

nique à tendance sclérosante que l'on observe, en général. La formation de bouchons de cérumen est fréquente chez les chauffeurs vivant au milieu des poussières de charbon. La participation du labyrinthe est tantôt mais rarement primitive, tantôt secondaire, consécutive aux lésions de l'oreille moyenne. La proportion des atteintes de l'oreille s'accroît avec l'ancienneté des services : de 6 à 7 0/0 dans la 5<sup>e</sup> année, elle atteint 85 0/0 à la 25<sup>e</sup> (Schwabach et Polnow). Objectivement, on constate la rétraction et l'altération du tympan, l'effacement ou l'absence du triangle lumineux, parfois la saillie des plis antérieur et postérieur. Subjectivement, il existe assez souvent des bruits auriculaires. La perception aérienne de la voix ordinaire est peu compromise, mais les sons élevés sont mal perçus ou non perçus (Bürkner). Enfin la perception osseuse du diapason manque le plus souvent.

---

## CHAPITRE VII

---

### RÉSUMÉ DE L'EXAMEN MÉTHODIQUE DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION. — CONDITIONS SPÉCIALES DE L'EXAMEN AU POINT DE VUE DE L'APTITUDE AU SERVICE MILITAIRE.

Il est hors de doute qu'un examen absolument complet, où l'on rechercherait la précision scientifique et l'exactitude quasi mathématique, exigerait de la part du sujet observé beaucoup de patience, de bonne volonté et d'intelligence et de la part de l'observateur beaucoup de temps et d'attention et des connaissances très étendues, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique. Il est cependant possible d'obtenir, sans que toutes ces conditions soient réunies de part et d'autre, un diagnostic anatomique, clinique et étiologique suffisamment précis pour les besoins de la clinique, de la thérapeutique et de l'expertise pratiques.

Les résultats de cet examen peuvent être brièvement consignés

sur une feuille d'observation analogue au type en usage à la clinique du Val-de-Grâce, reproduit à la fin de cet ouvrage.

#### § 1. — Marche générale de l'examen.

L'interrogatoire des malades permet déjà de les ranger dans l'une des trois catégories suivantes :

1<sup>o</sup> Ceux qui n'ont jamais souffert ni suppuré des oreilles, mais sont devenus sourds progressivement ou subitement ;

2<sup>o</sup> Ceux qui souffrent et ceux qui suppurent, d'une façon aiguë ou chronique ;

3<sup>o</sup> Ceux qui ont suppuré, mais ne suppurent plus, ni ne souffrent plus.

Dans le 1<sup>er</sup> cas, c'est surtout à un examen subjectif détaillé, à l'exploration de la fonction auditive qu'il faut demander le diagnostic : l'examen objectif n'interviendra qu'à titre complémentaire. Toutefois il est bon de jeter un rapide coup d'œil préalable dans le conduit, à l'aide du spéculum, afin de voir s'il n'y a pas d'obstruction mécanique, bouchon de cérumen par exemple. Dans le 2<sup>o</sup> cas, l'examen direct du conduit et du tympan, celui de l'oreille moyenne et des régions adjacentes sera bien plus important que l'examen de la fonction auditive qui sera interrogée secondairement. Enfin dans le 3<sup>o</sup> cas, il sera nécessaire de faire appel concurremment aux deux modes d'examen pour faire un diagnostic complet.

L'audition ayant été interrogée et l'oreille examinée, il faudra, pour compléter le diagnostic, explorer le nez et le pharynx nasal, puis les régions péri-auriculaires, enfin porter son attention sur les divers organes et appareils, proches ou éloignés, susceptibles d'agir sur les affections auriculaires ou d'être influencés par elles.

#### § 2. — Points importants de chaque examen.

Il est indispensable, pour les envisager méthodiquement, de reprendre les trois types cliniques annoncés plus haut.

1<sup>re</sup> CATÉGORIE. — LES SOURDS. — DIAGNOSTIC DES DIVERSES SURDITÉS.

Les variétés sont fort nombreuses ; les cas les plus fréquents sont les suivants :

1<sup>o</sup> *Surdités récentes et nettement intermittentes.* — On rencontre par exemple nombre d'enfants ou de jeunes gens et aussi de soldats chez qui la surdité apparaît en quelques heures ou en quelques jours, à l'occasion d'une affection naso-pharyngée aiguë, persiste pendant un temps variable et disparaît de même, complètement ou incomplètement selon les malades, suivant le traitement et surtout suivant le nombre d'atteintes antérieures. Il existe presque toujours des bourdonnements, généralement continus, sans caractère pulsatile, et quelquefois du vertige. L'exploration de l'audition indique que la montre est mieux entendue que la voix, que les sons élevés sont souvent mieux perçus que les sons bas. On trouve le Rinne négatif et le Weber latéralisé au côté malade. L'aération de la caisse, si elle est possible, ou si elle le devient au cours de l'un des examens ultérieurs, permet du même coup de diagnostiquer une obstruction tubaire accompagnée de catarrhe léger de l'oreille moyenne et de constater que le passage de l'air améliore notablement l'audition, soit temporairement, soit définitivement. Enfin l'otoscopie montre un tympan légèrement déprimé et parfois hyperhémisé. La membrane est mobile sous le spéculum de Siegle, même d'une mobilité exagérée dans nombre de cas ; mais il arrive aussi qu'on la trouve imparfaitement mobile. De tels cas répondent au type de la *surdité par lésion récente de l'appareil de transmission*. Il s'agit généralement d'une otite catarrhale peu ou même pas septique, consécutive à l'obstruction tubaire, et susceptible soit d'évoluer vers la guérison absolue, soit de récidiver après guérison, soit enfin de marcher vers la transformation scléreuse locale ou extensive, selon le traitement appliqué et selon le terrain sur lequel s'est développée l'affection. Quelquefois on a à faire à un bouchon de cérumen développé dans le conduit, susceptible, par les variations de volume auxquelles le soumet son pouvoir hygrométrique, de donner lieu à une surdité analogue. Il est évident que le diagnostic en sera des plus faciles par la simple otoscopie.

2<sup>o</sup> *Surdités confirmées, stationnaires ou progressives.* — Les unes ne sont que la conséquence des otites récidivantes que nous venons d'étudier ; elles ont les mêmes signes subjectifs et objectifs que celles-ci.

Les autres ont eu des allures tout à fait spéciales. Elles ont com-

mencé à l'insu du malade, qui s'en est aperçu plus ou moins longtemps après leur début, soit à l'âge de l'artério-sclérose, soit dans la jeunesse, mais alors il s'agit d'un sujet dont l'hérédité comporte l'arthritisme, la goutte et la surdité. C'est souvent à l'occasion de bourdonnements que le malade se fait examiner et que se découvre la dysécie. La perception des sons est compromise qualitativement et quantitativement, surtout pour les sons élevés et la voix chuchotée. La perception crânienne est atteinte. Le Weber est latéralisé du côté sain. Le Rinne est positif. L'épreuve des pressions centripètes de Gellé indique le défaut de mobilité de la platine de l'étrier ; même résultat avec l'épreuve d'audition entotique de Bing. Enfin l'aération de la caisse révèle la perméabilité des trompes et la mobilité du tympan ; mais les cathétérismes répétés n'améliorent pas l'audition ; bien plus, ils paraissent quelquefois l'aggraver.

De tels cas répondent au type de *surdité par lésion de l'appareil de perception*. Il ne reste plus qu'à en déterminer la cause. Cette surdité peut être d'*origine intrinsèque*, accompagnée alors assez souvent de bourdonnements et de vertiges ; il en est ainsi pour la *sclérose de l'oreille* des artério-scléreux ou des héréditaires, pour les *surdités professionnelles* des professions bruyantes, pour les *surdités par intoxication*. Parfois la cause est *extrinsèque* ; tel est le cas pour la surdité des anémiques et pour celle des congestifs qui sont modifiées heureusement, de même que les bourdonnements et les vertiges concomitants, la première par ce qui amène la vaso-dilatation, la seconde par ce qui produit la vaso-constriction du labyrinthe. D'autres fois enfin la cause première est une *lésion du système nerveux* : tantôt celle-ci siège à la base de l'encéphale et c'est la participation des 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> paires qui en permet la localisation précise ; tantôt elle est nucléaire, dans le tabes par exemple ; tantôt elle répond à la protubérance et il y a paralysie croisée ; tantôt il y a hémianesthésie du côté opposé (Gowers) et il s'agit alors d'une lésion de la partie postérieure de la capsule interne ; tantôt enfin il existe une hémiplégie du même côté, ce qui indique une lésion du lobe temporo-sphénoïdal opposé ou des couches adjacentes. Dans les surdités par lésion centrale, la conduction crânienne des sons est peu ou pas compromise, la limite supérieure de perception aérienne des sons n'est pas abaissée ; par contre l'excitabilité électrique du nerf auditif serait augmentée.

A côté de ces surdités à localisation nettement circonscrite soit à l'appareil de transmission, soit à l'appareil de perception, il est d'autres *surdités à localisation mixte* ou plus exactement *multiple*. Il peut se

faire en effet qu'une poussée banale sur l'oreille moyenne se produise par hasard au cours d'une affection de l'oreille interne. Il peut arriver aussi que l'oreille moyenne et l'interne soient frappées à la fois et depuis le même temps par des causes différentes (par exemple l'otite interne des professions bruyantes coïncidant avec le catarrhe chronique de l'oreille moyenne, dont le point de départ est un catarrhe chronique, d'origine alcoolique ou autre, du naso-pharynx). Il est enfin possible et même fréquent qu'une lésion qui a produit directement la sclérose de l'oreille moyenne entraîne secondairement, par propagation, la sclérose de l'oreille interne.

Citons en terminant une surdité aggravée et entretenue, sinon créée, par le défaut d'usage. Elle est en tout comparable à l'amblyopie *ex non usu*. Comme cette dernière, elle est améliorable par des exercices appropriés.

Dans certains cas, les symptômes subjectifs et objectifs des maladies de l'appareil transmetteur se superposent à ceux des maladies de l'appareil percepteur et l'interprétation est souvent difficile; le diagnostic doit cependant chercher à être aussi complet que possible, dans l'intérêt du pronostic; en effet les lésions de l'appareil transmetteur sont souvent curables, celles de l'appareil percepteur ne le sont qu'exceptionnellement, si tant est qu'elles le soient.

3° *Surdités subites*. — Il en est qui sont révélées par des bourdonnements assez forts et quelquefois un peu de vertige et pour lesquelles l'exploration de l'audition indique une atteinte de l'appareil de transmission; mais il suffit de l'examen otoscopique pour faire immédiatement le diagnostic d'obstruction du conduit par un bouchon de cérumen, dont le gonflement ou le refoulement rapides ou subits ont donné lieu aux symptômes observés. Il y a lieu du reste, dans ces cas, de procéder à des examens successifs, après l'ablation du bouchon, pour se rendre compte de l'état de l'oreille moyenne et même interne.

D'autres surdités subites ou à peu près succèdent à une rhino-pharyngite intense. On trouve à l'examen subjectif des bourdonnements et des vertiges parfois, et, à l'exploration de l'audition, on note tous les signes d'une affection de l'appareil de transmission, avec une très légère participation du labyrinthe dans quelques cas. L'otoscopie indique de l'hyperhémie du tympan, qui est du reste peu mobile. L'aération de la caisse, difficile, est suivie, quand elle réussit, de l'amélioration notable de l'audition; l'auscultation a révélé généralement des râles humides. Bref il s'agit d'un *catarrhe aigu de l'oreille moyenne* avec obstruction tubaire inflammatoire et épanchement plus ou moins abondant.

Enfin d'autres surdités subites sont nettement localisables à l'oreille interne; en effet, la transmission crânienne est diminuée, le Rinne nettement positif et les sons élevés généralement moins bien perçus que les autres ou même nullement perçus. La cause de la surdité est seule à rechercher. S'il existe quelques signes discordants, tels que l'absence de bruits subjectifs et de vertige, ou des lacunes irrégulières et paradoxales dans la perception des sons, si la surdité a succédé à une vive émotion chez un sujet nerveux, si enfin elle coïncide avec d'autres manifestations de l'hystérie, c'est cette névrose qui est en jeu. En dehors de l'hystérie, c'est à la *syphilis* héréditaire ou acquise que doivent ressortir la plupart des surdités à caractère labyrinthique subites ou très rapides.

Associée à des troubles nerveux sensitifs ou moteurs, la surdité subite relève des mêmes causes que la surdité progressive étudiée plus haut (p. 645). Combinée à des signes d'anémie ou de congestion cérébrales, elle indique l'anémie ou la congestion du labyrinthe. Accompagnée de phénomènes fébriles, elle révèle l'atteinte du labyrinthe par le processus septique des pyrexies infectieuses. Précédée ou suivie de symptômes de méningite, elle annonce l'atteinte de la 8<sup>e</sup> paire dans sa portion endo-crânienne, si l'oculo-moteur est pris également.

Enfin il est des surdités subites qui succèdent à un *traumatisme*. Passagères et fugaces, compliquant un traumatisme peu grave, elles annoncent la commotion du labyrinthe, sans lésions, alors même qu'il y aurait eu vertiges et syncope. Durables ou même définitives, elles indiquent soit une hémorragie partiellement résorbable, soit des lésions temporaires ou définitives de l'appareil de perception.

Spontanées, ou succédant à une cause insignifiante (refroidissement etc.), d'autres surdités subites accompagnées de vertiges et de syncope avec chute ou convulsions caractérisent le syndrome ou *maladie de Ménière*, dont les causes sont multiples (p. 508) et la pathogénie encore incomplètement connue.

## 2<sup>e</sup> CATÉGORIE. — LES SOUFFRANTS. — LES SUPPURANTS.

1° *Otalgie*. — Coïncidant avec la conservation de l'ouïe, elle révèle généralement une lésion extra-auriculaire (dents, pharynx, larynx, langue) ou une névralgie du plexus tympanique. Suivie de troubles auditifs légers et plutôt tardifs, elle indique des lésions généralement limitées au conduit externe, circonscrites ou diffuses, ou bien une myringite aiguë: l'examen direct permet le diagnostic exact.