

CHAPITRE V

MALADIES DE L'APPAREIL AUDITIF.

L'appareil auditif peut être considéré comme étant formé de deux parties distinctes : A. un appareil de perception ; B. un appareil de transmission.

A. L'APPAREIL DE PERCEPTION, destiné à percevoir les sons, est profondément logé dans le rocher, c'est dans cet appareil que se répandent les filets terminaux du nerf acoustique ; cet appareil est inaccessible au chirurgien, il intéresse surtout le physiologiste.

B. L'APPAREIL DE TRANSMISSION, chargé de recueillir les ondes sonores et de les transmettre à l'appareil de perception, est accessible au chirurgien ; ses maladies sont fréquentes, et c'est d'elles que nous allons nous occuper.

L'appareil de transmission peut être considéré comme formé essentiellement par une caisse désignée sous le nom de *caisse du tympan* ou *oreille moyenne*. A cette caisse aboutissent deux conduits : 1^o l'un d'eux la met en communication avec l'air extérieur, c'est le *conduit auditif externe*, qui se termine par le pavillon de l'oreille ; mais le conduit auditif externe, au lieu de s'ouvrir sans obstacle dans la caisse, en est séparé par une membrane transparente, vibrante, à peu près circulaire, comparable, en petit, à une peau de tambour, c'est la *membrane du tympan*.

2^o Le second conduit fait, sans obstacles et sans interposition de membrane, communiquer la caisse avec l'arrière-cavité des fosses nasales, c'est la *trompe d'Eustache* 1.

3^o Enfin dans la caisse elle-même se trouvent logés quatre petits os désignés sous le nom d'*osselets de l'ouïe* (marteau, enclume, os len-

1. Cette continuité directe de la caisse avec l'arrière-cavité des fosses nasales, par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache, nous explique la propagation si facile des phlegmasies de l'arrière-gorge à la trompe et à la caisse.

ticulaire et étrier) ; le premier de ces os, le marteau, se trouve enclavé dans l'épaisseur même de la membrane du tympan ; le dernier de ces os, l'étrier, vient s'appliquer sur un orifice, dit fenêtre ovale, qui conduit dans l'oreille interne, et vient presser directement sur le liquide qui remplit cette oreille interne.

Les choses étant ainsi disposées, les ondes sonores recueillies par le pavillon de l'oreille sont dirigées par le conduit auditif externe sur la membrane du tympan ; celle-ci entre en vibration, et ces vibrations sont transmises par la chaîne des osselets au liquide contenu dans l'oreille interne et, par l'intermédiaire de ce liquide (dit labyrinthique), aux parties terminales du nerf acoustique qui les transmet au cerveau.

Le mécanisme de cette transmission étant bien connu, on s'explique sans peine la *pathogénie d'un grand nombre de désordres de l'ouïe*. Ainsi lorsque la trompe d'Eustache, je suppose, est obstruée, l'air contenu dans la caisse ne pouvant se renouveler se résorbe, et l'équilibre de pression n'existant plus sur les deux faces de la membrane du tympan elle se trouve projetée vers la caisse et ne vibre plus avec la même sensibilité ; que cette membrane soit perforée, ses vibrations seront diminuées, et l'ouïe sera dure ou abolie : que la chaîne des osselets vienne à s'ankyloser, à s'incruster de sels calcaires, elle ne transmettra plus les vibrations des ondes sonores à l'oreille interne, etc. De plus, dans ces diverses circonstances, la base de l'étrier, qui s'applique sur la fenêtre ovale et sur le liquide labyrinthique, peut exercer sur ce liquide une pression anormale qui se traduit par des *bourdonnements d'oreilles*, dont la persistance devient un véritable supplice.

EXAMEN DE L'OREILLE.

L'examen de l'oreille se divise en deux parties :

- A. L'examen de l'appareil de transmission (oreille externe, membrane du tympan, caisse ou oreille moyenne, trompe d'Eustache) ;
- B. L'examen de l'appareil de perception (oreille interne).

A. Examen de l'appareil de transmission.

1^o OREILLE EXTERNE. — Le pavillon de l'oreille et le conduit auditif externe étant parfaitement accessibles à la vue, il n'y a rien de spécial à dire sur leur exploration.

2^o MEMBRANE DU TYMPAN. — L'examen du tympan est une chose capitale dans l'étude des maladies de l'oreille, mais, vu la situation

profonde de cette membrane, cet examen ne peut être fait qu'à l'aide d'un *spéculum* ¹. Le plus usuel est celui de Toynbee : il a la forme d'un entonnoir dont une partie est largement évasée, tandis que l'autre, beaucoup plus étroite, se prolonge sous forme d'un tube elliptique comme le conduit auditif externe dans lequel il doit s'enga-

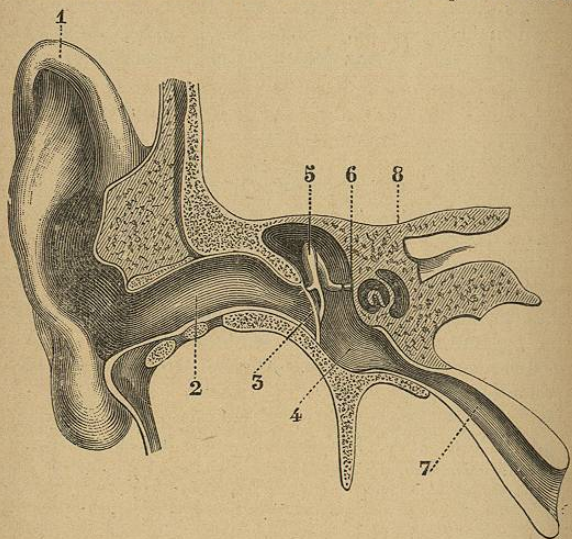


Fig. 125. — Coupe transversale et demi-schématique de l'appareil auditif (d'après l'Anatomie de M. TILLAUX).

1. — Pavillon de l'oreille.
2. — Conduit auditif externe dans lequel s'engagent les ondes sonores pour arriver jusqu'à la membrane du tympan, qu'elles font entrer en vibration. (C'est dans le conduit auditif externe que l'on engage le spéculum, il faut donc en bien connaître la direction.)
3. — Membrane du tympan, obliquement placée entre le conduit auditif externe (2) qu'elle ferme complètement et l'oreille moyenne (4). Le tympan se trouve placé en équilibre entre l'air extérieur qui lui arrive par le conduit auditif externe et l'air renfermé dans l'oreille moyenne : cet équilibre est nécessaire à la perfection de ses vibrations qui vont se transmettre par les osselets (5) à l'appareil de perception des sons, c'est-

1. On devra toujours veiller à la *propreté* des instruments et les faire bouillir ou flamber avant et après chaque examen, on évitera ainsi des inoculations possibles de malade à malade.

ger ; il est utile d'avoir à sa disposition trois ou quatre spéculums de dimensions diverses.

Pour l'introduire, ayant bien présente à l'esprit la direction du conduit auditif, d'une main on attire en haut et en arrière le pavillon de l'oreille, tandis que de l'autre on engage la partie tubulée du spéculum dans le conduit auditif, son grand diamètre d'abord vertical ; on le pousse légèrement, et, à mesure qu'il pénètre, on lui imprime un quart de rotation pour que ce grand diamètre devienne horizontal ¹.

Voici votre spéculum introduit ; pour éclairer le tympan vous pouvez recourir à la lumière naturelle ou artificielle ; mais quelle qu'elle soit, au lieu de faire tomber directement les rayons lumineux dans la cavité du spéculum, il est préférable de les concentrer à l'aide d'un miroir concave de 12 centimètres de foyer, percé à son centre et supporté par un manche (miroir de Trœltzsch). Si l'on veut avoir les deux mains libres, on peut se servir du miroir frontal ².

à-dire à l'oreille interne (8).

4. — Oreille moyenne ou caisse : on voit qu'elle se trouve séparée du conduit auditif externe (2) par la membrane du tympan (3), qu'elle se continue avec la trompe d'Eustache (7), trompe par laquelle elle reçoit de l'air ; on voit encore qu'elle est traversée par la chaîne des osselets (5). C'est l'oreille moyenne qui est le siège des maladies les plus fréquentes de l'appareil auditif.
5. — Chaîne des osselets, logée dans l'oreille moyenne et chargée de transmettre à l'oreille interne (8) les vibrations de la membrane du tympan. On voit que le manche du marteau est enchâssé dans le tympan, tandis que la base de l'étrier presse sur la fenêtre ovale (6). La disposition des osselets rappelle le mécanisme de la sonnette, ce qui rend plus sensible la transmission des vibrations du tympan à l'oreille interne. On conçoit d'une part comment l'ankylose ou la destruction des osselets détermine la surdité, et d'une autre part comment les perforations de la membrane du tympan, lorsqu'elles sont situées en dehors de l'insertion du marteau, n'entraînent pas fatalement la surdité.
6. — Fenêtre ovale, qui établit une communication entre l'oreille interne et l'oreille moyenne ; elle est fermée par la base de l'étrier, et ce sont les pressions exercées par l'étrier sur le liquide labyrinthique, enfermé dans l'oreille interne, qui vont impressionner les filets du nerf acoustique.
7. — Trompe d'Eustache établissant une communication entre l'oreille moyenne et l'arrière-cavité des fosses nasales, c'est par elles que s'étendent à l'oreille moyenne les phlegmasies de l'arrière-gorge et surtout le catarrhe naso-pharyngien.
8. — Oreille interne, c'est-à-dire appareil de perception des sons.

1. Chez les enfants, cette introduction doit être faite avec une douceur spéciale, sans cela on s'exposerait, vu le peu de développement de la portion osseuse du conduit auditif externe, à blesser la membrane du tympan ; si l'enfant s'agite beaucoup, il est utile d'employer le chloroforme. L'introduction du spéculum détermine parfois de violentes quintes de toux.

2. Nous n'insisterons pas sur la disposition à donner au miroir et au patient, car elle est semblable à celle que nécessite l'examen de l'œil.

Lorsque le tympan est éclairé, vous avez quatre choses principales à examiner : sa *couleur* et sa *translucidité* : il doit être d'un gris argenté, brillant, velouté ; à l'état pathologique il est rouge, parsemé de taches de couleurs diverses, de concrétions calcaires ; il laisse voir, par transparence, les dépôts de sang, de pus, etc., qui se trouvent dans l'oreille moyenne.

L'*apophyse externe du marteau*, petite saillie blanche, grosse comme la tête d'une épingle, est située à la partie supérieure du tympan, très près de sa circonférence ; au-dessous d'elle on aperçoit le *manche du marteau*, ligne d'un blanc jaunâtre qui descend verticalement jusqu'au centre du tympan ou ombilic. Or le tympan est concave en dehors, convexe vers la caisse ; si cette convexité s'accroît, comme cela s'observe dans l'otite moyenne chronique, l'obstruction de la trompe d'Eustache, etc., le marteau éprouve un mouvement de bascule qui fait proéminer son apophyse externe, dont les dimensions semblent accrues, tandis que le manche paraît plus court ; si l'inverse a lieu, c'est-à-dire si la concavité extérieure du tympan diminue, l'apophyse externe est moins saillante, tandis que le manche du marteau se redresse et paraît plus long.

Enfin le *triangle lumineux* doit avoir l'aspect d'une tache brillante et triangulaire occupant la partie antéro-inférieure du tympan,

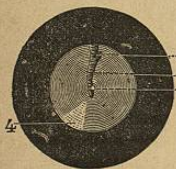


Fig. 126. — Membrane du tympan (état normal, oreille gauche).

1. Manche du marteau, se dessinant sous l'aspect d'une ligne blanche terminée par une saillie (2) qui correspond à l'apophyse externe du marteau.
2. Apophyse externe du marteau.
3. Omphale du tympan.
4. Triangle lumineux situé sur la partie antéro-inférieure du tympan.

sa base correspond au bord inférieur du tympan, et son sommet à l'ombilic (voy. fig. 126) ; si l'ombilic se déprime, le triangle s'allonge et se rétrécit, il s'élargit lorsque le contraire a lieu ¹.

Ainsi donc la concavité du tympan se mesure par la saillie de l'apophyse externe, le raccourcissement apparent du manche du marteau, et par les dimensions du triangle lumineux ².

3^o EXAMEN DE L'OREILLE MOYENNE (CAISSE DU TYMPAN). — Grâce à

1. Il faut savoir que les dimensions du triangle lumineux présentent de grandes variétés individuelles.
2. On a voulu apprécier le degré d'élasticité et de mobilité du tympan, soit à l'aide d'un stylet, soit par le moyen d'un petit appareil pneumatique ; mais ces recherches sont dangereuses et d'un médiocre intérêt.

la translucidité du tympan, on peut reconnaître les dépôts sanguins ou purulents de la caisse, les exsudations plastiques, les brides, etc., accumulés dans cette cavité ; ces altérations se reconnaissent encore à des changements survenus dans la couleur ou la courbure de cette membrane, mais de plus il faut *rechercher si l'air circule dans l'oreille moyenne*, connaissance que l'on acquiert par une série de moyens que nous allons décrire à propos de l'exploration de la trompe d'Eustache.

4^o EXAMEN DE LA TROMPE D'EUSTACHE. — CATHÉTÉRISME. — Cet examen a pour but de reconnaître si la trompe est perméable à l'air, et par conséquent si l'air contenu dans l'oreille moyenne communique avec celui de l'arrière-cavité des fosses nasales. Pour constater la perméabilité de la trompe d'Eustache, il faut : A, provoquer l'entrée de l'air dans la trompe ; B, s'assurer que l'air circule réellement dans l'oreille moyenne.

A. *Injections d'air dans la trompe d'Eustache. — Cathétérisme.* — Le cathétérisme de la trompe d'Eustache se pratique, par les fosses nasales, à l'aide d'une sonde en argent de 16 centimètres de longueur environ, et de 2 à 3 millimètres de diamètre ; l'extrémité qui doit pénétrer dans la trompe est légèrement recourbée et un peu renflée ; l'autre, assez largement évasée, est pourvue d'un anneau qui indique la situation du bec de la sonde.

La tête du malade étant maintenue fixe, on introduit dans la narine le bec de la sonde, dont la concavité regarde directement en bas et dont la direction générale présente une certaine obliquité nécessaire à sa pénétration dans l'orifice de la narine ; à mesure qu'on l'enfoncé, on la redresse et on lui imprime un quart de rotation qui porte son bec en dehors et le place au-dessous du cornet inférieur, point de repère important, car il suffit de faire glisser la sonde dans la concavité de ce cornet pour la présenter à l'orifice de la trompe d'Eustache, orifice au niveau duquel on est arrivé, dès qu'on a la sensation d'une résistance vaincue (il est situé à 7 centimètres environ de la narine ¹).

1. Mais souvent l'étroitesse du méat inférieur rend ce procédé inexécutable. Voici un autre procédé : l'extrémité de la sonde est conduite directement jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, elle est ramenée doucement en avant sur la voûte du palais, le bec de la sonde cherchant le bord postérieur de l'aponévrose palatine qui a une consistance osseuse ; dès qu'on l'a trouvée on imprime à la sonde une rotation sur place, telle que l'anneau soit dirigé vers la cloison et tourné *obliquement* en bas et en dedans, portez légèrement l'anneau vers le cloison et le bec de la sonde pénètre dans le pavillon de la trompe.

Pour vous en assurer, tirez légèrement sur la sonde, vous la sentirez arrêtée, tandis

La sonde est introduite, elle va nous servir à *pousser une injection d'air dans la trompe et l'oreille moyenne*, pour cela on ajuste à son extrémité libre une poire en caoutchouc qui, grâce à un orifice que l'on peut alternativement ouvrir et fermer avec le pouce, joue le rôle d'un soufflet; en effet, quand on presse cette poire, le pouce appuyé sur son orifice, l'air se trouve projeté dans la sonde et pénètre dans l'oreille, il suffit alors de lever le doigt pour que le ballon se remplisse de nouveau, etc.

L'air est donc projeté dans la trompe par la sonde et la poire en caoutchouc, il faut maintenant s'assurer qu'il circule réellement dans la trompe et l'oreille moyenne.

B. *Moyens propres à constater que l'air circule dans la trompe et*

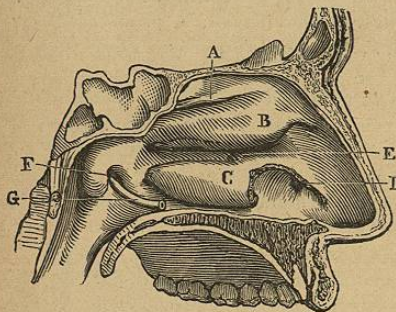


Fig. 127.— A. Cornet supérieur.
B. Cornet moyen.
C. Cornet inférieur.
D. Rebord de la branche montante du maxillaire supérieur.
E. Orifice de la trompe d'Eustache.
F. Bout de sonde dans la trompe d'Eustache.

l'oreille moyenne. — En explorant la membrane du tympan vous constatez que sa convexité diminue, c'est-à-dire que cette membrane est projetée en dehors: au moment où la douche d'air arrive dans l'oreille moyenne, vous reconnaissez ce changement de courbure à l'effacement de l'apophyse externe du marteau, à l'élongation de son manche et à l'élargissement du triangle lumineux. Mais l'**auscultation de l'oreille** est un procédé plus sûr, cette auscultation se pratique à l'aide de l'*otoscope*, long tube en caoutchouc, terminé par un embout à chacune de ses extrémités; l'un d'eux se place dans l'oreille que l'on ausculte, et l'autre dans l'oreille du chirurgien; au moment où la douche d'air est projetée dans la caisse du tympan, si réellement elle y pénètre, on entend un *petit craquement que l'on a comparé à un bruit de soupape, de pluie ou de soufflet*: si la trompe

qu'elle se déplacerait aussitôt si elle s'était engagée dans la fossette de Rosenmüller qui est placée derrière le pavillon de la trompe.

n'est pas perméable, la douche d'air ne pénètre pas et on n'entend aucun bruit.

*L'examen complet de la trompe et de la caisse s'obtient donc par le cathétérisme de la trompe, suivi d'une insufflation d'air par la sonde, et de l'auscultation de l'oreille*¹.

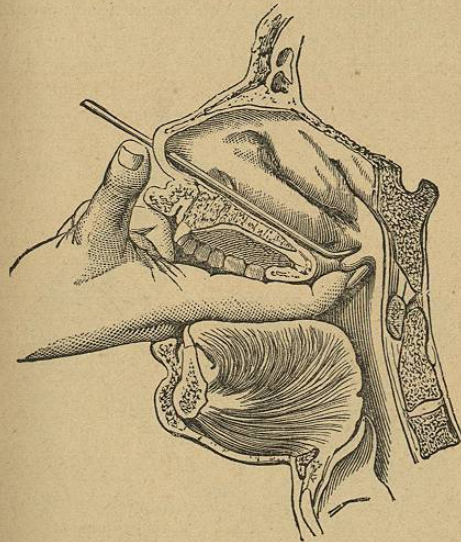


Fig. 128. — Cathétérisme avec l'index guidant la sonde.

1. Pour apprécier les changements de courbure du tympan, on a eu recours à un manomètre, dont une branche reste libre, tandis que l'autre s'engage dans le conduit auditif externe; le liquide coloré, que contient le manomètre, indique par ses déplacements les changements de courbure du tympan. C'est là un procédé très infidèle. — Le cathétérisme de la trompe n'est pas douloureux, mais il peut être rendu difficile par un spasme du pharynx, et surtout par l'étroitesse des fosses nasales.

On sait que l'arrière-gorge est le siège de prédilection des plaques muqueuses, c'est ce qui explique comment, par suite de la plus coupable négligence, la syphilis a pu être transmise en pratiquant le cathétérisme de la trompe d'Eustache avec des instruments malpropres.

À la suite d'insufflation d'air dans la trompe, on a pu, dans le cas de solution de continuité de la muqueuse, produire l'*enphysème du cou*, accident un peu effrayant, mais sans importance, car il se dissipe en quelques heures. Un accident beaucoup plus sérieux serait la rupture de la membrane du tympan, produite par une douche trop forte.

Outre le cathétérisme de la trompe d'Eustache, on a cherché à provoquer le passage de l'air dans la trompe par divers procédés.

Le *procédé de Toynbee* consiste à faire exécuter au malade un mouvement de déglutition, la bouche et le nez étant fermés, il se produit alors une tendance au vide dans la cavité naso-pharyngienne, et l'air que contient la caisse se précipite dans cette cavité si la trompe est perméable, le malade entend dans l'oreille un léger claquement produit par la membrane du tympan, dont la concavité extérieure est accrue, et il a parfaitement conscience de ce mouvement.

Dans le *procédé de Valsalva*, le sujet, après avoir fait une profonde



Fig. 129. — Douche d'air envoyée dans la trompe d'Eustache et l'oreille par le procédé de Politzer.

- 1° Poire en caoutchouc destinée à projeter l'air ; elle est percée d'un orifice à sa base, orifice que le chirurgien ferme avec son pouce, et qu'il peut ouvrir à volonté, de façon à donner de nouvelles douches sans déplacer la poire en caoutchouc.
- 2° *Otoscope*. — Tube en caoutchouc terminé à ses extrémités par des embouts placés l'un dans l'oreille du patient, l'autre dans celle du chirurgien. L'otoscope permet d'entendre le bruit particulier que produit l'air en pénétrant dans l'oreille moyenne ; il permet donc de s'assurer de cette pénétration.
- 3° Nous avons fait représenter un verre, de façon à rappeler que le malade doit prendre une gorgée de liquide, qu'il n'avale que sur l'ordre du chirurgien ; et c'est précisément au moment où il l'avale que celui-ci pousse la douche d'air, en fermant les narines.

inspiration, ferme hermétiquement la bouche et les narines, puis il fait une expiration forcée, l'air refoulé dans la cavité naso-pharyngienne pénètre dans la caisse et soulève le tympan.

Le *procédé de Politzer* est bien préférable. On introduit dans la narine un petit tube en caoutchouc, auquel on adapte la poire à insufflation, puis on fait prendre au malade une gorgée d'eau qu'il doit garder dans la bouche et n'avaler que sur l'ordre du chirurgien, au moment où celui-ci pousse une douche d'air en fermant la narine opposée ; or, en ce moment le voile du palais étant soulevé par le mouvement de déglutition, l'air projeté dans la cavité naso-pharyngienne passe dans la trompe d'Eustache et l'oreille.

B. Examen de l'appareil de perception et de la fonction auditive.

Après avoir examiné l'état de l'appareil de transmission des ondes sonores (oreille externe, membrane du tympan, caisse et trompe d'Eustache), il faut passer à l'appareil de perception, représenté par l'oreille interne, dans laquelle s'épanouissent les divisions terminales du nerf acoustique, et enfin apprécier l'état de la fonction auditive.

L'oreille *interne* échappe à l'examen direct, ses désordres sont révélés par des bourdonnements et une perte de la sensibilité auditive.

1° *Bourdonnements*. — Symptôme commun à des altérations diverses, les bourdonnements sont à l'appareil auditif ce que sont les phosphènes à l'appareil optique ; leur principale cause consiste dans une *pression anormale exercée par l'étrier sur la fenêtre ovale* et par suite sur le liquide vestibulaire et les filets terminaux du nerf auditif ; or, cette pression de l'étrier peut être déterminée par une foule de causes, ainsi que nous le verrons plus loin.

2° *Perte de la sensibilité auditive*. — Pour apprécier l'acuité de l'ouïe, on peut se servir d'une montre ou d'un diapason. Placez une montre à tic-tac net et métallique à une certaine distance de l'oreille que vous voulez explorer, et rapprochez-la jusqu'à ce que le bruit soit perçu par le malade : *la distance qui sépare la montre de l'oreille mesure la portée auditive*. Au lieu d'une montre, vous pouvez vous servir de diapasons accordés à des tons divers, ils vous apprendront que certaines surdités sont partielles et portent seulement sur les tons bas ou sur les tons hauts.

Un second mode d'exploration, de la plus haute importance, con-

siste à *appliquer directement la montre sur le crâne* du malade. Lorsque cette expérience est faite sur un sujet sain, le tic-tac est perçu nettement, mais la perception est bien plus nette encore si l'on vient à *boucher légèrement les conduits auditifs*. On a cherché à expliquer ce fait par le *dédoublement des ondes sonores* qui se propagent à travers les os du crâne : les unes se rendent directement à l'oreille interne, les autres arrivent à la membrane du tympan qui les renvoie plus intégralement vers l'oreille interne, lorsque l'occlusion du conduit auditif ne leur permet pas de se répandre à l'extérieur.

Cela étant, si l'appareil de transmission est altéré, imperméable, les choses doivent se passer comme lorsqu'on bouche les oreilles, c'est-à-dire que les vibrations sonores seront concentrées sans déperdition vers l'oreille interne qui, par conséquent, les percevra plus nettement qu'à l'état normal : ainsi donc si, *chez un malade atteint de surdité, le tic-tac d'une montre appliquée sur le sommet de la tête est perçu plus nettement par l'oreille malade que par l'oreille saine, ou bien si les deux oreilles étant malades, c'est la plus compromise qui perçoit le mieux le tic-tac, on est en droit d'en conclure que, chez cet individu, l'appareil de perception (oreille interne) est intact, mais que l'appareil de transmission est altéré*. Si, au contraire, le tic-tac est moins bien perçu du côté affecté, cela prouve que les altérations ont leur siège dans l'oreille interne, et non dans l'appareil de transmission ¹.

TABLEAU DES MALADIES DE L'OREILLE.

I. Pavillon de l'oreille.....	{	Traumatismes. Lésions vitales et organiques. Corps étrangers.
II. Conduit auditif externe.....	{	Concrétions cérumineuses. Inflammations ou otites externes. Lésions diverses.
III. Membrane du tympan.....	{	Plaies et déchirures. Inflammations ou myringites. Lésions diverses.
IV. Trompe d'Eustache.....	{	Obstructions. Traumatismes.
V. Caisse.....	{	Otite moyenne catarrhale. Otite moyenne scléreuse. Otite purulente chronique, Tumeurs de la caisse.

1. Pour apprécier la différence de transmission du tic-tac dans l'oreille droite et dans l'oreille gauche, Politzer a imaginé un otoscope à trois branches ; deux de ces branches se placent dans les oreilles du malade, et la troisième dans celle du chirurgien qui,

VI. Apophyse mastoïde.....	{	Inflammations des cellules mastoïdiennes.
VII. Oreille interne.....	{	Maladie de Ménière. Lésions diverses.

VIII. Complications qui peuvent survenir dans le cours des maladies de l'oreille.

I. — Maladies du pavillon de l'oreille.

TRAUMATISME. — Les contusions du pavillon de l'oreille sont assez fréquentes en raison de la situation de cet organe ; habituellement semblables aux contusions de toute autre région, elles peuvent, par exception, présenter deux particularités : 1° la fracture des cartilages ; 2° la production d'un épanchement sanguin ou hématome.

1° Les *fractures des cartilages* sont rares, car la souplesse de l'oreille la protège contre un semblable accident : cependant, en pareille occurrence, il faudrait maintenir les fragments rapprochés, sans trop espérer leur soudure.

2° Les *épanchements sanguins* peuvent s'observer à la suite de violences chez les gens qui, comme les buveurs, ont les oreilles rouges et congestionnées ; mais chez les *aliénés* on voit, sous l'influence de traumatismes fort légers ou même spontanément, de véritables tumeurs sanguines se produire entre la peau et les cartilages ¹.

Quoi qu'il en soit de leur pathogénie, ces *othématomes* se développent rapidement ; la peau qui les recouvre est rouge, chaude ; si on l'incise, on voit que la tumeur est formée par une sérosité rouge ou noirâtre. Bornez-vous à l'emploi des résolutifs ; car, abandonnés à eux-mêmes, ces othématomes (tumeurs sanguines de l'oreille) peuvent, il est vrai, s'ouvrir et suppurer, mais le fait est rare, il est plus habituel de voir le sang se résorber ; la tumeur s'affaisse et la peau qui la recouvre se ratatine.

avec la main, ferme alternativement la branche placée dans l'oreille droite, puis dans la gauche.

1. On a cherché à expliquer ce fait singulier par un désordre survenu dans la circulation de l'oreille sous l'influence de troubles cérébraux ; une expérience de Brown-Séquard, qui a vu se développer spontanément des hématomes sous la peau du pavillon de l'oreille, chez des cobayes atteints de lésions des corps restiformes, semblerait venir à l'appui de cette opinion.

Plaies. — Les piqûres sont fort bénignes ; ainsi l'opération qui consiste à percer les oreilles des petites filles pour y suspendre des boucles, est des plus simples : soutenant l'une des faces du lobule avec un bouchon, on le traverse vivement avec un poinçon aigu. Cependant on a vu ces piqûres être le point de départ de lymphangites ou d'érysipèles attribuables au défaut d'asepsie de l'instrument piquant.

Les coupures sont plus sérieuses ; si le lambeau n'est pas complètement séparé, hâtez-vous de le rapprocher avec des bandes agglutinatives ou du collodion, mais alors même qu'il serait complètement séparé, pourvu que ce ne soit pas depuis plusieurs heures, tentez encore la réunion à l'aide de points de suture ; on a pu recoller le pavillon tout entier qui ne tenait plus que par un mince pédicule.

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES. — L'érysipèle du pavillon de l'oreille ne présente rien de spécial ; tantôt c'est un érysipèle du cuir chevelu ou de la face qui s'est étendu jusqu'à l'oreille, tantôt c'est une lésion de l'oreille (impétigo, eczéma, etc.) qui en a été le point de départ. Dès le début, enlevez les boucles d'oreilles, car le lobule se gonfle beaucoup, et, comprimé par la boucle, il pourrait se mortifier.

L'érythème est bien plus fréquent ; il s'observe surtout pendant l'hiver chez les sujets jeunes, lymphatiques et scrofuleux ; son aspect ordinaire est celui d'une engelure qui occupe le lobule ou les reliefs qui forment le pavillon ; les parties atteintes sont rouges, très gonflées, luisantes, brûlantes à certains moments de la journée ; elles déterminent alors de vives démangeaisons¹.

Le traitement doit être général et local : le premier comprend une bonne hygiène, les préparations iodées, l'huile de foie de morue, etc. ; le traitement local se compose d'embrocations tièdes avec du baume tranquille, du glycérolé au borate de soude ; s'il existe des croûtes, on les fait tomber avec des ca-

1. Par exception, l'érythème peut se généraliser à toute l'oreille qui prend la forme d'une tomate : le cas est plus sérieux, car il se peut que des phlyctènes, des plaques gangréneuses entraînent des suppurations de longue durée et des cicatrices indélébiles.

cataplasmes de fécule, puis on panse avec des liqueurs légèrement astringentes et de l'amidon ou une poudre antiseptique.

L'eczéma de l'oreille est très fréquent chez les gens herpétiques, scrofuleux ; il est rare qu'il soit borné à cette région, habituellement il occupe en même temps le cuir chevelu, le conduit auditif externe, etc. D'ailleurs l'eczéma de l'oreille n'offre rien de spécial ; ses lieux de prédilection sont la rainure qui, en arrière, sépare le pavillon de l'apophyse mastoïde, ou encore l'orifice dans lequel s'engagent les boucles. La peau est rouge, gonflée, couverte de vésicules à contenu liquide, empesant le linge à la façon des taches spermatiques ; puis surviennent des croûtes jaunâtres (*eczéma impétigineux*) ; l'eczéma chronique détermine des gerçures, des croûtes et un épaissement notable des parties malades.

Saupoudrez avec de l'amidon, et, si la guérison n'est pas rapide, lavez avec le savon Lieutaud au goudron boraté, etc. Dans la forme chronique, après avoir fait tomber les croûtes par des cataplasmes de fécule, on excite légèrement les surfaces mises à nu avec un liquide astringent, puis on saupoudre avec de l'amidon. Si la maladie récidive, employez les pomades au goudron, à l'huile de cade ou au précipité rouge.

TUMEURS DU PAVILLON DE L'OREILLE. — L'oreille peut, mais assez rarement, être le siège de tumeurs diverses. Les unes sont des *tumeurs sanguines* ou *othématomes* : nous les avons décrites à propos des contusions de l'oreille ; d'autres sont des *chéloïdes* ou *tumeurs cicatricielles* : ce sont de gros bourgeons durs, violacés, qui se développent au niveau de la perforation du lobule, perforation destinée à supporter des bijoux dont la présence et le poids entretiennent une irritation constante bien propre à expliquer la production de ces chéloïdes qui, rares en Europe, sont très fréquentes chez les négresses.

Le traitement consiste à exciser la tumeur ; malgré une extirpation complète elle peut récidiver.

Les *tumeurs crétacées* sont fréquentes chez les goutteux ; ce sont de petits dépôts d'acide urique, à peu près du volume d'un pois, qui occupent le bord supérieur de l'hélix et peuvent, au moment des attaques, être le siège de quelques déman-

geaisons. Garod a insisté sur leur importance comme signe de la goutte.

Le *cancer* de l'oreille est fort rare : on n'a guère observé que l'épithélioma, qui se présente avec ses caractères habituels. On trouve dans les annales de la science quelques exemples de *tumeurs fibreuses*, de *sarcomes*, etc. ; ils n'ont offert aucune particularité digne de mention.

VICES DE CONFORMATION. — Les difformités congénitales ou acquises du pavillon de l'oreille ne sont point rares. L'excès d'ampleur du pavillon a pu être corrigé par l'excision d'un lambeau triangulaire à base périphérique et à pointe dirigée vers le conduit auditif et par la suture consécutive des deux incisions. La section d'un lobule trop développé est chose plus facile, elle a été pratiquée avec succès par Boyer.

L'absence du pavillon de l'oreille est moins rare. Elle peut être congénitale ou accidentelle, occasionnée alors par une brûlure, par la gangrène ; souvent au-dessus des ressources de l'art, ces difformités ont pu, dans certains cas, être corrigées par d'ingénieuses autoplasties ; mais il n'est pas de règles précises à poser à cet égard ¹.

II. — Maladies du conduit auditif externe.

LÉSIONS TRAUMATIQUES.

Il est rare que le conduit auditif soit blessé d'une façon isolée, et, lorsqu'il l'est conjointement avec les parties qui l'avvoisinent, ses atteintes s'effacent devant la gravité des lésions concomitantes. Cependant les *plaies* de ce conduit peuvent entraîner une *otite externe* plus ou moins grave.

De plus, la paroi antérieure du conduit auditif ne se trouve séparée de la cavité glénoïde et du condyle du maxillaire que par une mince lamelle osseuse qui peut se fracturer, dans une chute sur le menton, par exemple. La *fracture du conduit au-*

¹. Les vices de conformation de l'oreille sont assez souvent héréditaires ; d'après Joux, aucun des organes de l'homme ne transmet avec autant de fidélité que l'oreille la ressemblance du père aux enfants.

ditif se reconnaît à une douleur limitée au devant du tragus, augmentant par les mouvements de la mâchoire, à l'intégrité de la membrane du tympan et de l'ouïe, tandis que, dans le cas où la fracture se prolonge sur le rocher et la base du crâne, il y a hémorrhagie plus abondante, troubles de l'ouïe, déchirure du tympan, écoulement d'un liquide séreux.

Toutefois la détermination exacte du siège de la fracture n'est pas toujours facile et, dans le doute, il faudrait se comporter comme si l'on avait affaire à une fracture de la base du crâne.

CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE ¹.

Les corps étrangers de l'oreille sont de deux ordres : les uns y pénètrent directement, les autres se forment sur place ; nous nous occuperons d'abord des premiers.

Étiologie. — Leur nature est excessivement variable ; tantôt ce sont des *insectes*, tels que grillons, perce-oreilles, punaises, des mouches qui ont pu y déposer leurs œufs, cet accident s'observe chez les individus atteints depuis longtemps de suppuration de l'oreille, tantôt ce sont des *cailloux*, des grains de plomb, des morceaux de bois, des graines de toute sorte, etc., etc. ; tantôt enfin des *liquides* ; mais ceux-ci sortent aisément.

Symptômes. — Les symptômes produits par la présence des corps étrangers sont de deux ordres : les uns sont locaux, les autres réflexes.

Symptômes locaux. — Il en est un qui est pathognomonique ; il est fourni par le spéculum, qui permet de constater *de visu* la présence du corps étranger dans le conduit auditif ; or si, dans la plupart des cas, les malades savent parfaitement qu'un corps étranger a pénétré dans leur oreille, dans d'autres cas, sa présence peut passer inaperçue ; c'est, par exemple, ce qui

¹. Dans quelques cas il faut, le spéculum placé, éclairer le fond de l'oreille avec la lumière réfléchie à l'aide du miroir de Trœltzsch ; on pourrait à la rigueur explorer avec un stylet conduit très prudemment et en ayant soin de ne pas prendre le promontoire pour un corps étranger.

arrive parfois aux gens qui ont l'habitude de mettre du coton dans l'oreille.

Les accidents locaux sont une *inflammation* plus ou moins vive du conduit auditif, inflammation qui peut s'étendre à la membrane du tympan et déterminer même des accidents cérébraux (abcès, méningites) qu'il n'est que trop fréquent d'observer dans le cours des maladies de l'oreille.

Symptômes réflexes. — Les corps étrangers peuvent engendrer des symptômes réflexes, dont les uns, presque constants, sont les *bourdonnements*, les *vertiges*, les *céphalalgies opiniâtres*, et dont les autres, bien plus exceptionnels, sont des *quintes de toux*, des *vomissements violents* et même des *convulsions*, des *attaques d'épilepsie*, des *paralysies*, etc., accidents qui, disparaissant sans retour aussitôt après l'extraction du corps étranger, étaient bien évidemment liés à sa présence².

Traitement. — Avant toute chose, on examine le conduit auditif externe à l'aide d'un spéculum, on acquiert ainsi des notions précises sur la nature et le siège du corps étranger.

Cela fait, on procède à son extraction : trois procédés sont à la disposition du chirurgien, on doit y recourir dans l'ordre suivant et toujours avec la plus grande prudence.

1° Les *injections d'eau tiède* poussées avec force dans le conduit auditif à l'aide d'une grosse seringue ; à elles seules elles suffisent habituellement pour chasser le corps étranger (pour peu qu'il existe un certain vide entre ce corps étranger et la paroi) ; il est souvent utile d'y revenir à plusieurs reprises.

2° L'*extraction à l'aide de la pince spéciale*, munie de griffes très petites ; les enfants indociles doivent être chloroformés pour éviter les accidents que pourraient déterminer leurs mouvements intempestifs.

3° Enfin, si l'application de ces pinces, délicatement mises en œuvre, restait sans résultat, il faudrait prendre l'un ou

1. Toynbee a, le premier, rapporté ces phénomènes à l'*augmentation de pression du liquide labyrinthique* ; le corps étranger presse le tympan, la pression se transmet à la chaîne des osselets, à la base de l'étrier, à la membrane de la fenêtre ovale et, par suite, au liquide labyrinthique. Nous aurons souvent l'occasion de revenir sur cette pression labyrinthique, pour expliquer un grand nombre des symptômes observés dans le cours des maladies de l'oreille.

l'autre de ces deux partis : ou bien *abandonner le corps étranger à lui-même*, en renouvelant de temps en temps les injections d'eau tiède et les tentatives d'extraction à la pince ; ou bien, si les accidents sont graves on pourrait, par une *incision semi-lunaire*, détacher la partie supérieure du pavillon de l'oreille et pénétrer ainsi directement dans le conduit auditif.

TROUBLES DE LA SÉCRÉTION DU CÉRUMEN.

Concrétions cérumineuses.

Les glandes placées dans le conduit auditif externe sécrètent une matière jaunâtre, visqueuse (*cérumen*), destinée, avec les poils que l'on rencontre dans cette région, à protéger la membrane du tympan contre les poussières, les insectes, etc. Normalement cette sécrétion se fait dans des proportions qui assurent, sans que l'on ait à s'en occuper, la présence d'une quantité convenable de cérumen dans le conduit auditif. Mais dans les cas de maladie cet équilibre peut être rompu, soit en plus, soit en moins.

Étiologie. — 1° *Diminution de sécrétion.* — La sécheresse du conduit auditif est très souvent symptomatique de lésions de l'oreille moyenne, aussi la surdité qui s'observe fréquemment dans ce cas doit-elle être rapportée à une altération profonde, et non à la diminution du cérumen¹.

2° *Augmentation de sécrétion.* — Elle s'observe chez certains individus à peau épaisse, à sécrétions cutanées abondantes ; elle peut tenir à l'irritation du conduit auditif par des furoncles, de l'eczéma ; enfin chez les personnes atteintes d'inflammation chronique de l'arrière-gorge, il est très habituel d'observer une production exagérée de cérumen, sans qu'il soit possible d'expliquer cette relation.

Or, dans ces différents cas, et dans d'autres encore, tels que étroitesse, courbure exagérée du conduit auditif, et sans cause appréciable, même chez les gens les plus propres et

1. L'étroite sympathie qui unit entre elles les diverses parties de l'appareil auditif s'explique par la communauté d'origine des nerfs qui les animent : ainsi le ganglion optique innerve à la fois la muqueuse de la caisse et la peau du conduit auditif.