité n'intéresse pas le bord libre du pavillon, elle se comporte comme une plaie simple et guérit sans laisser de difformité, pourvu qu'on ait le soin d'affronter ses bords soit avec quelques points de suture, soit avec quelques bandelettes de taffetas gommé.

Dans d'autres circonstances, la solution de continuité, intéressant le bord libre en un ou deux points à la fois, détache un lambeau plus ou moins étendu qui ne tient plus au pavillon que par un pédicule. Dans ces conditions, et quelle que soit la forme du lambeau et du pédicule, on doit tenter de réunir aussi exactement que possible les parties divisées à l'aide d'une suture comprenant la peau et le cartilage; car si la réunion manque quelquefois, et si le lambeau frappé de gangrène se sépare et tombe consécutivement, d'où résulte une difformité plus ou moins considérable, on connaît, en revanche, un certain nombre de cas dans lesquels les parties remises en place se sont exactement soudées, en sorte que la forme du pavillon a été conservée. Béranger-Féraud ⁽¹⁾ a rassemblé 7 cas dans lesquels le pavillon de l'oreille, ne tenant plus que par un mince pédicule, a pu être réuni avec succès.

⁽¹⁾ BÉRANGER-FÉRAUD, *Gaz. des hôp.*, 1870, n° 71 et 72.