

pendant le cathétérisme de la trompe d'Eustache, il a suffi de demander au malade, à voix basse, d'ouvrir la bouche pour obtenir l'exécution de ce mouvement. Nous avons aussi déjoué des simulateurs en les interrogeant pendant qu'un aide prenait leur champ visuel.

On peut encore, pendant que le malade dort, l'appeler d'assez loin et à voix ordinaire et constater s'il se réveille. Wilde rapporte que de prétendus sourds ont répondu sans hésiter quand on leur demandait depuis quand ils l'étaient. Au conseil de revision, on pourra voir un simulateur exprimer la joie, si on dit loin de lui et à voix ordinaire qu'il est à exempter. Inversement, un simulateur exprimera malgré lui la colère (Boisseau, Burckhardt-Mérian), si on parle de lui en termes blessants, loin de l'observateur qui l'examine. On peut réussir également en laissant tomber quelques pièces de monnaie pendant qu'il s'habille.

Dans le même ordre d'idées, nous conseillons le moyen suivant, tout à fait inoffensif, qui nous a été suggéré par l'emploi du courant faradique appliqué à la recherche de la simulation de l'amaurose. On bande les yeux du sujet, puis, sans rien dire, on fait passer un courant faradique, pendant un temps très court, sur l'avant-bras par exemple. Ensuite, après un moment de repos, on annonce que l'on va recommencer cette épreuve, nécessaire pour rechercher la cause de la surdité et pour la traiter, avec un courant beaucoup plus fort, appliqué sur l'épaule pendant plus longtemps, et on ajoute que ce sera très douloureux. L'explorateur doit, pendant qu'il prononce ces paroles, étudier attentivement la physionomie du sujet, pour y découvrir les signes de l'attente douloureuse ou de l'angoisse et rechercher s'il contracte sa musculature pour se prémunir contre la douleur attendue, s'assurer si le cœur accélère ses battements; si ces signes sont positifs, le sujet a entendu : la simulation est démontrée.

2° *Examen de l'écriture.* — Il peut parfois servir au diagnostic (Sicard). Le vrai sourd, dont la surdité date de l'enfance, a appris à écrire par les yeux; s'il fait des fautes d'orthographe, celles-ci ne peindront jamais un bruit, ne ressembleront jamais à l'orthographe phonétique: il écrira par exemple *condui*, mais non *quonduit* pour *conduit*.

3° *Perception tactile des bruits.* — D'autres épreuves sont basées sur la conservation constante de la *perception tactile* et souvent de la *perception auditive* tout au moins pour certains sons déterminés. Ainsi un bruit brusque, un coup sur le plancher, par exemple, fera retourner un vrai sourd, car il aura perçu l'ébranlement par voie osseuse; le simulateur ne bougera pas (Casper). De même, un diapason vibrant loin de l'oreille, sur le squelette, olécrâne ou genou (Egger), sera perçu, comme sensation tactile ou même sensation auditive, par le vrai sourd. Enfin, le diapason vertex, s'il a une tonalité basse, est perçu par les sourds et même par la plupart des sourds-muets; le simulateur n'accusera ni perception tactile, ni perception sonore.

C. Surdi-mutité

Si elle est congénitale ou remonte à l'enfance, une enquête officielle ou un certificat de notoriété publique trancheront la question. Les recherches au diapason (p. 530) pourront, si on le désire, donner un supplément d'information sur l'état plus ou moins rudimentaire de l'audition. La recherche des lésions objectives de l'oreille ne donnera que bien rarement des résultats utiles pour le diagnostic de la surdi-mutité.

Si elle est acquise et récente, il faut songer soit à l'hystérie, soit à la simulation. La surdi-mutité hystérique a les caractères du mutisme hystérique (p. 485) et de la surdité hystérique (p. 635) combinés. Il faut les rechercher avec soin, ainsi que les signes principaux de la névrose. De même, pour la recherche de la simulation, on mettra en œuvre successivement les moyens d'épreuve indiqués à propos du mutisme simulé (p. 485) et de la surdité simulée (p. 664).

§ 2. — Recherche de l'exagération.

Les cas d'exagération sont bien plus souvent observés que ceux de simulation à proprement parler.

I. EXAGÉRATION DES LÉSIONS. — Parfois il s'agit de malades qui cherchent à exagérer ou tout au moins à empêcher de guérir les

lésions qu'ils présentent; ainsi un eczémateux essuiera les pommes appliquées sur son pavillon ou dans son conduit, un otorrhéique remplacera par un tampon sale le tampon aseptique placé dans son oreille, un sujet à tympan perforé se mouchera fort, pour compromettre la cicatrisation de sa perforation.

II. EXAGÉRATION DES CONSÉQUENCES. — Le plus souvent, le malade est porteur de lésions objectives et le sait, et il cherche surtout à en exagérer les conséquences au point de vue de l'audition, qu'il s'agisse d'une otite moyenne adhésive ou d'une otite suppurée cicatrisée, ou même d'une otite récente venant de guérir. Or ces cas, les deux premiers surtout, sont très difficiles, car d'une part « de l'inspection d'une lésion auriculaire il est impossible de conclure d'une façon précise au trouble fonctionnel qui l'accompagne » (Gellé), et d'autre part aucune lésion tangible ne peut permettre de dire à coup sûr que l'ouïe est ou n'est pas perdue (Gaujot, Urbantschitsch).

De l'examen d'un grand nombre de cas, Gomperz se croit autorisé à conclure que le trouble apporté à l'audition est pour les otites guéries d'autant plus marqué que la perforation est plus grande; la perception qualitative des sons est plus compromise que la perception quantitative; cependant, si l'étrier est conservé et le labyrinthe intact, la voix chuchotée peut être entendue à 10 mètres parfois, malgré la disparition de l'enclume et du marteau. Quand il n'y a pas de grandes perforations tympaniques, mais que la membrane est altérée, épaissie et le marteau immobilisé par des synéchies, l'acuité pour la voix chuchotée peut tomber à 1 mètre et au-dessous. Le gonflement persistant ou l'épaississement cicatriciel de la muqueuse de la caisse, les lésions des osselets, les altérations du voisinage de la fenêtre ovale, celles du labyrinthe ont une action nocive considérable sur l'audition.

Au point de vue de l'aptitude au service militaire, l'instruction du 31 janvier 1902 prévoit l'exemption pour les sujets atteints d'une maladie ou d'une lésion incurable de l'oreille ne permettant aucun doute sur la réalité de leur surdité. Elle déclare propres au service ceux qui sont atteints d'une maladie ou d'une lésion curable de l'oreille, qui n'est pas manifestement de nature à

occasionner une perte de l'audition telle que celle qu'ils accusent.

Quand le sujet n'invoque qu'une surdité incomplète, il faut recourir aux épreuves suivantes :

1° *Épreuve de l'acuité auditive.* — On peut procéder à des mensurations de l'acuité auditive à plusieurs reprises, les yeux du sujet étant bandés, et noter s'il annonce toujours des résultats identiques ou des résultats variables.

On pourra également vérifier si les *acuités auditives comparatives* trouvées pour les diverses sources sonores se rapprochent de celles déterminées par la moyenne de nombreuses expériences (Ostino).

Ainsi, dans les affections de l'oreille moyenne, la distance d'audition à l'air libre pour la voix chuchotée serait environ la moitié de celle de la voix ordinaire. Dans les affections de l'oreille interne, cette proportion serait de $1/5$. Enfin la diminution de l'audition à la voix concorderait toujours avec une diminution de la durée de perception des diapasons égale au moins à la moitié de la durée normale. En outre (Gellé) la non perception de la montre au contact du pavillon coïnciderait avec la perte de l'audition pour la voix parlée, l'observateur étant placé derrière le sujet.

Sera suspect également d'exagération, un sujet qui répète à une distance donnée des mots ou des nombres d'une certaine tonalité et dit ne pas percevoir à la même distance des mots ou des nombres de *tonalité équivalente* : en particulier les nombres devraient être perçus à une distance plus grande que les mots ordinaires.

2° *Épreuve de Warnecke.* — On fait prononcer les mêmes mots par deux explorateurs, l'un placé près de l'oreille, l'autre loin : le premier baisse de plus en plus la voix et même ne fait plus que murmurer sans bruit à l'oreille du sujet : si celui-ci entend, ce ne peut être que la voix de l'observateur éloigné.

3° *Procédé de Bürckhardt-Mérian.* — Il est moins naïf que le précédent. Chaque oreille est examinée à part, les yeux étant bandés. La distance d'audition est déterminée pour la voix entendue, basse ou moyenne. Puis on parle dans un tube formant porte-voix, dont la longueur est supérieure à la distance précédente et on s'assure que le malade entend toujours. Enfin on parle, sans déplacer le tube, mais à côté de lui et non dans

le pavillon ; si le sujet a entendu à cette nouvelle distance, celle-ci est considérée comme la distance vraie d'audition, supérieure à la distance primitivement notée.

4^e *Épreuve de Weber*. — Elle peut servir encore à prouver à un sujet qu'il exagère sa surdité. Si, pendant que vibre un diapason vertex à tonalité basse, un aide ferme les deux conduits du sujet, celui-ci doit accuser un renforcement du son, s'il est de bonne foi. De même si, au lieu de fermer les conduits avec le doigt, l'aide y introduit les deux olives d'un tube otoscopique. Dans les deux cas, l'exagérateur accusera la diminution ou la suppression de la perception.

§ 3 — Recherche de la dissimulation.

Quoique plus rare que la simulation, elle n'est point exceptionnelle dans le milieu militaire.

Parfois c'est une dissimulation *involontaire*. Il est probable, en effet, que les 15 à 20 et même 30 0/0 de sujets que l'on a trouvés atteints d'audition défectueuse dans les nombreuses statistiques sur la surdité à l'école ne sont pas tous exemptés pour affections de l'oreille, et d'autre part Troeltsch affirme qu'un adulte sur trois « a l'oreille malade, le plus souvent sans qu'il s'en doute ».

La dissimulation est involontaire chez certains sujets atteints de surdité légère ou de lésions très anciennes torpides ou cicatrisées et c'est à la suite d'un examen pratiqué par hasard ou à l'occasion d'une recrudescence que l'on fait un diagnostic tardif.

La dissimulation est *volontaire* chez certains sujets qui veulent soit entrer dans l'armée (engagement), soit y prolonger leur séjour (rengagement, commission, etc.). Le diagnostic est en principe facile, car le sujet à examiner met en général la plus complète bonne volonté à faciliter les épreuves subjectives et les explorations objectives, qu'il faut pratiquer classiquement et avec un très grand soin dans ces cas.

§ 4. — Recherche de l'origine des lésions ou des troubles auditifs.

En présence d'une affection dûment constatée et caractérisée par ses signes subjectifs ou objectifs classiques, le médecin militaire est souvent appelé à décider si elle peut être, logiquement et médicalement parlant, rapportée à la cause invoquée par le sujet.

I. SURDITÉ N'AYANT PAS SUCCÉDÉ A UNE SUPPURATION. — Certains cas sont rapportés à un accident, tel que choc sur la tête ou sur l'oreille, détonation, plongeon, etc.; d'autres surdités sont attribuées à une maladie infectieuse épidémique ou endémique; d'autres à une influence professionnelle relevant du service militaire.

Pour les *surdités dues au traumatisme*, s'il existe une perforation persistant depuis un temps assez long et reconnaissable à ses bords épidermisés, tout porte à croire que celle-ci est attribuable non à l'accident, mais à une otite ancienne oubliée ou méconnue ou inavouée. S'il existe des signes subjectifs ou objectifs d'otite moyenne adhésive, avec ou sans participation de l'oreille interne, il est probable que c'est à l'occasion du traumatisme que le malade s'est aperçu ou a feint de s'apercevoir pour la première fois de sa dysécie. Ce n'est que s'il a existé après l'accident ou s'il persiste depuis des symptômes labyrinthiques, vertiges, bruits, etc., que les affirmations du malade doivent être prises en considération. La syphilis, l'hystérie devront être recherchées également dans tous les cas de surdité consécutifs en apparence à un traumatisme.

D'après la statistique de M. le médecin Inspecteur Chauvel, portant sur 1470 cas d'affections de l'oreille, dont 108 attribués au traumatisme, la surdité par sclérose ou par otite interne a été notée 84 fois après des traumatismes directs et 17 fois après des traumatismes indirects. L'étiologie invoquée n'était d'ailleurs pas toujours démontrée.

Si la surdité a succédé à une *maladie infectieuse épidémique*, il y aura lieu de vérifier si c'est l'oreille interne ou la moyenne qui est atteinte et de rechercher si cette localisation est conforme à la topographie habituelle des lésions de la maladie en question.

Enfin si la surdité est dite consécutive à l'exercice d'une des *professions bruyantes* du métier militaire (forgerons, armuriers, ouvriers en fer), il y a lieu d'examiner l'état fonctionnel de l'oreille et de voir si la durée de cette spécialisation du service militaire est suffisante pour avoir produit une action nocive, si l'exercice antérieur de la même

profession ne peut pas être incriminé, enfin s'il n'y a pas des influences extra-militaires à accuser (hérédité, intoxications, etc.).

II. SUPPURATIONS DE L'OREILLE. — Le problème généralement se circonscrit.

Quant aux *otites suppurées dues au traumatisme*, la perforation du tympan, après refoulement de l'air du conduit (détonation par exemple) est une rare exception, alors qu'elle est la règle après les blessures directes dans les cas qui produisent de l'hémato-tympan. Cependant après le plongeon, l'infection de l'oreille moyenne peut se faire par infection directe due à l'eau souillée pénétrant à travers la perforation tympanique. Par contre, certaines perforations du tympan suivies de suppuration à la suite d'un traumatisme sont le résultat de la rupture de cicatrices, avec réveil possible d'une otorrhée mal éteinte (Heymann, Launois).

Le *refroidissement* est une cause parfaitement admissible et fréquente chez le soldat, surtout pour les otites aiguës, qu'il agisse soit directement, soit en provoquant d'abord une inflammation naso-pharyngée.

Enfin les *maladies infectieuses épidémiques*, en particulier la grippe, la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives ont sur le développement des suppurations de l'oreille une influence indiscutable ; la malaria peut aussi, dans certains cas, occasionner plutôt indirectement des inflammations de l'oreille moyenne (voir chapitre VI). Le seul point litigieux parfois pour l'expert est de distinguer si l'infection actuelle a été créée par la maladie ou si une infection ancienne a été réveillée par elle : c'est à l'examen objectif détaillé qu'il appartient d'apprécier l'âge de l'otite.

En résumé on peut dire qu'au point de vue médico-légal militaire, il est des cas faciles, ceux où il s'agit de vérifier la réalité d'une surdité congénitale ou remontant à l'enfance, d'une surdité congénitale, d'une surdité unilatérale acquise, enfin de la dissimulation d'une affection ou lésion de l'appareil auditif ; mais il est aussi de nombreux cas difficiles, ceux où il faut démontrer soit une surdité bilatérale acquise, soit une névrose, ou une intoxication de l'oreille, ou bien apprécier le degré des troubles fonctionnels accompagnés ou non de lésions, ou enfin établir une relation de cause à effet. Pour tous ces cas « l'expérience et le coup d'œil pratiques ont une importance capitale » (Claoué).

MODÈLES DES
FEUILLES D'OBSERVATION

EN USAGE A LA CLINIQUE SPÉCIALE
DU VAL DE GRACE

ET

TABLEAUX SYNOPTIQUES

RÉSUMANT LES PRESCRIPTIONS RELATIVES A
L'APTITUDE PHYSIQUE
AU SERVICE MILITAIRE